Sağlık Bilimleri Üniversitesi 1903

Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü

Çocuk Dostları Derneği

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C. Sağlık Bakanlığı Umraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kuruluş 1971

5. Çocuk Dostları Kongresi

6-8 Mart 2017

Osmanlı Arşivi Daire Başkanlığı, Kongre Merkezi
İstanbul



KONUŞMA VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.cocukdostlari.org
www.cocukdostlarikongresi.org

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
1903

DEVLET ARŞİVLERİ
GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği
Genel Sekreterliği

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ÜMRANİYE EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

S.B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kuruluş 1971

Çocuk Dostları Derneği

T.C. Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
İstanbul Anadolu Kuzey Kamu Hastaneleri Birliği
T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
HAYDARPAŞA SULTAN ABDÜLHAMİD
EĞİTİM VE ARAŞTIRMA
HASTANESİ

İçindekiler

Önsöz 4

Çocuk Dostları Derneği Yönetim Kurulu 5

Kongre Kurulu 6

Kongre Akademik Kurulu 7

Program Özeti 11

Bilimsel Program 15

Konuşma Özetleri 35

Sözel Bildiriler-1 149

Sözel Bildiriler-2 155

Sözel Bildiriler-3 161

Tartışmalı Poster Bildiriler-1 167

Tartışmalı Poster Bildiriler-2 179

Tartışmalı Poster Bildiriler-3 191

Poster Bildirileri 203

Yazar İndeksi 331

Konuşmacı İndeksi 339

Değerli Meslektaşlarımız,

Bu yıl **06 - 08 Mart 2017** tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirdiğimiz **5. Çocuk Dostları Kongresi**'nde siz değerli meslektaşlarımızı aramızda görmekten büyük bir onur, mutluluk ve heyecan duymaktayız.

"1.Çocuk Dostları Kongresi" 2013 yılında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde düzenlenmiş, daha sonraki yıllarda da yoğun katılım ile başarılı bir şekilde yinelenmiştir. Bu kongrelerle İstanbul ili Kamu Hastaneleri bünyesindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Çocuk Kliniklerinin birlikteliğinin geliştirilmesi, sağlık çalışanlarının birbiri ile olan bağlarının güçlendirilmesi hedeflenmiştir.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi çatısı altında, Çocuk Dostları Derneği bünyesinde Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi ile Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi birlikteliğinde gerçekleştirdiğimiz kongremizde önceki kongrelerde oluşturulan bilimsel birlikteliğin yaygınlaştırılması ve sürdürülmesi açısından sizlerin değerli destek ve katkıları büyük önem taşımaktadır.

Kongremizde ağırlıklı olarak çocuk sağlığı ve hastalıklarının temel konuları ve sorunları geniş bir yelpazede ele alınmış olup, aile hekimlerine yönelik çocuk sağlığı konuları da yer almaktadır. Konferanslar, paneller ve uydu sempozyumlarının yanı sıra güncel bilgileri paylaşma ve tartışma olanağı sağlayacak kurslar yer almaktadır. Ayrıca, kongremiz çocuk sağlığını ileriye taşıma yolunda birlikte çalıştığımız hemşirelerimize yönelik olarak Pediatri Hemşirelik esasları ve uygulamalarını da kapsamaktadır.

Çocuklarımızı geleceğe ruhsal ve fiziksel yönden daha sağlıklı ulaştırabilmenin en önemli sorumluluklarımızdan biri olduğu bilinciyle, bu kongremizde "Geleceğin Çocukları" teması işlenmektir.

Kültür, tarih ve doğal güzellikleri açısından Türkiye'nin ve dünyanın tartışmasız en güzel şehirlerinden biri olan İstanbul'da güncel bilgileri paylaşma ve tartışma olanağını bulduğumuz kongremizin, sizlerin katılım ve emekleriniz ile daha da güzelleştiğine ve anlamlı hale geldiğine inanıyoruz. "Hep destek tam destek" felsefesinin birbirimizle olan sevgi tabanındaki iletişimi ve saygıyı önceleyen bilimsel gücü daha da ileriye taşıyacağı düşüncesindeyiz. Göstermiş olduğunuz katılım ve kongremize verdiğiniz destek ve katkılarınız için teşekkürlerimizi sunuyoruz.

Sevgi ve saygılarımızla,

Kongre Düzenleme Komitesi

ÇOCUK DOSTLARI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU

Dr. Ali Bülbül	*Başkan*
Dr. Murat Elevli	*Başkan Yardımcısı*
Dr. H. Sinan Uslu	*Sayman*
Dr. Z. Yıldız Yıldırmak	*Genel Sekreter*
Dr. Nazan Dalgıç	*Genel Sekreter Yardımcısı*
Dr. Dildar Bahar Genç	*Üye*
Dr. Gizem Kara Elitok	*Üye*

KONGRE ORGANİZASYON SEKRETERYASI

FİGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center
No: 4 34360 Şişli / İstanbul - Türkiye
Tel: 0 212 381 46 00 / Fax: 0 212 258 60 78
cocukdostlari@figur.net

KONGRE KURULLARI

KONGRE ONUR KURULU

Dr. Recep Akdağ
Dr. Cevdet Erdöl
Dr. Ali İhsan Taşçı

Dr. Erol Kısmet
Dr. Hakan Güven
Dr. Kemal Memişoğlu
Dr. Kamil Özdil
Dr. Necdet Sağlam

KONGRE ONURSAL BAŞKANI

Dr. Asiye Nuhoğlu

KONGRE BAŞKANLARI

Dr. İsmail İşlek
Dr. Ozan Özkaya

KONGRE BİLİMSEL SEKRETERYASI

Dr. Şirin Güven
Dr. Hasan Dursun
Dr. Nazan Dalgıç
Dr. Leyla Bilgin
Dr. Emine Türkkan
Dr. Ahmet Sami Yazar

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Dr. İsmail İşlek
Dr. Şirin Güven
Dr. Leyla Bilgin
Dr. Ahmet Sami Yazar
Dr. Burcu Karakayalı
Dr. Coşkun Çeltik
Dr. Betül Sözeri
Dr. Gülşah Şenay
Dr. Tuğba Demircan
Hemş. Cevriye Tamer
Dr. Ozan Özkaya
Dr. Hasan Dursun
Dr. Emine Türkkan
Dr. Yelda Türkmenoğlu
Dr. Hüseyin Dağ
Dr. Soner Sazak
Dr. Adem Karbuz
Dr. Mustafa Kemal Özdemir
Dr. Fatma Beşiroğlu
Hemş. Halime Dervişoğlu
Dr. Ali Bülbül
Dr. Murat Elevli
Dr. Z. Yıldız Yıldırmak
Dr. H. Sinan Uslu
Dr. Nazan Dalgıç
Dr. Dildar Bahar Genç
Dr. Gizem Kara Elitok
Dr. Memet Taşkın Egici
Dr. Bekir Yükcü
Hemş. Melek Selalmaz

KONGRE AKADEMİK KURULU

Dr. Yasemin Akın
Dr. Nuray Aktay Ayaz
Dr. Bedir Akyol
Dr. Hüseyin Aldemir
Dr. Mustafa Arga
Dr. Seçil Arıca
Dr. Sertaç Arslanoğlu
Dr. Ali Ayçiçek
Dr. Gönül Aydoğan
Dr. Şevket Ballı
Dr. Ömer Faruk Beşer
Dr. Abdülkadir Bozaykut
Dr. Ali Bülbül
Dr. Derya Büyükkayhan
Dr. Emrah Can
Dr. Aylin Canbolat Ayhan
Dr. Cengiz Candan
Dr. Serdar Cömert
Dr. Sebahat Çam
Dr. Ahmet Çelebi
Dr. Coşkun Çeltik
Dr. Merih Çetinkaya
Dr. Funda Çipe
Dr. Hüseyin Dağ
Dr. Nazan Dalgıç
Dr. Mahmut Doğru
Dr. Hasan Dursun
Dr. Murat Elevli
Dr. Müferret Ergüven
Dr. Meltem Erol
Dr. Dildar Bahar Genç
Dr. Seda Geylani Güleç
Dr. Saniye Girit
Dr. Tülin Gökmen Yıldırım
Dr. Selman Gökalp
Dr. Ayla Güven
Dr. Şirin Güven
Dr. Alper Güzeltaş
Dr. Bülent Hacıhamdioğlu
Dr. Nevin Hatipoğlu
Dr. Sami Hatipoğlu
Dr. Ahmet İrdem
Dr. İsmail İşlek
Dr. İhsan Kafadar
Dr. Gizem Kara Elitok
Dr. Ferhan Karademir
Dr. Leyla Bilgin
Dr. Burcu Karakayalı
Dr. Güner Karatekin
Dr. Adem Karbuz
Dr. Sultan Kavuncuoğlu
Dr. Ayşenur Kaya
Dr. Fatma Kaya Narter
Dr. Merve Kesim Usta
Dr. Asuman Kıral
Dr. Erol Kısmet
Dr. Aysel Kıyak
Dr. Gülşen Köse
Dr. Günsel Kutluk
Dr. Cihan Meral
Dr. İlke Mungan Akın
Dr. Asiye Nuhoğlu
Dr. Çağatay Nuhoğlu
Dr. Demet Oğuz Yapıcı
Dr. Fahri Ovalı
Dr. Hasan Önal
Dr. Taliha Öner
Dr. Mustafa Özçetin
Dr. Gül Nihal Özdemir
Dr. Tutku Özdoğan
Dr. Ozan Özkaya
Dr. Kazım Öztarhan
Dr. Özgül Salihoğlu
Dr. Soner Sazak
Dr. Rabia Gönül Sezer
Dr. Betül Sözeri
Dr. Metin Sungur
Dr. Murat Şahin
Dr. Özlem Şahin
Dr. Esra Şevketoğlu
Dr. Rengin Şiraneci
Dr. Dilek Toprak
Dr. Emine Türkkan
Dr. Yelda Türkmenoğlu
Dr. Nafiye Urgancı
Dr. H. Sinan Uslu
Dr. Emine Olcay Yasa
Dr. Sevgi Yavuz
Dr. Ahmet Sami Yazar
Dr. Yakup Ergül
Dr. Feyza Mediha Yıldız
Dr. Z. Yıldız Yıldırmak
Dr. Özgül Yiğit

**Soyadı alfabetik olarak sıralanmıştır.*

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Dr. İbrahim Adaletli
Dr. Seher Akbaş
Dr. Celal Akdeniz
Dr. Yasemin Akın
Hemş. Bahriye Akkaya
Dr. Nuray Aktay Ayaz
Dr. Sevgi Akova
Dr. Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek
Dr. Bedir Akyol
Dr. Sinem Altunyuva Usta
Dr. Harika Alpay
Dr. Seçil Arıca
Dr. Vefik Arıca
Dr. Selda Arslan
Dr. Sertaç Arslanoğlu
Dr. Fikret Asarcıklı
Dr. Emine Atağ
Dr. Funda Atay Yavanoğlu
Dr. Ali Ayçiçek
Dr. Mustafa Aydın
Hemş. Nuran Aydın
Dr. Gönül Aydoğan
Dr. Sema Aydoğdu
Dr. Fatih Aygün
Dr. Serap Balcı
Dr. Şevket Ballı
Dr. Hakan Balta
Dr. Okcan Basat
Dr. Ahmet Yağmur Baş
Dr. Nilay Baş
Dr. Duygu Bayoğlu
Dr. Abdullah Bereket
Dr. Duygu Besnili Acar
Dr. Ömer Faruk Beşer
Dr. Fatma Beşiroğlu Çetin
Dr. Diğdem Bezen
Dr. Aysun Bideci
Dr. Ilmay Bilge
Dr. Hülya Bilgen
Dr. Leyla Bilgin
Dr. Abdülkadir Bozaykut
Dr. Ali Bülbül
Dr. Lida Bülbül
Dr. Derya Büyükkayhan
Dr. Yıldız Camcıoğlu
Dr. Emrah Can
Dr. Cengiz Candan
Dr. Fuat Emre Canpolat
Dr. Aylin Canpolat Ayhan
Dr. Özben Ceylan
Dr. Serdar Cömert
Dr. Seda Çağlar
Dr. Deniz Çakır
Hemş. Hatice Çakmakçı
Dr. Sebahat Çam
Dr. Ahmet Çelebi
Dr. Muhittin Çelik
Dr. Coşkun Çeltik
Dr. Merih Çetinkaya
Dr. Nimet Cındık
Dr. Agop Çıtak
Dr. Ergin Çiftçi
Dr. Ömer Çiftçi
Dr. Neşe Çimenci
Dr. Funda Çipe
Dr. Asuman Çoban
Dr. Haluk Çokuğraş
Dr. Hüseyin Dağ
Dr. Türkan Dağoğlu
Dr. Nazan Dalgıç
Hemş. Zerrin Dandin
Hemş. Sevgi Demiray
Dr. Tuğba Demircan
Dr. Demet Demirkol
Dr. Mübeccel Demirkol
Hemş. Halime Dervişoğlu
Dr. Mustafa Dikici
Dr. Ener Çağrı Dinleyici
Hemş. Muzaffer Berna Doğan
Dr. Mahmut Doğru
Dr. Ali İhsan Dokucu
Dr. Nuray Duman
Dr. Fatma Dursun
Dr. Hasan Dursun
Dr. Memet Taşkın Egici
Av. İnci Ekin
Hemş. Zekiye Elçi
Dr. Murat Elevli
Dr. Ayşe Engin Arısoy
Dr. Oya Ercan
Dr. Ela Erdem
Dr. Ömer Erdeve
Dr. Yakup Ergül
Dr. Müferret Ergüven
Dr. Tülay Erkan
Dr. Elif Eroğlu Günay
Dr. Meltem Erol
Dr. Deniz Ertem
Dr. İlgi Ertem
Dr. Mehmet Ertem
Dr. Şükrü Mehmet Ertürk
Hemş. Nagihan Eyi
Dr. Muazzez Garipağaoğlu
Dr. Dildar Bahar Genç
Dr. Nelgin Gerenli
Dr. Seda Geylani Güleç
Dr. Saniye Girit
Dr. Selman Gökalp
Dr. Sarenur Gökben
Dr. Selim Gökçe
Dr. Yasemin Gökdemir
Dr. Tülin Gökmen Yıldırım
Dr. Duygu Gözen
Hemş. Rabiye Güney
Dr. Ömer Güran
Dr. Tuğba Gürsoy
Dr. Şirin Güven
Dr. Alper Güzeltaş
Dr. Bülent Hacıhamdioğlu
Dr. Berna Hamiçıkan
Dr. Alev Hasanoğlu
Dr. Enver Hasanoğlu
Dr. Nevin Hatipoğlu
Dr. Sami Hatipoğlu
Dr. Şükrü Hatun
Dr. Erdal İnce
Dr. Zeynep İnce
Dr. Ahmet İrdem
Dr. İsmail İşlek

Soyadı alfabetik olarak sıralanmıştır.

KONGRE BİLİMSEL KURULU

Dr. Alper Kaçar
Dr. İhsan Kafadar
Dr. Gizem Kara Elitok
Dr. Metin Karaböcüoğlu
Dr. Mehmet Karacan
Dr. Bülent Karadağ
Dr. Çetin Karadağ
Dr. Ferhan Karademir
Dr. Cem Karadeniz
Dr. Tarkan Karakan
Dr. Burcu Karakayalı
Dr. Güner Karatekin
Dr. Adem Karbuz
Dr. Özgür Kasapçopur
Dr. Doruk Cevdi Katlan
Dr. Salih Kavukçu
Dr. Sultan Kavuncuoğlu
Dr. Ayşenur Kaya
Dr. Aytekin Kaymakçı
Dr. Ayhan Kılıç
Dr. Asuman Kıral
Dr. Evrim Kıray Baş
Dr. Erol Kısmet
Dr. İlknur Kıvanç Altunay
Dr. Aysel Kıyak
Hemş. Nalan Kızıldeli
Dr. Avidan Kızılelma Yiğit
Dr. Esin Koç
Hemş. Döndü Koçak Kaymaz
Dr. Nilgün Köksal
Dr. Gülşen Köse
Hemş. Sıla Nurcan Kösecik
Dr. Vedat Köseoğlu
Dr. Sebuh Kuruğoğlu
Dr. Arif Kut
Dr. Günsel Kutluk
Dr. Nilgün Kültürsay
Dr. Nahit Motavelli Mukaddes
Dr. İlke Mungan Akın
Dr. Birsen Mutlu
Dr. Asiye Nuhoğlu
Dr. Çağatay Nuhoğlu
Dr. Suna Oğuz
Dr. Nurullah Okumuş
Dr. Ayşe Ferda Ocakçı
Dr. Fahri Ovalı
Dr. Hasan Önal
Dr. Ayşe Öner
Dr. Taliha Öner
Dr. Metehan Özen
Dr. Mustafa Özçetin
Dr. Gül Nihal Özdemir
Dr. Mustafa Kemal Özdemir
Dr. Eren Özek
Dr. Ozan Özkaya
Dr. Evrim Özmen
Dr. Birol Öztürk
Dr. Candan Öztürk
Dr. Yıldız Perk
Dr. Özgül Salihoğlu
Dr. Nuran Salman
Dr. Nedim Samancı
Dr. Mehmet Satar
Dr. Soner Sazak
Hemş. Melek Selalmaz
Dr. Lale Sever
Dr. Rabia Gönül Sezer
Dr. Ayper Somer
Dr. Oğuz Söylemezoğlu
Dr. Betül Sözeri
Hemş. Şehrinaz Sözeri
Dr. Metin Sungur
Dr. Hilal Susam Şen
Dr. Murat Şahin
Dr. Özlem Şahin
Dr. Figen Şahin Dağlı
Dr. Zafer Şalcıoğlu
Dr. Gülşah Şenay
Hemş. Gülser Şerbetçi
Dr. Esra Şevketoğlu
Dr. Işıl Eser Şimşek
Hemş. Türkan Şimşek
Dr. Rengin Şiraneci
Hemş. Cevriye Tamer
Dr. Anıl Aktaş Tapısız
Dr. Cumhur Taş
Dr. Ayhan Taştekin
Dr. Funda Tekkeşin
Dr. Çetin Timur
Dr. Tülin Tiraje Celkan
Dr. Dilek Toprak
Dr. Serap Turan
Dr. Güzide Turanlı
Dr. Engin Tutar
Dr. Emine Türkkan
Dr. Yelda Türkmenoğlu
Dr. Ebru Türkoğlu Ünal
Hemş. Azime Türköz
Dr. Eylem Ulaş Saz
Dr. Nurdan Uras
Dr. Nafiye Urgancı
Dr. Ayşegül Uslu
Dr. H. Sinan Uslu
Dr. Merve Usta
Av. Ayfer Uyanık Çavuşoğlu
Dr. Mehmet Vural
Dr. Mehmet Yalaz
Dr. Ebru Yalın İmamoğlu
Dr. Evrim Yapıcı Çeliker
Dr. Özge Yapıcı Uğurlar
Dr. Olcay Yasa
Dr. Sevgi Yavuz
Dr. Ahmet Sami Yazar
Dr. Yankı Yazgan
Dr. Miray Yıldırım
Dr. Z. Yıldız Yıldırmak
Dr. Feyza Mediha Yıldız
Dr. Suzan Yıldız
Dr. Nimet Pınar Yılmazbaş
Dr. Özgül Yiğit
Dr. Sadık Yurttutan
Dr. Esra Yücel
Dr. Bekir Yükcü
Dr. Ayşegül Zenciroğlu
Dr. Güzin Zeren Öztürk
Dr. Umut Zübarioğlu

**Soyadı alfabetik olarak sıralanmıştır.*

PROGRAM ÖZETİ

www.cocukdostlari.org
www.cocukdostlarikongresi.org

6 MART 2017 — PAZARTESİ

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU	G SALONU
08:30	KURS AÇILIŞI VE KAYIT						
09:00	ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ OTURUMU	YENİDOĞAN TEMEL MEKANİK VENTİLASYON KURSU	ÇOCUK HEKİMLERİ İÇİN RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME KURSU	ULUSLARARASI GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ (GİDR) UYGULAYICI EĞİTİMİ	ÇOCUKLARDA BESLENMEDE YENİLİKLER KURSU	ÇOCUK HEMATOLOJİ VE UYGULAMALI MİKROSKOPİ KURSU	OLGULARLA ÇOCUK EKG KURSU
10:30							
KAHVE ARASI							
11:00							
12:00							
ÖĞLE YEMEĞİ							
13:00							
14:30							
KAHVE ARASI							
15:00							
16:30							
17:30							

7 MART 2017 — SALI

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU
08:30	PİYANO RESİTALİ (BUĞRA ÇANKIR) (A SALONU)				
08:45	AÇILIŞ (A SALONU)				
10:30	KAHVE ARASI			TK İLAÇ - PİYANO RESİTALİ (BUĞRA ÇANKIR) (A SALONU)	
10:45	ÇOCUKLARDA ENDOKRİN SORUNLAR: GELECEK İÇİN BİRER TEHDİT Mİ?	ÇOCUKLARDA SIK KARŞILAŞILAN NÖROLOJİK SORUNLAR	KRONİKLEŞEN YENİDOĞAN HASTALIKLARI	10.30 - 12.30 AİLE HEKİMLİĞİ: YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU (WORKSHOP)	
12:00	UYDU SEMPOZYUMU (SANOFI)				
12:30	ÖĞLE YEMEĞİ				
13:00	TARTIŞMALI POSTER OTURUMU 1 (E-POSTER ALANI)				
13:30	UZMANINA DANIŞALIM: NE ZAMAN MALİGNİTE DÜŞÜNELİM?	UYDU SEMPOZYUM (ATLANTİS İLAÇ)	AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI	AİLE HEKİMLİĞİ: YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU (WORKSHOP)	ASİSTAN OTURUMU AÇILIŞI
14:00	PREMATÜRE BESLENMESİNİN BUGÜNÜ VE GELECEĞİ	AÇİL SERVİSTE KARIN AĞRISI OLAN ÇOCUĞA YAKLAŞIM	ÇOCUK YOĞUN BAKIM GÜNCELLEMELERİ		ÇOCUK HEKİMİNİN HUKUKSAL SORUMLULUĞU (SORU-CEVAP)
15:00	KAHVE ARASI			TK İLAÇ - PİYANO RESİTALİ (BUĞRA ÇANKIR) (A SALONU)	
15:30	ÇOCUKLARDA HEMATOLOJİK SORUNLAR	ÇOCUKLARDA D VİTAMİNİ KULLANIMI: DOĞRULAR VE YANLIŞLAR	MİKROBİOTA MUCİZESİ	15.30 - 17.30 AİLE HEKİMLİĞİ: YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU (WORKSHOP)	KÖTÜ HABERİ NASIL VERELİM?
16:30	ERKEN ÇOCUKLUKTA BEYİN GELİŞİMİ VE ÇOCUK HEKİMİ	UYDU SEMPOZYUM (ENAFARMA)	UZMANINA DANIŞALIM: HIŞILTILI ÇOCUĞA YAKLAŞIM		ÇOCUK ACİLDE TRAVMALI HASTAYA YAKLAŞIM
17:00	TARTIŞMALI POSTER OTURUMU 2 (E-POSTER ALANI)				
17:30					

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU
09:00	ÇOCUKLARDA NEFROLOJİK SORUNLAR	OLGULARLA YENİDOĞANDA HİPER-SENDROMLAR	ÇOCUK KARDİYOLOJİDE GÜNCELLEMELER	ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KURSU	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 1
10:00	KAHVE ARASI				
10:30	ÇOCUK VE ERGENLERİN RUHSAL SORUNLARI: GELECEK İÇİN TEHDİT Mİ?	UYDU SEMPOZYUM (SANDOZ)	YENİDOĞANDA GÜNCELLEMELER	ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KURSU	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 2
11:30	GELECEK İÇİN ENDİŞELENMELİ MİYİZ? ANTİK ÇAĞDAN GELECEĞE: TÜBERKÜLOZ	UZMANINA DANIŞALIM: ATOPİK DERMATİTDE TEDAVİ YÖNTEMLERİ	OLGULARLA ACİL YENİDOĞAN		SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU 3
12:00	UYDU SEMPOZYUMU (PFIZER)				
12:30	ÖĞLE YEMEĞİ				
13:00	TARTIŞMALI POSTER OTURUMU 3 (E-POSTER ALANI)				
13:30	OLGULARLA YENİDOĞAN HİPO-SENDROMLARI	ÇOCUKLARDA GASTROENTEROLOJİK SORUNLAR	ÇOCUKLARDA KAS EKLEM HASTALIKLARI	ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KURSU	ÇOCUKLARDA SOLUNUM YOLU HASTALIKLARININ TEDAVİSİNDE İNHALASYON TEKNİKLERİ (WORKSHOP)
14:30	UZMANINA DANIŞALIM: NE ZAMAN METABOLİK HASTALIK DÜŞÜNELİM?	UYDU SEMPOZYUM (MSD)	UZMANINA DANIŞALIM: HEMATÜRİLİ ÇOCUĞA YAKLAŞIM		
15:00	KAHVE ARASI				
15:30	ODAĞI BİLİNMEYEN ATEŞLİ ÇOCUĞA TANISAL YAKLAŞIM	UZMANINA DANIŞALIM: KONJENİTAL KALP HASTALIKLARI TARAMASINDA SON DURUM: NEDEN? KİME? NASIL?	AİLE HEKİMLİĞİ OTURUMU: YAŞAMIN İLK İKİ YILI	ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KURSU	NE ZAMAN İSTİSMARDAN ŞÜPHELENELİM?
16:30		UZMANINA DANIŞALIM: EYVAH BEBEĞİM MORARDI!			
16:30	ASİSTANLAR YARIŞIYOR (A SALONU)				
17:30	KAPANIŞ (A SALONU)				
18:00					

www.cocukdostlari.org
www.cocukdostlarikongresi.org

BİLİMSEL PROGRAM

6 MART 2017 PAZARTESİ

A SALONU

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİ OTURUMU

08.30 - 09.00 **Kayıt**

09.00 - 09.30 **AÇILIŞ KONUŞMALARI**
Zerrin Dandin
Suzan Yıldız

09.30 - 10.30 **Panel: Hemşirelik Mesleği Zor mudur?**
Oturum Başkanları: *Serap Balcı, Rabiye Güney*

09.30 - 10.00	Mesleki etik ve sorumluluklarımız	*Muzaffer Berna Doğan*
10.00 - 10.30	Sağlık çalışanlarının TCK kapsamında cezai sorumlulukları	*İnci Ekin*

10.30 - 11.00 **Kahve Arası**

11.00 - 12.00 **Panel: Çocuk Hastalıklarında Kanıt Temelli Güncel Hemşirelik Uygulamaları**
Oturum Başkanları: *Nuran Aydın, Sevgi Demiray*

11.00 - 11.30	Girişimsel işlemlerde güncel hemşirelik bakımı	*Bahriye Akkaya*
11.30 - 12.00	Güvenli ilaç uygulamaları	*Melek Selalmaz*

12.00 - 13.30 **Öğle Yemeği**

13.30 - 14.30 **Panel: Adolesanların Güncel Sorunları**
Oturum Başkanları: *Duygu Gözen, Hatice Çakmakçı*

13.30 - 14.00	Adolesanlarda beslenme problemleri ve önleme stratejileri	*Seda Çağlar*
14.00 - 14.30	Adolesanda sınav kaygısı ve baş etme yolları	*Birsen Mutlu*

14.30 - 15.00 **Kahve Arası**

15:00 - 16.30 **Panel: Çocuklarımızın Geleceğini İstismar Etmeyelim**
Oturum Başkanları: *Ayşe Ferda Ocakçı, Gülser Şerbetçi*

15.00 - 15.30	Cinsel istismara uğramış çocuk	*Sıla Nurcan Kösecik*
15.30 - 16.00	Göçmen çocukların geleceği	*Candan Öztürk*

16.00 - 17.00 **Ödüllü Yarışma - "Hemşireler Yarışıyor"**

17.00 - 17.30 **Kapanış - Kongre Katılım Belgelerinin Dağıtılması**

6 MART 2017 PAZARTESİ

B SALONU

YENİDOĞAN TEMEL MEKANİK VENTİLASYON KURSU

Kurs Sorumluları: *H. Sinan Uslu, Leyla Bilgin*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 09.30	Solunumun temel fizyolojisi ve mekanik ventilasyona giriş	*Ahmet Yağmur Baş*
	Nazal CPAP ve noninvaziv ventilasyon:	
09.30 - 10.00	Doğumhanede stabilizasyon	*Umut Zübarioğlu*
10.00 - 10.30	Yoğun bakımdaki uygulamalar	*Avidan Kızılelma Yiğit*
10.30 - 11.00	**Kahve Arası**	
11.00 - 11.30	Konvansiyonel ventilasyon yöntemleri ve destek tedaviler	*Sadık Yurttutan*
11.30 - 12.00	Kan gazı değerlendirilmesi	*Nurdan Uras*
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	Ventilatördeki hastanın bakımı ve izlemi	*Evrim Kıray Baş*
13.30 - 14.00	Ventilatörden ayırma	*Muhittin Çelik*
14.00 - 14.30	Olgularla ventilatörde hasta izlemi	*Mustafa Aydın*
14.30 - 15.00	**Kahve Arası**	
15.00 - 16.30	**Pratik Uygulamalar**	
	Uygulama Koordinatörü: *Leyla Bilgin*	
15.00 - 15.30	Pratik uygulamalar	*Ömer Güran, Evrim Yapıcı Çeliker*
15.30 - 16.00	Pratik uygulamalar	*Ebru Türkoğlu Ünal*
16.00 - 16.30	Pratik uygulamalar	*Funda Atay Yavanoğlu, Ebru Yalın İmamoğlu*
16.30	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

6 MART 2017 PAZARTESİ

C SALONU

ÇOCUK HEKİMLERİ İÇİN RADYOLOJİK DEĞERLENDİRME KURSU

Kurs Sorumluları: *Şükrü Mehmet Ertürk, Nazan Dalgıç*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 09.30	Akciğer grafisi yorumlama - I	*Sebuh Kuruğoğlu*
09.30 - 10.00	Akciğer grafisi yorumlama - II	*Sebuh Kuruğoğlu*
10.00 - 10.30	Akciğer enfeksiyonları - I	*Sebuh Kuruğoğlu*
10.30 - 11.00	Akciğer enfeksiyonları - II	*Sebuh Kuruğoğlu*
11.00 - 11.30	BT ve MR teknik prensipler ve kontrast madde kullanımı	*Şükrü Mehmet Ertürk*
11.30 - 12.00	Ne zaman, hangi tetkiki isteyelim?	*Şükrü Mehmet Ertürk*
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	Çocuk acil serviste kranial görüntüleme? Nasıl değerlendirelim?	*Özge Yapıcı Uğurlar*
13.30 - 14.00	Torakoabdominal travmalara radyolojik yaklaşım	*Evrim Özmen*
14.00 - 14.30	Toraks ve batının travmatik olmayan acilleri	*Evrim Özmen*
14.30 - 15.00	**Kahve Arası**	
15.00 - 15.30	Omurga ve diğer kas-iskelet sistemi hastalıkları - I	*İbrahim Adaletli*
15.30 - 16.00	Omurga ve diğer kas-iskelet sistemi hastalıkları - II	*İbrahim Adaletli*
16.00 - 16.30	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

6 MART 2017 PAZARTESİ

D SALONU

ULUSLARARASI GELİŞİMİ İZLEME VE DESTEKLEME REHBERİ (GİDR) UYGULAYICI EĞİTİMİ

Kurs Sorumluları: *İlgi Ertem, Gizem Kara Elitok*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 09.30	Kurs öncesi değerlendirme, tanışma ve beklentiler	*İlgi Ertem*
09.30 - 10.00	Gelişimsel sorunların sıklığı ve erken çocukluk döneminde gelişimin önemi	*Hakan Balta*
10.00 - 10.15	**Kahve Arası**	
10.15 - 11.00	Gelişimsel zorlukların erken tanısı, GİDR'nin kuram, felsefe ve yapısı	*Gizem Kara Elitok*
11.00 - 11.15	GİDR araştırmaları	*İlgi Ertem*
11.15 - 11.30	Gelişimi destekleme bölümü	*İlgi Ertem*
11.30 - 12.00	Uygulama-1 / Temel ilkeler	*Hakan Balta*
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.15	GİDR yarışması	*Gizem Kara Elitok*
13.15 - 14.00	GİDR uygulama, kodlama ve yorumlama	*Hakan Balta*
14.00 - 14.30	Uygulama-2 / GİDR kodlama	*Gizem Kara Elitok*
14.30 - 14.45	**Kahve Arası**	
14.45 - 15.15	GİDR sonuçlarının aile ile paylaşılması	*Gizem Kara Elitok*
15.15 - 15.45	Çocuklar ve aileleri ile uygulamalar	*Hakan Balta*
15.45 - 16.15	Uygulama sonuçlarının paylaşılması	*Gizem Kara Elitok*
16.15 - 16.30	Özel gereksinimi olan çocukların hakları ve olanakları	*İlgi Ertem*
16.30 - 17.00	Grup çalışması-Erken girişim uygulamaları ve sonuçları	*Gizem Kara Elitok*
17.00 - 17.30	GİDR uygulayıcılarının planları	*İlgi Ertem*
17.30	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

6 MART 2017 PAZARTESİ

E SALONU

ÇOCUKLARDA BESLENMEDE YENİLİKLER KURSU

Kurs Sorumluları: *Coşkun Çeltik, Hasan Önal*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 09.30	Anne sütü ile beslenme ve emzirme	*Tülin Gökmen Yıldırım*
09.30 - 10.00	Anne sütü alamayan bebeklerde beslenme	*Ömer Faruk Beşer*
10.00 - 10.30	Süt çocukluğu döneminde tamamlayıcı beslenme	*Nafiye Urgancı*
10.30 - 11.00	**Kahve Arası**	
11.00 - 11.30	Oyun ve okul çağı çocuklarda beslenme	*Sebahat Çam*
11.30 - 12.00	Adolesan çocuklarda beslenme	*Engin Tutar*
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	Çocuklarda akılcı vitamin kullanımı	*Merve Usta*
13.30 - 14.00	Çocuklarda akılcı mineral kullanımı	*Nelgin Gerenli*
14.00 - 14.30	Çocuklarda destekleyici besin maddelerinin kullanımı	*Selim Gökçe*
14.30 - 15.00	**Kahve Arası**	
15.00 - 15.30	İştahsız çocuğa çocuk hekiminin yaklaşımı	*Deniz Ertem*
15.30 - 16.00	İştahsız çocuğa diyetisyen yaklaşımı	*Muazzez Garipağaoğlu*
16.00 - 16.30	Genel tartışma	
16.30 - 17.00	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

6 MART 2017 PAZARTESİ

F SALONU

ÇOCUK HEMATOLOJİ VE UYGULAMALI MİKROSKOPİ KURSU

Kurs Sorumluları: *Z.Yıldız Yıldırmak, Emine Türkkan*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 09.45	Tam Kan sayımının yorumlanması ve anemili hastaya yaklaşım	*Z. Yıldız Yıldırmak*
09.45 - 10.30	Kimden periferik yayma istemeliyiz?	*Gönül Aydoğan*
10.30 - 11.00	**Kahve arası**	
11.00 - 12.00	Pratik uygulama: Uygulamalı mikroskopi eğitimi	*Emine Türkkan, Gül Nihal Özdemir*
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00-13.45	Trombositopenik hastaya yaklaşım (Olgular eşliğinde)	*Çetin Timur*
13.45-14.30	Lökopenik hastaya yaklaşım (Olgular eşliğinde)	*Emine Türkkan*
14.30 -15.00	**Kahve arası**	
15.00 - 15.45	Kanama eğilimi olan/hemostaz testleri bozuk hastaya yaklaşım (Olgular eşliğinde)	*Zafer Şalcıoğlu*
15.45 - 16.30	Hemofili ve kanama bozukluğu olan hastada acil durumlar, Çocuk hekiminin rolü	*Gül Nihal Özdemir*
16.30	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

6 MART 2017 PAZARTESİ

G SALONU

OLGULARLA ÇOCUK EKG KURSU

Kurs Sorumlusu: *Murat Elevli, Ahmet Çelebi, Şevket Ballı*

08.30 - 09.00	**Kayıt ve Açılış**	
09.00 - 10.30	**Normal Kardiyak İleti, Normal EKG, EKG'nin Klinik Pratikteki Önemi** **Oturum Başkanları:** *Ahmet Çelebi, Ayhan Kılıç**	
09.00 - 09.20	Kalbin ileti sistemi; anatomi ve fizyoloji	*Selman Gökalp*
09.20 - 09.40	Çocuk EKG'sinin normal evrimi ve standartları	*Yakup Ergül*
09.40 - 10.00	Çocuklarda EKG çekilmesi ve sistematik yorumlanması	*Murat Şahin*
10.00 - 10.20	Çocukta örnekleriyle EKG'nin önemi; ihmal mi ediyoruz?	*Celal Akdeniz*
10.20 - 10.30	Tartışma	
10.30 - 11.00	**Kahve Arası**	
11.00 - 12.00	**Çocuklarda İleti Bozukluğu, Hipertrofi ve Elektrolit Dengesizliğinde EKG** **Oturum Başkanları:** *Celal Akdeniz, Metin Sungur*	
11.00 - 11.15	EKG'de ileti bozukluklarının tanınması	*Mehmet Karacan*
11.15 - 11.30	EKG'de odacık hipertrofisi ve dilatasyonunun değerlendirilmesi	*Sinem Altunyuva Usta*
11.30 - 11.45	Elektrolit ve kalp dışı bozuklukların EKG üzerine etkileri	*Ahmet İrdem*
11.45 - 12.00	Tartışma	
12.00 - 13.00	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 14.30	**Fizyolojikten Patolojik EKG'ye Düzensiz ve Farklı Ritm** **Oturum Başkanları:** *Celal Akdeniz, Mehmet Karacan*	
13.00 - 13.20	Atriyal erken atım; tanınması ve önemi	*Cem Karadeniz*
13.20 - 13.40	Ventriküler erken atım; ayırt edilmesi ve önemi	*Metin Sungur*
13.40 - 14.00	Hızlı ritmli (taşikardik) EKG'nin değerlendirilmesi ve ayırıcı tanısı	*Şevket Ballı*
14.00 - 14.20	Sınırda ventriküler hızla seyredebilen SVT EKG'si ve ayırıcı tanı	*Ayhan Kılıç*
14.20 - 14.30	Tartışma	
14.30 - 15.00	**Kahve Arası**	
15.00 - 16.30	**Çocuklarda Göreceli Sık Spesifik Aritmiler ve Acil Yönetimi** **Oturum Başkanları:** *Ayhan Kılıç, Cem Karadeniz*	
15.00 - 15.20	EKG'de preeksitasyon (WPW) sendromları ve önemi	*Ömer Çiftçi*
15.20 - 15.40	İyon kanal defektleri ve EKG	*Celal Akdeniz*
15.40 - 16.00	Örnekleriyle çocuklara özgü ventriküler taşikardiler	*Yakup Ergül*
16.00 - 16.20	Çocuk acilinde taşikardik EKG'nin yönetimi; medikal ve elektriksel kardiyoversiyon	*Taliha Öner*
16.20 - 16.30	Tartışma	
16.30 - 17.00	**Salonla Birlikte İnteraktif EKG Örnekleri Yorumlanması** **Oturum Başkanları:** *Celal Akdeniz, Ayhan Kılıç* **Panelist:** *Yakup Ergül*	
17.00	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

7 MART 2017 SALI

A SALONU

08.30 - 08.45	**Piyano Resitali**	***Buğra Çankır***
08.45 - 10.30	**Açılış**	
10.30 - 10.45	**Kahve Arası** TK İlaç - Piyano Resitali (Buğra Çankır)	
10.45 - 12.00	**Çocuklarda Endokrin Sorunlar: Gelecek İçin Birer Tehdit mi?** **Oturum Başkanları:** *Asiye Nuhoğlu, Aysun Bideci*	
10.45 - 11.10	Dünya epidemisi: Diyabetes mellitus önlenebilir mi?	*Serap Turan*
11.10 - 11.35	Fetal dönemden adölesan döneme endokrin bozucular	*Oya Ercan*
11.35 - 12.00	Durdurun şu puberteyi! Ama ne zaman?	*Bülent Hacıhamdioğlu*
12.00 - 13.00	**Uydu Sempozyumu** **Sindirim Sisteminde Denge** **Oturum Başkanı:** *Nazan Dalgıç* **Konuşmacı:** *Metehan Özen*	SANOFI
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 1**	**(E-Poster Alanı)**
13.30 - 14.00	**Uzmanına Danışalım: Ne Zaman Malignite Düşünelim?** **Oturum Başkanları:** *Erol Kısmet, Vedat Köseoğlu* **Konuşmacı:** *Dildar Bahar Genç*	
14.00 - 15.00	**Prematüre Beslenmesinin Bugünü ve Geleceği** **Oturum Başkanı:** *Esin Koç, Nurullah Okumuş* **Konuşmacı:** *Mehmet Yalaz*	
15.00 - 15.30	**Kahve Arası** TK İlaç - Piyano Resitali (Buğra Çankır)	
15.30 - 16.30	**Çocuklarda Hematolojik Sorunlar** **Oturum Başkanları:** *Tülin Tiraje Celkan, Ali Ayçiçek*	
15.30 - 16.00	Olgularla tam kan sayımı değerlendirilmesi	*Mehmet Ertem*
16.00 - 16.30	Kan ürünü transfüzyonu	*Aylin Canpolat Ayhan*
16.30 - 17.00	**Uzmanına Danışalım: Erken Çocuklukta Beyin Gelişimi ve Çocuk Hekimi** **Oturum Başkanları:** *Sultan Kavuncuoğlu, Seda Geylani Güleç* **Konuşmacı:** *İlgi Ertem*	
17.00 - 17.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 2**	**(E-Poster Alanı)**

7 MART 2017 SALI

B SALONU

08.30 - 10.30	**Açılış**	**(A Salonu)**
10.30 - 10.45	**Kahve Arası**	
10.45 - 12.00	**Çocuklarda Sık Karşılaşılan Nörolojik Sorunlar** **Oturum Başkanları:** *Ferhan Karademir, İhsan Kafadar*	
10.45 - 11.10	Migren: Ne zaman şüphelenelim? Nasıl tanı koyalım?	*Gülşen Köse*
11.10 - 11.35	Dikkat! Bu konvülsiyon değil	*Güzide Turanlı*
11.35 - 12.00	Hipotonik bebek: Klinik ve etiyolojik değerlendirme	*Sarenur Gökben*
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 1**	**(E-Poster Alanı)**
13.30 - 14.00	**Uydu Sempozyum** **Fosfatidilserinlerin Beyin Üzerine Etkileri** **Oturum Başkanı:** *Şirin Güven* **Konuşmacı:** *Cumhur Taş*	Atlantis
14.00 - 15.00	**Acil Serviste Karın Ağrısı Olan Çocuğa Yaklaşım** **Oturum Başkanları:** *Ali İhsan Dokucu, Günsel Kutluk*	
14.00 - 14.30	Çocuk hekimi gözüyle	*Eylem Ulaş Saz*
14.30 - 15.00	Çocuk cerrahı gözüyle	*Çetin Karadağ*
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.30	**Çocuklarda D Vitamini Kullanımı: Doğrular ve Yanlışlar** **Oturum Başkanları:** *Abdullah Bereket, Asuman Kıral* **Konuşmacı:** *Şükrü Hatun*	
16.30 - 17.00	**Uydu Sempozyum** **Solunum Yolu Probiyotiği** **Oturum Başkanı :** *Nazan Dalgıç* **Konuşmacı :** *Ayper Somer*	ENA FARMA
17.00 - 17.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 2**	**(E-Poster Alanı)**

7 MART 2017 SALI

C SALONU

08.30 - 10.30	**Açılış**	**(A Salonu)**
10.30 - 10.45	**Kahve Arası**	
10.45 - 12.00	**Kronikleşen Yenidoğan Hastalıkları** **Oturum Başkanları:** *Asuman Çoban, Nilgün Kültürsay*	
10.45 - 11.10	Bronkopulmoner displazi: Nasıl yönetelim?	*Ömer Erdeve*
11.10 - 11.35	Nekrotizan enterokolit: Nasıl yönetelim?	*Merih Çetinkaya*
11.35 - 12.00	Prematüre retinopatisi: Nasıl yönetelim?	*Hülya Bilgen*
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 1**	**(E-Poster Alanı)**
13.30 - 14.00	**Akılcı Antibiyotik Kullanımı** **Oturum Başkanları:** *Rengin Şiraneci, Olcay Yasa*	
13.30 - 14.00	Otit / Sinüzit / Tonsilit (Olgular eşliğinde)	*Nevin Hatipoğlu*
14.00 - 15.00	**Çocuk Yoğun Bakım Güncellemeleri** **Oturum Başkanları:** *Metin Karaböcüoğlu, Tuğba Gürsoy*	
14.00 - 14.20	Solunum yetmezliğine güncel yaklaşım	*Demet Demirkol*
14.20 - 14.40	Şok ve inotrop tedavi	*Agop Çıtak*
14.40 - 15.00	Status Epileptikus	*Esra Şevketoğlu*
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.30	**Uydu Sempozyum** **Mikrobiota Mucizesi** **Oturum Başkanları:** *Sami Hatipoğlu, Özgül Yiğit* **Konuşmacı:** *Tarkan Karakan*	SANDOZ A Novartis Division
16.30 - 17.00	**Uzmanına Danışalım: Hışıltılı Çocuğa Yaklaşım** **Oturum Başkanları:** *Abdülkadir Bozaykut, Funda Çipe*	
	Hangi tetkiki kime yapalım ve kimi nasıl tedavi edelim?	*Saniye Girit*
17.00 - 17.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 2**	**(E-Poster Alanı)**

7 MART 2017 SALI

D SALONU

AİLE HEKİMLİĞİ: YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU (WORKSHOP)

Kurs Sorumluları: *Serdar Cömert, Dilek Toprak, Seçil Arıca*

08.30 - 10.30	**Kayıt ve Açılış**	**(A Salonu)**
10.30 - 11.00	Bir tarama aracı olarak yenidoğan muayenesi	*Ayşegül Uslu*
11.00 - 11.30	Bebeğin antenatal değerlendirilmesi	*Doruk Cevdi Katlan*
11.30 - 12.00	Hasta bebek	*Seçil Arıca*
12.00 - 12.30	**Olgularla Pratik Uygulama** **Uygulayıcılar:** *Serdar Cömert, Dilek Toprak, Selda Arslan, Evrim Kıray Baş, Umut Zübarioğlu*	
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.30 - 14.00	Cilt lezyonları	*Okcan Basat*
14.00 - 14.30	Baş, boyun muayenesi ve gelişimsel kalça displazisi	*Selda Arslan*
14.30 - 15.00	Doğumsal kalp hastalıkları	*Lida Bülbül*
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.00	Genital organ muayenesi	*Ebru Türkoğlu Ünal*
16.00 - 16.30	Yenidoğan ve sık sorulan sorular	*Güzin Zeren Öztürk*
16.30 - 17.00	**Aile Hekimliği Gözü Ile Yenidoğana Bakış - Etkin Iletişim** **Konuşmacılar:** *Memet Taşkın Egici, Dilek Toprak*	
17.00 - 17.30	**Olgularla Pratik Uygulama** **Uygulayıcılar:** *Serdar Cömert, Dilek Toprak, Seçil Arıca, Selda Arslan, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Besnili Acar*	
17.30	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

7 MART 2017 SALI

E SALONU

08.30 - 10.30	**Açılış**	(A Salonu)
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 1**	(E-Poster Alanı)
13.30 - 13.45	**Asistan Oturumu Açılışı**	
13.45 - 15.00	**Çocuk Hekiminin Hukuksal Sorumluluğu (Soru-cevap)** **Oturum Başkanı:** *Murat Elevli, H. Sinan Uslu* **Asistan Temsilcisi:** *Mustafa Kemal Özdemir* **Konuşmacı:** *Ayfer Uyanık Çavuşoğlu*	
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.00	**Kötü Haberi Nasıl Verelim?** **Oturum Başkanı:** *Dilek Toprak* **Asistan Temsilcisi:** *Gülşah Şenay* **Konuşmacı:** *Mustafa Dikici*	
16.00 - 17.00	**Çocuk Acilde Travmalı Hastaya Yaklaşım** **Oturum Başkanı:** *Aytekin Kaymakçı* **Asistan Temsilcisi:** *Tuğba Demircan* **Konuşmacı:** *Eylem Ulaş Saz*	
17.00 - 17.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 2**	(E-Poster Alanı)

7 MART 2017 SALI

TARTIŞMALI POSTER OTURUMU - 1

13:00 - 13:30 **E-POSTER ALANI**

	Oturum Başkanları		Bildiri No
1. Grup	*Soner Sazak*	*Adem Karbuz*	TP-01 / TP-05
2. Grup	*Yelda Türkmenoğlu*	*Fatma Dursun*	TP-06 / TP-10
3. Grup	*Hüseyin Dağ*	*Nimet Pınar Yılmazbaş*	TP-11 / TP-15
4. Grup	*Diğdem Bezen*	*Funda Tekkeşin*	TP-16 / TP-20

TARTIŞMALI POSTER OTURUMU - 2

17:00 - 17:30 **E-POSTER ALANI**

	Oturum Başkanları		Bildiri No
1. Grup	*Ahmet Sami Yazar*	*Esra Yücel*	TP-21 / TP-25
2. Grup	*Hilal Susam Şen*	*Burcu Karakayalı*	TP-26 / TP-30
3. Grup	*Berna Hamiçıkan*	*Miray Yıldırım*	TP-31 / TP-35
4. Grup	*Alper Kaçar*	*Fatih Aygün*	TP-36 / TP-40

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

A SALONU

09.00 - 10.00	**Çocuklarda Nefrolojik Sorunlar**	
	Oturum Başkanları: *Enver Hasanoğlu, Salih Kavukçu*	
09.00 - 09.20	Neonatal hidronefroz: Ne zaman çocuk nefrolojiye danışalım?	*Lale Sever*
09.20 - 09.40	İdrar yolu enfeksiyonları tanı ve tedavisinde güncel yaklaşımlar	*Harika Alpay*
09.40 - 10.00	Hemolitik üremik sendrom: Yeni ne var?	*Ozan Özkaya*
10.00 - 10.30	**Kahve Arası**	
10.30 - 11.30	**Çocuk ve Ergenlerin Ruhsal Sorunları: Gelecek İçin Tehdit mi?**	
	Oturum Başkanları: *Ayşe Öner, Seher Akbaş*	
10.30 - 10.50	Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu	*Yankı Yazgan*
10.50 - 11.10	Otizm spektrum bozukluğunun tanı ve takibinde çocuk hekimlerinin rolü?	*Nahit Motavelli Mukaddes*
11.10 - 11.30	Ergenlerde madde bağımlılığı: Nasıl tanıyalım, nasıl önleyelim?	*Seher Akbaş*
11.30 - 12.00	**Uzmanına Danışalım: Gelecek İçin Endişelenmeli miyiz?**	
	Oturum Başkanları: *Yıldız Camcıoğlu, Nuran Salman*	
	Antik çağdan geleceğe: Tüberküloz	*Erdal İnce*
12.00 - 13.00	**Uydu Sempozyumu** **Meningokok Hastalıkları ve Men ACWY-TT Aşısı** **Oturum Başkanı-Konuşmacı:** *Yıldız Camcıoğlu* **Konuşmacı:** *Ener Çağrı Dinleyici*	Pfizer
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 3**	**(E-Poster Alanı)**
13.30 - 14.30	**Olgularla Yenidoğan Hipo-Sendromları**	
	Oturum Başkanları: *Yıldız Perk, Mehmet Vural*	
13.30 - 13.50	Hipoglisemi	*Ayhan Taştekin*
13.50 - 14.10	Hipokalsemi	*Nedim Samancı*
14.10 - 14.30	Hiponatremi	*İlke Mungan Akın*
14.30 - 15.00	**Uzmanına Danışalım: Ne Zaman Metabolik Hastalık Düşünelim?**	
	Oturum Başkanları: *Alev Hasanoğlu, Mübeccel Demirkol*	
	Konuşmacı: *Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek*	
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.30	**Odağı Bilinmeyen Ateşli Çocuğa Tanısal Yaklaşım**	
	Oturum Başkanı: *Haluk Çokuğraş, Fahri Ovalı*	
15.30 - 16.00	Odağı bilinmeyen akut ateşli çocuk	*Anıl Aktaş Tapısız*
16.00 - 16.30	Nedeni bilinmeyen uzamış ateşli çocuk	*Ergin Çiftçi*
16.30 - 17.30	**Asistanlar Yarışıyor** *Adem Karbuz, Ahmet Sami Yazar*	
17.30 - 18.00	**Kapanış**	

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

B SALONU

09.00 - 10.00 **Olgularla Yenidoğanda Hiper-Sendromlar**
Oturum Başkanları: *Türkan Dağoğlu, Eren Özek*

09.00 - 09.20	Hipernatremi	*Derya Büyükkayhan*
09.20 - 09.40	Hiperglisemi	*Özgül Salihoğlu*
09.40 - 10.00	Hiperbilirubinemi	*H. Sinan Uslu*

10.00 - 10.30 **Kahve Arası**

10.30 - 11.30 **Uydu Sempozyum**
Uzmanına Danışalım: Öksürük: Dost mu? Düşman mı?
Oturum Başkanları: *Şirin Güven, Vefik Arıca*
Konuşmacı: *Bülent Karadağ*
SANDOZ A Novartis Division

11.30 - 12.00 **Uzmanına Danışalım: Atopik Dermatitte Tedavi Yöntemleri**
Oturum Başkanları: *Çağatay Nuhoğlu, Feyza Mediha Yıldız*
Konuşmacı: *İlknur Kıvanç Altunay*

12.30 - 13.30 **Öğle Yemeği**

13.00 - 13.30 **Tartışmalı Poster Oturumu 3** **(E-Poster Alanı)**

13.30 - 14.30 **Çocuklarda Gastroenterolojik Sorunlar**
Oturum Başkanları: *Coşkun Çeltik, Mahmut Doğru*

13.30 - 14.00	Gluten ilişkili hastalıklar	*Sema Aydoğdu*
14.00 - 14.30	Çocuklarda besin alerjileri	*Tülay Erkan*

14.30 - 15.00 **Uydu Sempozyum**
Dirençli Bakterilerle Nasıl Savaşalım?
Oturum Başkanları: *İsmail İşlek, Nazan Dalgıç*
Konuşmacı: *Ayper Somer*
MSD Be well

15.00 - 15.30 **Kahve Arası**

15.30 - 16.00 **Uzmanına Danışalım: Konjenital Kalp Hastalıkları Taramasında Son Durum: Neden? Kime? Nasıl?**
Oturum Başkanları: *Ayşegül Zenciroğlu, Nilgün Köksal*
Konuşmacı: *Fuat Emre Canpolat*

16.00 - 16.30 **Uzmanına Danışalım: Eyvah Bebeğim Morardı!**
Oturum Başkanları: *Ayşe Engin Arısoy, Güner Karatekin*
Konuşmacı: *Ayşegül Zenciroğlu*

16.30 - 17.30 **Asistanlar Yarışıyor** **(A Salonu)**
Adem Karbuz, Ahmet Sami Yazar

17.30 - 18.00 **Kapanış** **(A Salonu)**

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

C SALONU

09.00 - 10.00 **Çocuk Kardiyolojide Güncellemeler**
Oturum Başkanları: *Ahmet Çelebi, Murat Elevli*

09.00 - 09.20	Akut romatizmal ateş: Yeni ne var?	*Özben Ceylan*
09.20 - 09.40	Enfektif endokarditte güncellemeler	*Taliha Öner*
09.40 - 10.00	Kalp yetmezliğinde yenilikler	*Alper Güzeltaş*

10.00 - 10.30 **Kahve Arası**

10.30 - 11.30 **Yenidoğanda Güncellemeler**
Oturum Başkanları: *Mehmet Satar, Zeynep İnce*

10.30 - 11.00	RDS güncellemeleri	*Nuray Duman*
11.00 - 11.30	NRP güncellemeleri	*Suna Oğuz*

11.30 - 12.00 **Olgularla Acil Yenidoğan**
Oturum Başkanları: *Sertaç Arslanoğlu, Leyla Bilgin*

11.30 - 11.45	Ateşli yenidoğan: Ne yapalım	*Emrah Can*
11.45 - 12.00	CRP yüksek: Yatıralım mı?	*Yasemin Akın*

12.30 - 13.30 **Öğle Yemeği**

13.00 - 13.30 **Tartışmalı Poster Oturumu 3** **(E-Poster Alanı)**

13.30 - 14.30 **Aile Hekimliği Oturumu: Yaşamın İlk İki Yılı**
Oturum Başkanları: *Dilek Toprak, Seçil Arıca*

13.30 - 14.00	Sağlam çocuk izlenimi: İlk 1 ay	*Ali Bülbül*
14.00 - 14.30	Sağlam çocuk izlenimi: 1-24 ay	*Figen Şahin Dağlı*

14.30 - 15.00 **Uzmanına Danışalım: Hematürili Çocuğa Yaklaşım**
Oturum Başkanları: *Ilmay Bilge, Aysel Kıyak*
Konuşmacı: *Hasan Dursun*

15.00 - 15.30 **Kahve Arası**

15.30 - 16.30 **Çocuklarda Kas-Eklem Hastalıkları**
Oturum Başkanları: *Oğuz Söylemezoğlu, Müferret Ergüven*

15.30 - 15.50	Olgularla kas-iskelet ağrısı olan çocuk	*Betül Sözeri*
15.50 - 16.10	Bağ dokusu hastalıkları: Olgularla tanısal yaklaşım	*Nuray Aktay Ayaz*
16.10 - 16.30	Tekrarlayan ateş ve döküntüsü olan hastaya tanısal romatolojik yaklaşım	*Özgür Kasapçopur*

16.30 - 17.30 **Asistanlar Yarışıyor** **(A Salonu)**
Adem Karbuz, Ahmet Sami Yazar

17.30 - 18.00 **Kapanış** **(A Salonu)**

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

D SALONU

ÇOCUKLUK DÖNEMİNDE HEMŞİRELİK BAKIM KURSU

Kurs Sorumluları: *Ali Bülbül, Halime Dervişoğlu, Cevriye Tamer*

09.00 - 09.30	**Kayıt ve Açılış**	
09.30 - 10.00	Doğumhanede bakım	*Şehrinaz Sözeri*
10.00 - 10.30	**Kahve Arası**	
10.30 - 11.00	Yenidoğan hemşirelik bakımı	*Türkan Şimşek*
11.00 - 11.30	Süt çocuğu (1-12 ay) bakımı	*Zekiye Elçi*
11.30 - 12.00	Ventilatördeki çocuk hasta bakımı	*Nagihan Eyi*
12.00 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.30 - 14.00	Enfeksiyon servisinde çocuğa yaklaşım	*Döndü Koçak Kaymaz*
14.00 - 14.30	Hastane enfeksiyonlarını önleme stratejileri	*Neşe Çimenci*
14.30 - 15.00	Onkoloji hemşireliği	*Azime Türköz*
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.00	Çocuk cerrahisinde bakım ilkeleri	*Nalan Kızıldeli*
16.00 - 16.30	Çocuğun fizyolojik gelişim süreci	*Gizem Kara Elitok*
16.30 - 17.00	**Kapanış - Kurs Belgelerinin Dağıtımı ve Fotoğraf Çekimi**	

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

E SALONU

09.00 - 10.00	**Sözlü Bildiri Oturumu 1 (SS-01 / SS-08)** **Oturum Başkanı:** *Nazan Dalgıç, Bedir Akyol, Mustafa Özçetin*	
10.00 - 10.30	**Kahve Arası**	
10.30 - 11.30	**Sözlü Bildiri Oturumu 2 (SS-09 / SS-16)** **Oturum Başkanları:** *Seda Geylani Güleç, Ömer Faruk Beşer, Sevgi Yavuz*	
11.30 - 12.30	**Sözlü Bildiri Oturumu 3 (SS-17 / SS-26)** **Oturum Başkanları:** *Cengiz Candan, Ayşenur Kaya, Rabia Gönül Sezer*	
12.30 - 13.30	**Öğle Yemeği**	
13.00 - 13.30	**Tartışmalı Poster Oturumu 3**	**(E-Poster Alanı)**
13.30 - 15.00	**Çocuklarda Solunum Yolu Hastalıklarının Tedavisinde İnhalasyon Teknikleri (Workshop)** *Saniye Girit, Arif Kut, Ela Erdem, Yasemin Gökdemir, Işıl Eser Şimşek, Nilay Baş, Emine Atağ*	
13.30 - 14.30	**Teorik Anlatım**	
13.30 - 13.45	İnhalasyon tedavisi: Mekanizma ve kullanım ilkeleri	*Saniye Girit*
13.45 - 14.00	Nebulizatör tipleri ve özellikleri	*Arif Kut*
14.00 - 14.15	Ölçülü doz inhaler (ÖDİ) ve kuru toz inhaler (KTİ) çeşitleri ve aracı cihazlar	*Ela Erdem*
14.15 - 14.30	İnhalasyon cihazı seçme kriterleri ve enfeksiyon kontrolü	*Yasemin Gökdemir*
14.30 - 15.00	**Pratik Uygulamalar** **Uygulama Koordinatörü:** *Saniye Girit*	
	Pratik uygulamalar: A masası - Nebulizatörler	*Arif Kut, Nilay Baş*
	Pratik uygulamalar: B masası - ÖDİ ve aracı cihazlar	*Ela Erdem, Işıl Eser Şimşek*
	Pratik uygulamalar: C masası - KTİ cihazlar	*Yasemin Gökdemir, Emine Atağ*
Not: Workshop katılımı kontenjanla sınırlıdır.		
15.00 - 15.30	**Kahve Arası**	
15.30 - 16.30	**Ne Zaman İstismardan Şüphelenelim?** **Oturum Başkanı:** *Sami Hatipoğlu* **Asistan Temsilcileri:** *Fatma Beşiroğlu Çetin, Bekir Yükcü* **Konuşmacı:** *Figen Şahin Dağlı*	
16.30 - 17.30	**Asistanlar Yarışıyor** *Adem Karbuz, Sami Yazar*	**(A Salonu)**
17.30 - 18.00	**Kapanış**	**(A Salonu)**

8 MART 2017 ÇARŞAMBA

TARTIŞMALI POSTER OTURUMU - 3

13:00 - 13:30 **E-POSTER ALANI**

	Oturum Başkanları		Bildiri No
1. Grup	*Nimet Cındık*	*Birol Öztürk*	TP-41 / TP-45
2. Grup	*Meltem Erol*	*Duygu Bayoğlu*	TP-46 / TP-50
3. Grup	*Özlem Şahin*	*Sevgi Akova*	TP-51 / TP-55
4. Grup	*Fikret Asarcıklı*	*Elif Eroğlu Günay*	TP-56 / TP-59

KONUŞMA ÖZETLERİ

Mesleki Etik ve Sorumluluklarımız

Hemş. Muzaffer Berna Doğan

İstanbul Üniversitesi, Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul

Hemşirelik mesleğinde; sağlıklı veya hasta bireyin gereksinimlerinin karşılanması ve en kısa zamanda bağımsız duruma gelmesini sağlamak esastır. Hemşirelik uygulamaları, sağlık bilimi ile bakımı, klinik uygulamaları, iletişimi ve sosyal bilimleri içine alan çok yönlü bir alandır. Hemşirelik, insan gereksinimlerinden doğmuştur. Toplumdaki tüm bireylere verilen sağlık bakım hizmetidir. 2007 yılında yeni hemşirelik kanunuyla hemşirelik mesleğinin tanımı belirtilmiştir. Hemşirelik, acil haller dışında hekim tarafından yazılı olarak verilen tedavi planını uygulamak, aile, birey ve toplumun hemşirelik girişimleri ile sağlanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek, hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirtilen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak, denetlemek ve değerlendirmek ile görevli ve yetkili sağlık profesyoneliğidir (1,2).

Hemşireler, hastalarına standart bakım sunmaktan sorumludur. Standart bakım sunulurken hemşireler çalışma alanlarında kuşkusuz mesleki uygulamalarında çeşitli etik ve mesleki sorumlulukları ilgilendiren zorluklarla karşı karşıya kalmaktadırlar. Bu nedenle hemşireler etik davranış kurallarına ve etik karar vermenin esaslarına aşina olmalıdırlar (2,3).

Etik kurallar, son yıllarda birçok meslek için benimsenmiştir. Hemşirelikte etik kodlar, dünya çapında hemen hemen her tanınmış profesyonel organizasyon tarafından yayınlanmıştır. İlk olarak 1953'te Uluslararası Hemşireler Konseyi (ICN) tarafından uluslararası etik kurallar benimsenmiştir. Hemşireler için hazırlanan iki kod, Amerikan Hemşireler Birliği (ANA) ve Kanada Hemşireler Derneği (CAN) tarafından hazırlanmıştır. Kodlar, hemşirelerin mesleğinde etik olarak davranılması gerektiğini ve mesleki yükümlülüklerini yerine getirmelerini engelleyen kısıtlamalarla karşılaştıklarında neleri nasıl saptayacaklarını özetlemektedir. Bu kodlar, hemşirelerin çalışma ortamındaki uygulamalar konusunda desteklenmeleri ve etik olarak yaşadıkları sıkıntıların azaltmasını amaçlamaktadır (2,3).

Hemşirelik mesleğinin sorumlulukları arasında hasta bakımı önemli bir yerde bulunmaktadır. Bu sorumluluk hasta bakımının özen yükümlülüğü çerçevesinde gerçekleştirilmesini gerektirirken, hastanın bakımının sağlanmaması ya da ihmal edilmesi hemşirelere hukuki olarak bazı sorumlulukları da beraberinde getirmektedir. Hemşireler hasta bakımının sağlanmasında mesleki sorumluluklar ve risk arasındaki dengenin analiz edilmesi ve etik sorumlulukların yerine getirilmesi konusunda mesleklerini icra etmektedirler. Aynı zamanda hemşirelik mesleği için riskli olacak durumlarda etik yükümlülüğün korunması için çalışmaktadırlar. Amerikan Hemşireler Birliği (The American Nurses Association-ANA) hemşirelerin tüm bireylere, saygı çerçevesinde ayrım yapmadan bakım vermesinin zorunluluk olduğunu belirtmiştir (2,3).

Verilmesi gereken bir karar ya da uygulanması gereken bir davranış belli bir hastayı, aileyi, topluluğu, popülasyonu ya da hemşirelik mesleğini tehlikeye düşürecek özelliğe sahipse ya da doğal olarak böyle bir durum ortaya çıkıyorsa hemşire etik dayanağı olduğu için reddetme hakkına sahip olabilmektedir (2,3).

Hemşireler hemşirelik pratiğinde gerçekleşen ve etik hususları aşan ya da etik standartları ihlal eden durumlarla karşılaştıklarında, söz konusu konu ile ilgili olarak yetkili kişiye kendisinin kanaatini bildirmelidirler (2,3).

Hemşirenin kanaatini bildirmesi etik konuların tartışılması açısından önemlidir. Bu durumun hemşireler açısından resmi ya da resmi olmayan sonuçlara yol açmaması gerekmektedir. Bu itirazın bilinmesi hastanın bakımı ile ilgili yapılacak değişikliklerin yerine getirilmesi açısından önemlidir. Kanaat bazlı itirazlar kişisel tercih, ön yargı, dışlama, kolaylık ya da keyfi hareketten uzak bir şekilde yapılmalıdır (2,3).

Hemşireler risk değerlendirmesini Etik Kodlarında belirtildiği şekilde kanıta dayalı uygulamalara dayandırarak temellendirmelidir. "Herhangi bir rol ya da ortamda, uygulama; en uygun araştırmanın, uygulama uzmanlığının, uygulamalı hemşireliğin, araştırma ve sağlık bakımı etiğinin ve klinik ya da deneysel görüşün kombine edilmesi ile karakterize edilmektedir. Hasta bakımında bu durum hasta tercihleri, kültürel özgeçmiş ve toplum değerlerini içermektedir" şeklinde belirtilmiştir (2,3).

Hemşireler mesleki ya da kişisel bütünlüklerine yönelik bir tehdit ile karşılaştıklarında, "Kişisel ya da mesleki değerlere göre hareket etme ve eğer taviz verilecekse de hemşirelerin etik bütünlüğünün korunduğu ve hemşire ya da diğerlerinin iyilik halini ya da itibarının tehlikeye atılmayacağı durumlarda taviz verilebileceği" bildirilmektedir. Uygun önlemlerin alınabilmesi için ise tanımlanmış risklerin uygun kurumsal yollar ile iletilmesi gerekmektedir. Söz konusu sağlık tesisinin riski azaltan araçlar, riski minimize eden koruyucu prosedürler, riskler hakkında çalışanların eğitilmesi ve hemşirelik bakımını etkileyen riskler ve potansiyel riskler hakkında yapılacak çalışmaların yapılmasını sağlamaları bir gerekliliktir (3,4).

Türk Hemşireler Derneği'nin Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar adlı 2009 yılındaki kitapta Uluslararası Hemşireler Konseyi'nin etik kodlarına (The International Council of Nurses, Code of Ethics for Nurses) bağlı kalarak Hemşirelik Etik İlke ve Sorumlulukları belirtilmiştir. Literatürdeki tartışmalar, hemşirelerin etik ve sorumlulukları konusunda giderek daha fazla bilgi sahibi olduklarını, ancak etik karar alma sürecine katılabilecek kadar hazır olmadıklarını ileri sürmektedir. Bu konudaki çekincelerin

tartışması farklı bir sunumun konusu iken, bu sunumda belirtilecek gerçek olgular üzerinden anlatılacak etik ve sorumluluk değerlerinin hemşirelere yol göstermesi amaçlanmaktadır. Uluslararası olarak kabul edilen bu kodlar dört başlık olarak belirtilmiştir (4,5).

- Zarar Vermeme-Yararlılık İlkesi
- Özerklik/Bireye Saygı İlkesi:
- Adalet ve Eşitlik İlkesi:
- Mahremiyet ve Sır Saklama İlkesi:

Temel olarak tıbbi uygulama hataları iddiaları ile ilgili bilirkişilik alanında hizmet sunan bir hemşire olarak, en sık değerlendirmek zorunda kalınılan konu; "Zarar Vermeme" ilkesinin ihlali şeklinde ortaya çıkan, temelinde koordinasyon, meslekte acemilik gibi faktörlerin bulunduğu, alerji, anaflaksi, zehirlenme ve diğer yaralanmaların ortaya çıktığı hukuki sorumlulukları beraberinde getiren olgu örnekleri sunumda yer alacaktır.

Temel olarak "özerklik ilkesinin" ihlal edildiği anlamına gelen aydınlatılmış onam alınmaması konusu diğer önemli etik ihlal iddiası konusudur. Pratikte çok sık olarak yapılan intramuskuler enjeksiyon olgularının en fazla hukuka yansıyan konu olarak bilindiği ve bu uygulamanın yeni yüksek yargı kararlarının alınmasına yol açtığı görülmektedir.

Hekimler aleyhine açılan malpraktis davalarının seyri sırasında tıbbi belgelerin yargı makamlarına teslimi ve görgüye dayalı tanıklık yapma aşamasında hemşireler çok sık "Adalet" ilkesi anlamında ikilemler yaşamaktadır. Bu konuda da deneyim paylaşımının yararlı olacağı düşünülmüştür.

"Sır Saklama" konusu kişisel verilerin korunması kanunu ile birlikte sağlık profesyonelleri açısından çok daha güç yönetilebilen bir etik konu haline gelmiştir. Sunumda iyi niyetle hasta yakını ile paylaşılan bir tıbbi verinin hukuksal sonuçları aktarılacaktır.

KAYNAKÇA

1. Milli Eğitim Bakanlığı (2013) Hemsirelik deontoloji ve mesleginin sorumluluk ve yükümlülükleri,

s. 22-42

http://megep.meb.gov.tr/mte_program_modul/moduller_pdf/Deontoloji%20ve%20Mesleğin%20Sorumluluk%20ve%20Yükümlülükleri.pdf (Erişim tarihi: 08.02.2017)

2. Zahedi, F. Sanjari, M. Aala, M, Peymani, M. Aramesh, K., Parsapour, A. Bagher Maddah, SS. Cheraghi, MA. Mirzabeigi, GH. Larijani, B. Vahid Dastgerdi, M. (2013 The Code of Ethics for Nurses, I*ranian J Publ Health,* 42 **(1)**: 1-8

3. American Nurses Association Position Statement (2015) Risk and responsibility in providing nursing care

http://www.nursingworld.org/DocumentVault/Position-Statements/Ethics-and-Human-Rights/RiskandResponsibility.pdf (Erişim tarihi: 08.02.2017)

4. Türk Hemşireler Derneği (2009) Hemşireler için Etik İlke ve Sorumluluklar, s.1-7, http://www.turkhemsirelerdernegi.org.tr/upload/hemsire%20brosur.pdf (Erişim tarihi: 08.02.2017)

5. Cassidy, V. R. (1991). Ethical responsibilities in nursing: Research findings and issues. *Journal of Professional Nursing,* 7**(2):**112-118.

Sağlık Çalışanlarının TCK Kapsamında Cezai Sorumlulukları

Av. İnci Ekin

Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İstanbul

Sağlık mesleği mensubu kimdir diye baktığımızda 22.05.2014 tarih, 29007 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanan Sağlık Meslek Mensupları ile Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik md.4 'te "***Sağlık meslek mensupları:*** *Tabip, diş tabibi, eczacı, hemşire, ebe ve optisyen ile 1219 sayılı Kanunun ek 13 üncü maddesinde tanımlanan diğer meslek mensuplarını,(odyolog, diyetisyen, dil ve konuşma terapisti, podolog, klinik psikolog, fizyoterapist…..*

Sağlık hizmetlerinde çalışan diğer meslek mensupları*: Sağlık meslek mensubu olmadığı halde, sağlık hizmet sunumu çerçevesinde özgün görevi olan ve bu alanda çalışan diğer meslek mensuplarını ifade eder"* şeklinde tanımlamıştır.

Hukuk sistemimizde sağlık çalışanlarının sorumlulukları;

- Sağlık Bakanlığı'na şikayet hakkı – Disiplin Sorumluluğu,
- Meslek Odaları şikayet hakkı – Disiplin Sorumluluğu,
- Adli ve İdari yargıya müracaat hakkı – Tazminat Sorumluluğu,
- Ceza Hukuku yönünden şikayet hakkı – Ceza Sorumluluğu şeklinde dört ana grupta sıralayabiliriz.

Sunumumda konuların kapsamlı olması ve zamanın sınırlı olması sebebiyle sadece sağlık çalışanlarının Türk Ceza Kanunu kapsamında cezai sorumluluklarını anlatacağım.

Öncelikle TCK Madde 20/1' de belirtildiği üzere: "Ceza sorumluluğu şahsidir. Kimse başkasının fiilinden dolayı sorumlu tutulamaz" yani hekim kendi yapmış olduğu fiilinden hemşire ise kendi fiilinden sorumlu olup varsa diğer sorumluluğu olan kişi kendi kusurlu fiili oranında sorumludur.

Ceza Sorumluluğu Şartları;

Kanuni Unsur, Hukuka Aykırılık, Maddi Unsur, Manevi Unsur olarak hukuk sistemimizde tanımlanmıştır.

Manevi unsur;

1- Kast:

TCK Madde 21- (1) Suçun oluşması kastın varlığına bağlıdır. **Kast**, suçun kanuni tanımındaki unsurların **bilerek ve istenerek** gerçekleştirilmesidir.

(2) Kişinin, suçun kanuni tanımındaki unsurların gerçekleşebileceğini öngörmesine rağmen, fiili işlemesi halinde olası kast vardır.

2- Taksir

TCK Madde 22- (1) Taksirle işlenen fiiller, kanunun açıkça belirttiği hallerde cezalandırılır.

(2) **Taksir, dikkat ve özen yükümlülüğüne aykırılık** dolayısıyla, bir davranışın suçun kanuni tanımında belirtilen **neticesi öngörülmeyerek** gerçekleştirilmesidir.

(3) Kişinin öngördüğü neticeyi istememesine karşın, neticenin meydana gelmesi halinde bilinçli taksir vardır; bu halde taksirli suça ilişkin ceza üçte birden yarısına kadar artırılır.

Şikayete tabii suçlar için zamanaşımı süresi vardır. Şöyleki;

TCK Madde 73- (1) Soruşturulması ve kovuşturulması şikayete bağlı olan suç hakkında yetkili kimse **altı ay içinde şikayette bulunmadığı** takdirde soruşturma ve kovuşturma yapılamaz.(fiili ve faili öğrendiği tarihten itibaren)

6283 sayılı Hemşirelik Kanunu hemşirenin görev tanımını vermektedir. Buna göre:

"Madde 4 – (Değişik: 25/4/2007-5634/3 md.) Hemşireler; **tabip tarafından acil haller dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygulamak,** her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirlemek ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını planlamak, uygulamak,

denetlemek ve değerlendirmekle görevli ve yetkili sağlık personelidir."

2010 yılında Resmi Gazatede yayımlanan ve 2011 yılında değişiklik yapılan Hemşirelik Yönetmeliği md.6 hemşirelerin görev, yetki ve sorumlulukları düzenlemektedir.

MADDE 6 – (1) Hemşireler;

…c) Tıbbî tanı ve tedavi planının uygulanmasında; hekim tarafından, **acil durumlar dışında yazılı olarak verilen tedavileri uygular,** hastada beklenmeyen veya ani gelişen durumlar ile acil uygulanması gereken tanı ve tedavi planlarında müdavi hekimin şifahi tıbbi istemini kabul eder. Bu süreçte hasta ve çalışan güvenliği açısından gerekli tedbirleri alır.

ç) Hastaya lüzumu halinde uygulanmak üzere hekim tarafından reçete edilen tıbbî talepleri bilimsel esaslara göre belirlenen sağlık bakım, tanı ve tedavi protokolleri doğrultusunda yerine getirir.

d) Tıbbi tanı ve tedavi işlemlerinin **hizmetten faydalanana zarar vereceğini** öngördüğü durumlarda, müdavi hekim ile durumu görüşür, **hekim işlemin uygulanmasında ısrar ederse durumu kayıt altına alarak hekimin yazılı talebi üzerine söz konusu işlemi uygular**.

Ancak, TCK md. 24/3;

"Konusu suç teşkil eden emir hiçbir surette yerine getirilemez. Aksi takdirde yerine getiren ile emri veren sorumlu olur" demektedir.

Normlar hiyerarşisinde Kanunlar Yönetmeliklerin üstünde olması sebebiyle TCK uygulanır.

Sağlık Çalışanlarının Sık Karşılaştığı Bazı **TCK Hükümleri:**

I. Taksirle öldürme

Madde 85- (1) Taksirle bir insanın ölümüne neden olan kişi, iki yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

I. Taksirle yaralama

Madde 89- (1) Taksirle başkasının vücuduna acı veren veya sağlığının ya da algılama yeteneğinin bozulmasına neden olan kişi, üç aydan bir yıla kadar hapis veya adlî para cezası ile cezalandırılır.

…

(5) (Değişik: 6/12/2006 – 5560/5 md.) Taksirle yaralama suçunun soruşturulması ve kovuşturulması şikâyete bağlıdır. Ancak, birinci fıkra kapsamına giren yaralama hariç, suçun bilinçli taksirle işlenmesi halinde şikâyet aranmaz.

II. Görevi kötüye kullanma

Madde 257- (1) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, **görevinin gereklerine aykırı hareket etmek suretiyle, kişilerin mağduriyetine** veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, altı aydan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Kanunda ayrıca suç olarak tanımlanan haller dışında, görevinin gereklerini yapmakta ihmal veya gecikme göstererek, kişilerin mağduriyetine veya kamunun zararına neden olan ya da kişilere haksız bir menfaat sağlayan kamu görevlisi, üç aydan bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Karar: "Sağlık ocağında görevli hemşire ve ebe olan sanıkların vücuda enjeksiyon biçimi farklı olan kızamık aşısı yerine gerekli dikkat ve özeni göstermeyerek kızamık suyu ile sulandırılmış verem aşısı yapmaları nedeniyle bebeklerden Gamze'nin bir yıl süreyle gözlem altına tutulmalarına yol açma ve kolunda iltihaplı ceviz büyüklüğünde şişlik oluşturma eylemlerinin özel hüküm niteliğindeki taksirle yaralama suçuna uyduğu (….) gözetilmeden yapılan aşının kişilerde olumsuz bir etkiye yol açmadığı gerekçesiyle görevi savsama suçundan beraat kararı verilmesi yasaya aykırıdır." Y. 4.CD. 2.5.2006, 2004/18181 - 2006/10269

Karar: "Zararlı bir sonuç doğmasa dahi, hekimin hastayı muayene etmemesi veya tıbbi yardımda bulunmaması görevi ihmal veya kötüye kullanma suçunu oluşturabilir;

Sağlık ocağında ebe olan sanığın, kendisine başvuran hastaya spiral takmaması biçiminde pasif nitelikteki eyleminin görevi savsama suçunu oluşturduğu gözetilmelidir." Y. 4.CD. 15.1.2007, 12333/133

III. Çocuğun **soybağını değiştirme**

Madde 231- (1) Bir çocuğun soybağını değiştiren veya gizleyen kişi, bir yıldan üç yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Özen yükümlülüğüne aykırı davranarak, sağlık kurumundaki bir çocuğun başka bir çocukla karışmasına neden olan kişi, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır**.**

V. Sağlık mesleği mensuplarının suçu bildirmemesi

Madde 280- (1) Görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir **belirti** ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren **sağlık mesleği mensubu**, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Sağlık mesleği mensubu deyiminden tabip, diş tabibi, eczacı, ebe, hemşire ve sağlık hizmeti veren diğer kişiler anlaşılır.

Girişimsel İşlemlerde Güncel Hemşirelik Bakımı

Hemş. Bahriye Akkaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Pediatri servisi, İstanbul

HEMŞİRELİK;Kavramsal bilgi ve beceriyi içeren uygulamalı bir sağlık disiplinidir.Doğasında insana saygı ve insan haklarına değer verme olup mesleki faaliyetleri birey,aile ve toplumdur.Hemşirelik çoğu zaman,hekim tarafından önerilen tedbirlerini uygulamak,aşı,pansuman,enjeksiyon konsusunda yetkili kılınmış koruyucu hekimlik ve bulaşıcı hastalıklarla mücadele konusunda görev verilmiştir. Oysa;hem yeni kanun hem de hemşireliğin son yıllardaki gelişimi,bakım ve tedavideki etkinliği göz önünde bulundurularak ,mesleğimize hemşirelik girişimi ve tanılama süreci içerisinde;hemşirelik bakımını planlamak,uygulamak,denetlemek ve değerlendirmek gibi yetki ve görevler verilmiştir.

Bizlerde,bize verilen bu yetkilerle sağlık bakım standartlarını iyileştirmede hastalarımıza vereceğimiz etkin ve profesyonel hemşirelik bakım hizmetleriyle tedavi bakım uygulamalarında daha etkin roller üstlenebiliriz.İnvaziv işlemler her zaman için korkutucu işlemler olmuştur özelliklede çocuklar için tam bir travma nedenidir.İşte bu noktada biz hemşireler devreye girerek ağrılı,acılı ve korkutucu olan bu durumları profesyonel bir yaklaşım etkili bir iletişimle daha normal bir hale getirebilir etkin bakım standartları uygulayabiliriz.Bu bakım standartlarından en çok uyguladığımız işlemlerden bazılarından sunumumda bahsetmek istiyorum.

KONU BAŞLIKLARI

1.GÖZ BAKIMI

2.AĞIZ BAKIMI

3.GÖBEK BAKIMI

4.İNTRAVENÖZ KATATER BAKIMI

5.SANTRAL VENÖZ KATATER BAKIMI

6.NAZOGASTRİK KATATER BAKIMI

7.TRAKEOSTOMİ BAKIMI

8.ÜRİNER SONDA BAKIMI

9.STOMA BAKIMI

10.PEG BAKIMI

Yenidoğan konjonktiviti tehlikeli midir?

Bazı konjunktivitlerde korneada ülserasyon,perforasyon,endoftalmi (göz içi enfeksiyonu)ve körlük gibi çok ciddi komplikasyonlar, nadiren ölümler gelişebildiği bildirilmiştir.

Bu nedenle doğumdan hemen sonra tüm yenidoğan bebeklere göz bakımı yapılmalı ve profilaksi uygulanmalıdır.

Göz profilaksisi için ilaç seçimi

Yenidoğan bebeklerde profilaksi için sağlık kuruluşu tarafından uygun bir preperat seçilebilir.Türkiye Oftalmoloji Derneği eritromisin%0.5 veya %2.5luk povıdone iodine yada azitromisin göz damlası önermektedir.%0.5 lik gümüş nitrat uygulaması yapılmamalıdır.

Göz bakımı ve profilaksi uygulaması

Göz çevresi ve göz kapakları steril (distile)su veya SF ile ıslatılmıs steril gazlı bez ile dıştan içe doğru silinir.Göz kapakları hafifçe açılır ve konjunktivaya göz damlası uygulanır.İşlem sonrası kapak serbest bırakılarak damlanın tüm konjunktivaya yayılması sağlanır.

Profilaksi ne zaman yapılmalı?

Uygulama doğum sonrası ilk bir saat içinde yapılmalıdır.Yenidoğanlarda doğumdaki göz bakımından sonra izlem sırasında gözlerde çapaklanma yoksa özel göz bakımı gerekmez.

AĞIZ BAKIMI

Sağlıklı yenidoğanda ağız bakımı gerekir mi?

Ağızdan beslenebilen dil ve ağız mukozası temiz görünen bebeklerde ayrıca ağız bakımına gerek yoktur.Ağızdan beslenemeyen bebeklerde ağız mukozasında kuruluk sonucu kurutlar üzerine bakteri ve mantarlar yerleşebilir.

Yenidoğanın bikarbonatlı ağız bakımı

İşlem öncesinde ve sonrasında eller su ve sabunla iyice yıkanır.Malzemeler hazırlanır:Steril distile su veya kaynatlılp ılıtılmıs su,steril gazlı bez,sodyum bikarbonat(NaHCO3),sofra karbonatı,böbrek küvet,nemlendirici jel

Ağız bakım solüsyonu ‘’kaynatılmış ılıtılmıs bir çay bardağı suya bir çay kaşığı sofra karbonatı konulup karıştırarak veya 1cc sodyum bikarbonat+9cc steril distile su’’ ile hazırlayın.Bebege ağız içini görecek şekilde pozisyon verin.Eldiven giyin.Parmağa gazlı bez sarıp solüsyonu gazlı bez üzerine dökün.Ağız içini,dili hafifçe bastırarak silin,kullanılan gazlı bezi böbrek küvete atın.Bu işlemi yeni malzemelerle birkaç kez tekrar edin. Temizlenmiş mukozada herhangi bir hasar olup olmadığını kontrol edin.Dudakta ve çevresinde kurut veya kuruluk varsa bebeğin dudaklarına ve ağız çevresine nemlendirici sürün.El hijyeninizi sağlayın.

GÖBEK BAKIMI

Kanama ve enfeksiyonun önlenmesi açısından önemlidir. Göbek kordonu doğum salonunda povidin-iyot ile temizlendikten sonra steril klemp ile bağlanmalı ve steril bistüri ile kesilmelidir. Bu ilk bakımdan sonra göbeğin temiz ve kuru tutulması, dışkıyla bulaşın önlenmesi ve bakımdan önce el yıkanması yeterlidir. Tekrarlayan povidin-iyot kullanımı iyot toksisitesi açısından önerilmemektedir. Göbek genellikle 1-2 hafta içinde düşmektedir. (nadiren 3 hafta) Göbek kordonunun steril olmayan bıçak, makas gibi aletlerle kesilmesi durumunda, anne aşısız ise bebeğe tetanoz immünglobulini yapılmalıdır.Hastane dışında doğan veya göbeğe bakteriyel bulaş olan bebeklerde göbeğe antibiyotikli bakım önerilebilir.%70’lik alkol ve steril spanç kullanılarak göbeğin dip kısmından uç kısmına doğru cilde alkol gelmesini önleyerek silinmelidir. Aynı işlem bir kez daha uygulanıp en son göbek mandalı da alkolle silinmelidir.Prematüre ve immatür bebeklerin göbek bakımları yapılırken antiseptiğin cilde teması yanık, dermatit, allerji vb. birçok yan etkiye sebep olacağından steril distile su ile ıslatılmış steril spanç ile alkol sonrası üstten silinebilir.Göbek silindikten sonra üzeri açık bırakılmalı, gazlı bez sarılmamalıdır.Göbek bezin dışında ve kuru tutulmalı, göbek bağı kullanılmamalıdır. Cilde krem ya da bebek yağı kullanılırken göbeğine sürülmemeli, göbek kurut utulmalıdır.Göbek bakımı sırasında göbek, akıntı, kızarıklık, koku, kanama yönünden kontrol edilmelidir.

İNTRAVENÖZ KAKATER BAKIMI

AMAÇ: İlaç ya da sıvı tedavisi için IV yola kateter takılması ve açıklığın sağlanmasıdır.

TEMEL BİLGİLER :Uzun süreli sıvı ya da ilaç tedavisi olan hastalarda IV yolun açıklığını sağlar ve invazif girişim sıklığını azaltır.Kullanılacak periferik IV kateter hastanın yaşına, kilosuna ve klinik durumuna (bebek, çocuk, şok, dehidratasyon vb.) göre uygun uzunluk ve çapta olmalıdır.Ven seçiminde uygulama distalden proksimale doğru yapılır. Çocuklarda yetişkinlere ek olarak diğer venler kullanılamadığında, baş bölgesi venleri de kullanılmaktadır.Damar içi kateter enfeksiyonlarının önlenmesi amacıyla kateterlerin ve infüzyon solüsyonu uygulama setlerinin doğru zamanda değiştirilmesi gerekir.Acil durumlarda takılan kateterler 48 saat içinde değiştirilmelidir.

Dikkat Edilecek Noktalar

Tüm işlem basamaklarında cerrahi aseptik tekniğe uyulmalıdır. Mikrobiyal kontaminasyonu engellemek için % 2 lik klorheksidin, povidon iyot, iyodofor veya % 70 lik alkol, antiseptik solüsyon olarak kullanılabilir. Bebeklerde povidon iyot, iyodofor geçici hipotroidiye neden olduğundan tercih edilmemelidir. Birkaç başarısız girişim olmuşsa hastanın stresini azaltmak ve rahatlatmak için başka birinden yardım istenebilir.Uygulama sırasında hasta uygulama bölgesini hareket ettirmemelidir. Turnike 2 dk dan uzun süre bağlı bırakılmamalıdır. IV kateter infeksiyon, inflamasyon ve tromboz belirtileri olmayan bölgeye uygulanmalıdır. Yaralanmaları engellemek için korumalı uçlu kateterler tercih edilmelidir. Hareketin engellememesi için eklem bölgeleri tercih edilmemelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Malzemeler hazırlanır. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.2. Hasta kimlik doğrulaması yapılır. 3. Hasta/ ailesine işlem hakkında bilgi verilir. 4. Hastaya uygulama yapılacak bölgeye göre rahat edebileceği bir pozisyon verilir. 5. Palpasyon ve inspeksiyon ile girişim için uygun ven belirlenir.6. Girişim bölgesinin altına koruyucu örtü yerleştirilir. Eldiven giyilir.7. IV kanül dış kılıf içinden çıkarılır ve yan tutma bölümleri yatay pozisyona getirilir.8. Turnike seçilen damarın 10-15cm üzerinden bağlanır. Uygulama bölgesi kalp seviyesinin altında olmalıdır.9. Palpasyonla ven hissedildikten sonra batikon ya da % 70 lik alkol ile giriş bölgesinden dışa doğru sert, eşmerkezli ve dairesel hareketlerle bölge temizlenir. Alanın kuruması için 5 sn beklenir.10. İğnenin keskin yüzü yukarıya bakacak ve aktif el kanülün üstünde olacak biçimde baş ve diğer parmaklar ile kanül tutulur.11. Damara girilecek noktanın altından pasif el ile aşağı doğru bastırarak ya da bölgeyi alttan kavrayarak deri gerdirilir. Vene giriş gerçekleştirilir. Baş parmak ven üzerine yerleştirilerek ve giriş yönünün aksine deriyi giriş bölgesinin 5-7 cm distalinden gererek ven sabitleştirilir.12.Plastik kateterin içine kan gelip gelmediğine bakılır. Bu iğnenin ven içinde olduğunu gösterir. İğne deriyle aynı düzeyde olana dek indirilir. Kateter ven içinde 1/ 4 ü girecek şekilde ilerletilir ve sonra iğne kateter içinden gevşetilir. Esnek kateter veya kelebek iğne tamamen deri içine girinceye dek ilerletmeye devam edilir. Kan gelmez ise, ven duvarına zarar vermemek için turnike açılır, kanül iğnesi aynı açı ile geri çekilir. Bölgeye pamuk ile basınç uygulanır ve olası kanamalar önlenir. İşlem, farklı bölgeden yeni IV kateter ile tekrarlanır.13. Bir elle kateteri sabitleştirilir, turnike açılır ve iğne kateter içinden çıkarılır.14. Serum fizyolojik bulunan enjektörün iğnesi çıkarılarak kanüle yerleştirilir ve yavaşça verilerek bölgede şişlik, kızarıklık, acı hissinin olup olmadığı kontrol edilir.15. Girişim başarılı ise kanül cilt üzerine tespit materyali ile sabitlenir. Üzerine takılış tarihi ve saati yazılır, paraf atılır.16. Kanül kullanılmayacaksa kapağı takılır, sıvı verilecekse setin ucu takılır.17. Eldivenler çıkarılır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır.18. Uygulama ve gözlemler kaydedilir.

SANTRAL VENÖZ KATATER BAKIMI

SANTRAL VENÖZ KATETER (SVK)

Santral venöz kateterizasyon; kalbe direkt katılan bir vene, çeşitli özelliklerde kateter yerleştirilmesi işlemidir. SVK'lar; yoğun tedavi gereksinimi olan hastalarda parenteral beslenme, kan ve kan ürünleri transfüzyonu, ilaç uygulamaları, venöz sklerozan madde verilmesi gibi amaçlarla kullanılmaktadır. Santral venöz kateterler kronik hastalığı olan ve yoğun bakım ünitelerinde takip edilen hastalar için tedavinin vazgeçilmez parçasıdır.

SANTRAL VENÖZ KAKATER TAKILAN VENLER

1. İnternal jugüler ven2. Eksternal jugüler ven 3. Subklavyen ven 4. Kol venleri (antekübital, sefalik, bazilik)5. Femoral ven

Santral Venöz Kateter Tipleri ve Uygulandığı Durumlar

Santral venöz kateterler; •Tünelli•Tünelsiz • İmplante olmak üzere 3 şekilde incelenmektedir

a)Tünelli Santral Venöz Kateterler: Santral venlere cerrahi olarak yerleştirilen,uzun süreli kullanımlarda (>30 gün) tercih edilen, 8 cm'den uzun kateterlerdir.b)Tünelsiz (geçici) Santral Venöz Kateterler:Kısa dönem kullanımlı SVK olarak da bilinir. Tünelsiz santral kateterler, kısa veya orta dönemde (bir–altı hafta) santral venöz yol gereksiniminde kullanılan kateterlerdir.c)İmplante Kateterler (PORT): İmplante port kateter; cilt yatağından küçük bir cerrahi girişim uygulanarak büyük venler içine yerleştirilen bir kateterdir. Port kateterin diğer santral kateterlerden farkı, tamamen cilt altına yerleştirilmesi ve kapalı bir sistemden oluşmasıdır.

AMAÇ: Santral kateterin tıkanması ve enfeksiyon oluşmasının önlenmesidir.

Dikkat Edilecek Noktalar

SVK takılırken ya da kateter değiştirilirken bone, maske, steril önlük, steril eldiven ve büyük steril örtüden oluşan maksimum bariyer önlemlerine uyulmalı ve steril teknik kullanılmalıdır.Acil takılan SVK ler en kısa sürede değiştirilmeli,rutin katater değişimi yapılmamalıdır.Çok lümenli kateter kullanılıyorsa, biri sadece parenteral beslenme için ayrılmalıdır.İnfüzyon setleri 72 ssatte bir ,lipit içeren TPN infüzyon setleri 24saatte bir değiştirilmelidir.Kısa süreli kateterlerde kateter pansumanında gazlı bez kullanılmış ise iki günde bir, şeffaf örtü kullanılmış ise en az yedi günde bir değiştirilmelidir. Ancak kateter pansumanı ıslandığı, bütünlüğü bozulduğu, kirlendiği zaman da pansumanı yenilenmelidir.SVK giriş yeri, lokalize şişlik, deri renginde solukluk, ağrı, kızarıklık, hassasiyet, ödem, pürülan akıntı, lokalize sıcaklık açısından değerlendirilmelidir.SVK giriş yeri, ekstravazasyon belirtileri açısından değerlendirilmelidir.SVK uygulanan hasta takipne, ateş, siyanoz, dispne, göğüs ağrısı, taşikardi, solunum seslerinde azalma vb. olası komplikasyonlar açısından değerlendirilmelidir.SVK takıldıktan sonra komplikasyon oluşumunu önlemek açısından akciğer grafisi çekilip uygunsa santral venöz kateter kullanılmaya başlanmalıdır.SVK giriş yeri enfeksiyon, ekstravazasyon ve kateter komplikasyon bulguları açısından her gün kontrol edilmelidir.Enfeksiyon bulguları görülmesi durumunda hekime iletilmelidir. Hastada steril şeffaf örtü kullanılıyor ise kateter giriş yeri gözlemlenmeli, steril gazlı bez ile pansuman yapılmış ise pansuman üzerinden el ile palpe edilerek kontrol edilmelidir.SVK bakımı yapılırken % 2 lik klorheksidin solüsyonu ya da % 10 luk povidon iyot kullanılmalıdır. Bakımda kullanılacak antiseptik solüsyonlar kontaminasyonu önlemek için uygun şartlarda saklanmalı ve orijinal

ambalajında kullanılmalıdır.Yedi günlükten küçük veya gestasyon haftası 26 haftadan küçük olan yenidoğanlarda kateter giriş yerine % 2 lik klorheksidin uygulanmamalıdır.SVK giriş yerinin örtülmesi için steril gazlı bez veya steril şeffaf, yarı geçirgen örtüler kullanılmalıdır. Flaster kesinlikle kullanılmamalıdır.SVK linelarının ucunun kontamine olmamasına, takılan üç yollu muslukların mutlaka kapalı tutulmasına dikkat edilmelidir. Ven valflerinin % 70 lik alkol ile silinerek kullanılmasına dikkat edilmelidir.Kapaklar 10-15 iğne girişinde yada kapakda kan varsa hemen değiştirilmelidir.•Her enjeksiyondan sonra sistem, 10 ml SF ardından 2-3 ml heparinli serum (100 U/ ml) ile yıkanmalıdır. Tıkalı olduğu düşünülen kateter lümenine kesinlikle basınç uygulanmamalıdır. •Hiçbir zaman yerinden oynayan katater hastaya doğru ilerletilmemelidir. Yetişkinlerde 3 ml, çocuklarda 0,2 ml lik gelen ilk kan atılmalı, kültür için yeni bir enjektöre kan alınmalıdır. Hastaya, kateterin ne amaçla takıldığı ve kateter giriş yerinde ağrı, kızarıklık, hassasiyet ve sızıntı olduğu zaman hemşireye haber vermesi gerektiği konusunda bilgi verilmelidir.

Giriş Bölgesinin Bakımı ve Pansumanı

1. Malzemeler hazırlanır, hastanın yanına getirilir.2.Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve nonsteril eldiven giyilir.3. Hasta/ ailesine işlem açıklanarak işbirliği sağlanır.4. Kateterin giriş yeri pansumanı kaldırılır.5. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirtileri yönünden kontrol edilir.6. Eldiven çıkarılır ve pansuman seti steril şekilde açılır ve steril eldiven giyilir.7. Kateter çevresi % 2 lik klorheksidin veya % 10 povidon iyot ile saat yönünde/ içten dışa (bir defa silinen yere bir daha değmeden) dairesel hareketle steril gazlı bez ile kontamine edilmeden silinir ve kuruması beklenir.8. Santral venöz kateter giriş yeri steril emici gaz pansuman ya da şeffaf örtü ile kapatılır.9. İşlem sonrası kateter giriş yeri steril gazlı bez ve tespit materyali kapatılıp üzerine tarih ve bakımı yapan kişinin parafı atılmalıdır.10. Kateterin lümenleri aynı anda kapatılır ve enjeksiyon kapakları (stoper) çıkartılır.11. Lümen girişi klorheksidin ya da alkolle silinir ve tam kuruması beklenir.12. Lümenlere yeni kapakları takılır ve infüzyon için klemp açılır.13. Yapılan işlemler kaydedilir.

NAZOGASTRİK SONDA BAKIMI

AMAÇ:Üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamalarının tedavisi, değerlendirilmesi, mide içeriğinin toplanması, mide lavajı, mide salgılarının aspirasyonu, ilaç verme, beslenmenin yapılması ve ameliyat sonrası kusmanın önlenmesidir.

TEMEL İLKELER

Nazogastrik sonda uygulaması hekim istemi ile uygulanır. Kullanılacak sondanın ölçüsü yaşa, cinse ve uygulama amacına göre değişebilir. Kateterin distal ucundan enjektörle mideye 3-5ml hava verirken steteskopla epigastriumdan gelen sesleri dinlemek basit olmasına karşın güvenilir bir yol değildir. Kateter ucu özafagusta, duedonumda ya da jejunumda olduğunda da benzer ses duyulabilir.

Dikkat Edilecek Noktalar

Sürekli aspirasyon uygulaması, hem sondanın mide mukozasına yapışıp tıkanmasına hem de mide mukozasının tahriş olmasına neden olacağından nazogastrik sondada aspirasyon işlemi aralıklı uygulanmalıdır. Maksillofasiyel travma, özafagus darlığı, anomolileri ve kitlesi, trakeoözofagial fistül, koroziv madde alımı, bozulmuş mental durum ve havayolu açıklığını sürdürmede yetersizlik ve ciddi kanama bozukluğu durumlarında uygulanmamalıdır. Uygulama sırasında sondayı kayganlaştırmak için kullanılan yağlı pomadların lipoid pnömonisine neden olabileceği için kullanılmamalıdır. Yutkunma esnasında herhangi bir güçlükle karşılaşılırsa sonda geri çekilmeli işlem tekrar denenmelidir. Sondanın solunum yollarına gidip gitmediği, hastanın öksürmesi, siyanoze olması ve sondanın ucundan hava sesinin gelmesi ile anlaşılır. Bu durumda sonda hemen geri çekilmeli ve işlem tekrar denenmelidir.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. Hekim istemi kontrol edilir. Tüm malzemeler hazırlanır, kullanım sırasına göre uygun bir alana yerleştirilir.2. Hasta ve ailesine işlem hakkında bilgi verilir, izin alınır ve hasta kimlik doğrulaması yapılır.3. Eller el yıkama standardına göre yıkanır. Yatak etrafına paravan/ perde çekilir.4. Hastaya dik oturur pozisyon verilir, mümkün değilse sol lateral pozisyon verilir.

5. Hastanın göğsü üzerine havlu konur ya da tek kullanımlık örtü ile örtülür.6. Hastadan bir eli ile böbrek küveti çene altında tutması istenir ya da yardımcı bir kişinin tutması istenir.7. Hastanın varsa gözlüğü ve protez dişleri çıkarılır.8. İşlem sırasında iletişim için basit işaretler belirlenir. Örneğin el işareti işlemi durdur anlamı taşıyabilir.9. Eldiven giyilir.10. Hastanın burun delikleri ışık kaynağı ile değerlendirilir.11. Burun deliklerini sırayla kapatarak nefes alıp vermesi istenir.12. Sağ el kullanılıyorsa yatağın sağ tarafına, sol el kullanılıyorsa sol tarafına geçilir. Aktif olan el yatağa yakın olmalıdır.13. Kateterin ne kadar itileceğini belirlemek için ölçüm yapılır.14. Kateterin midede kalacak ucu uygulama yapılacak burun deliğinden aynı taraftaki kulak memesine, oradan da sternumun ksifoid çıkıntısının cm altına kadar uzatılır ve işaretlenir Yetişkinlerde bu mesafe yaklaşık cm dir (sonda orogastrik yolla takılacaksa; ölçüme burun deliği yerine dudakların dikey orta hattı üzerinden başlanarak aynı yol takip edilmelidir).15. Hastadan rahat olması ve düzenli nefes alıp vermesi istenir.16. Kateter el hareketini engellemeyecek şekilde tutulur.17. Hastadan başını hafifçe kaldırması istenir. Baş ektansiyon pozisyonda olmalıdır.18. Kateter, burun deliğinden ilerletilir. Önce burun deliğine paralel olarak daha sonra

arkaya ve aşağıya doğru olacak biçimde sakin, yumuşak hareketlerle ve parmaklar arasında yuvarlayarak ilerletilir. Herhangi bir direnç varsa güç uygulanmaz, diğer burun deliğinden işlem yeniden başlatılır (sonda oral yolla uygulanacaksa; hasta tam olarak ağzını açtıktan sonra kateter dil üzerine paralel olacak şekilde uvulaya dokunmadan, önce ileri sonra aşağı ve arkaya doğru parmaklar arasında yuvarlayarak ilerletilir)19. Hastadan ağzını açması istenir. Işık kaynağı ile bakıldığında tüpün ucu uvulanın arkasında görülüyorsa, hastadan hafifçe başını öne eğmesi istenir. Boynun fleksiyonu trakeanın kapanmasına, özafagusun açılmasına yol açarak tüpün özafagusa girmesini kolaylaştırır.20. Hasta bilinçli ise tüp ilerletilmeye devam edilir. Bu sırada sakıncası yoksa pipetle su yudumlaması ya da sadece yutkunması istenir. Her yutkunma hareketinde kateter 4-5 cm ilerletilir.21. Hastada öğürme varsa işlem birkaç saniye durdurulur, hastanın dinlenmesine izin verilir ancak kateterin çıkarılmasına izin verilmez. 22. Hastada öksürme, boğulma hissi, ses değişikliği, siyanoz ve dispne gibi belirtiler varsa işlem derhal durdurulur ve kateter geri çekilir.23. Kateter işaretlenen yere kadar ilerletilir. 24. Kateterin midede olup olmadığının kontrolü için:

a. Hastadan konuşması istenir, kateter hava yolunda ise hasta konuşamaz.

b. Enjektör kateterin distal ucuna takılır ve mide içeriği aspire edilir. Mide içeriği gelmiyorsa hasta sol lateral pozisyonda yatırılarak tekrar aspire edilir.

c. Gelen içerik ph indikatör strip ile değerlendirilir. Mide içeriği asidik olup ph 4 ve altındadır.

d. Ancak hastanın son bir saat içinde aldığı besinlerin sonucu etkileyebileceği unutulmamalıdır.

e. Röntgen çekimi ile kateterin midede olup olmadığı değerlendirilir.

25. Kateterin midede olduğundan emin olunduktan sonra, kateter buruna tespit edilir. Yaklaşık 10 cm uzunluğundaki flaster parçasını uzunlamasına yarıya kesilir. Kesilmemiş olan taraf hastanın burnunun üzerine yapıştırılır. Ayrık olan parçalar kateterin etrafına dolandırılır. Flasterden bir parça daha kesilerek burnun üzerine t şeklinde yapıştırılır.26. Hastanın nefes alma biçimi değerlendirilir, kateter hastanın burnunu tamamen kapatmamalıdır.27. Uygulama amacına göre kateterin distal ucu klemplenir, sakşına ya da serbest drenaj torbasına bağlanır. Midenin boşaltılmasında sakşın en etkili yoldur.28. Kateterin gerilemesini önlemek için kateter flasterle hastanın giysisine tutturulur. Sabitlenen kateter hastanın baş hareketini engellememelidir. Kateterin burundan çıktığı noktaya işaret konur ya da dışarıda kalan bölüm ölçülür ve kaydedilir.29. Sakıncası yoksa yatak başı 30 o yükseltilir.30. Hasta rahatlatılır, anksiyeteyi azaltmak için bir süre hasta yanında kalınır, hastayla konuşulur.31. Malzemeler kaldırılır, eller el yıkama standardına göre yıkanır.32. Kullanılan kateter tipi, takılma tarihi ve gözlemler kayıt edilir.

33.Nazogastrik sondanın bakımı için;

a. Sondanın tespiti için kullanılan flasterler ıslandıkça değiştirilir. b. Sondanın midede uzun süre bırakılması perforasyon, ülserasyon, mukoza irritasyonu, epistaksise neden olabileceğinden sonda 3-7 günde bir diğer bir burun deliğine takılır.c. Günde üç kez gerekirse daha sık olarak ağız- burun temizliği yapılır. Özellikle yenidoğanlarda ve çocuklarda bir burun deliği kapalı olduğundan diğer burun deliği dikkatle ve titizlikle temizlenmelidir.d. Sonda drenaj amaçlı takılmış ise hemşire tarafından sık sık açıklığı kontrol edilmelidir. Gelen sıvı miktarı ve özelliği kayıt edilmelidir.

34.Nazogastrik sondanın çıkarılması için

a.Eller el yıkama standardına göre yıkanır, hasta ve ailesine işlem açıklanır, izin alınır ve hasta kimlik doğrulaması yapılır.b. Malzemeler yerleştirilir.c. Yatak etrafına paravan/ perde çekilir.d. Hasta oturtulur, göğüs üzerine havlu yerleştirilir.e. Eldiven giyilir.f. Kateterin tüm bağlantıları çözülür ve flaster çıkarılır.g. Kateterin ucu klemplenir ya da elde katlanır.h. Kateter kağıt havlu ile buruna en yakın bölgeden tutulur.i. Kateter sürekli bir şekilde burun tabanına paralel olarak çekilir.j. Hastaya ağız bakımı için yardım edilir. Eldiven çıkarılır.

35. Hastaya rahat bir pozisyon verilir.36. Malzemeler kaldırılır.37. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.38. İşlem, hastanın tepkileri ve gözlemler kaydedilir.

TRAKEOSTOMİ BAKIMI

AMAÇ:Hastanın hava yolunun açık tutulması, hava yolunda yeterli nem ve gaz alışverişinin sağlanması, patojen mikroorganizmaların trakeo- bronşiyal alana girişinin önlenmesi, trakeostomi çevresinde meydana gelebilecek doku sertleşmesinin önlenmesi ve optimal fiziksel rahatlığın sağlanmasıdır.

TRAKEOSTOMI: Trakeadaki ostiumun cilde ağızlaştırılmasıdır. Trakeostomi baş ve boyun cerrahisi sonrası hava yolunun sürdürmek, inatçı akciğer sekresyonlarını kontrol etmek, larengial travma ya da larengial kanser cerrahisi sonrası havayolunu yeniden yapılandırmak, tedavisi güç uyku apnesi obstrüksiyonlarını tedavi etmek, uzun süre mekanik ventilasyon sağlamak ve bu hastalarda oral alımı ve konuşmayı sürdürmek amaçlı yapılır.

Dikkat Edilecek Noktalar

Trakeostomi tüpü ameliyatı sonrası ilk saatte kanama riski açısından hasta yalnız bırakılmamalıdır. Trakeostomi tüpü ameliyattan

sonra kalıcı açıklığın oluşması için 3-5 gün dış kanül değiştirilmeden yerinde bırakılmalıdır.

HEMŞİRELİK BAKIM STANDARTLARI

Trakeostomi iç kanülü ameliyat sonrası ilk üç gün içinde 2-3 saat arayla, sonraki dönemde günde iki kere temizlenmeli, bağ değişimi ise kirlendikçe yapılmalıdır.Trakeostomi kanülünün sekresyon/ pıhtı ile tıkanması önlenmelidir.

İşlem öncesi; Hastanın solunum tipi ve sayısı değerlendirilmelidir. Akciğer sesleri dinlenmeli; siyanoz, hipoksi yönünden hasta gözlenmeli, oksijen satürasyon düzeyine bakılmalı, oksijen tedavisi gerekli ise hastanın doğru oksijen miktarını ve nemlendirilerek alıp almadığı kontrol edilmelidir.

a. Trakeostomi bölgesi sekresyon, kızarıklık, şişlik, akıntı açısından gözlenmeli ve değerlendirilmelidir.b. Bakım için hastanın işbirliği yapabilme düzeyi değerlendirilmelidir.c. Enfeksiyon açısından hastanın vücut ısısı değerlendirilmelidir. Tüp değişimi sırasında hastada boğulma hissi, öksürme ve morarma oluşabilir. Bu nedenle işlem sırasında hasta solunum açısından sık sık değerlendirilmelidir.

İşlem sonrası; Mutlaka akciğer ve solunum sesleri dinlenmeli, Hasta hipoksi yönünden gözlenmeli, Oksijen satürasyon düzeyine bakılmalıdır, Tüpün pozisyonu ve derinliği değerlendirilmelidir, İşlem sonrası ağız bakımı verilmelidir.

TRAKEOSTOMI BAKIMI

Trakeostomi dış kanülü, sadece gerekli olduğunda değiştirilmeli ve değiştirilirken temiz önlük giyilmeli, aseptik teknik kullanılmalıdır. Takılan trakeostomi kanülü steril veya dezenfekte edilmiş olmalıdır. Trakestomi kanülü çevresine antimikrobiyal topikal pomad kullanılmamalıdır.

İŞLEM BASAMAKLARI

İç Kanülün Steril Olarak Değiştirilmesi

1. Eller el yıkama standardına göre yıkanır.2. Malzemeler tam olarak hazırlanır, kolay ulaşılabilecek alana yerleştirilir.3. İşlem hastaya açıklanır, hastadan izin alınır.4. Hastanın mahremiyetine özen gösterilir, oda kapısı kapatılır, ziyaretçiler çıkarılır, perde/ paravan çekilir.5. Hastanın trakeostomi bakımı ihtiyacı değerlendirilir.6. Hastada ağrı değerlendirilmesi yapılır, hastanın ağrısı varsa işlem öncesi hekim istemine göre ağrı kesici yapılabilir.7. Hastanın bilinci açıksa yarı oturur pozisyon verilir, koruyucu örtü hastanın göğsü üzerine yerleştirilir. Bilinci kapalı hasta lateral pozisyona getirilmeli, yüzü hemşireye dönük olmalıdır.8. Eldiven giyilir, maske ve gözlük takılır.9. Gerekli ise trakeal aspirasyon yapılır.10. Dış kanülünün altındaki kirli pansuman çıkarılır ve atılır.11. Trakeostomi bölgesi kızarıklık, ödem, sekresyon özelliği ve kanama yönünden değerlendirilir.12. Eldivenler, gözlük ve maske çıkarılır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır.16. Steril distile suyla ıslatılmış pamuklu aplikatörlerle stoma çevresi temizlenir.17. Temizlenen bölge steril spançlarla kurulanarak bölgenin nemi alınır.18. Hastada takılı olan iç kanülü çıkartmak için saat yönünün tersine 90 derece çevirerek kilidi açılır.19. İç kanül yavaşça dışa doğru çekip çıkarılır. Kirli iç kanül tek kullanımlık ise kirli poşetine atılır. İç kanül metalse ince fırçayla fırçalanır, kanülün içi ve dışı temizlenir. Daha sonra enfeksiyon kontrol komitesi önerilerine göre yarı kritik alet dezenfeksiyonu için seçilen uygun bir dezenfektan solüsyonu içeren kaba bırakılır.20. İşlem sırasında eldiven kontamine olmuş ise eldiven çıkarılmalı yeniden steril eldiven giyilmelidir.21. Dezenfektan solüsyon ile ıslatılmış aplikatörler ya da gazlı bezlerle dış kanülün kurumuş sekresyonları silinir22. Stoma çevresindeki sekresyonlar SF ile ıslatılmış aplikatörler/ gazlı bezlerle temizlenir. Silme işlemi merkezden dışa doğru dairesel şekilde, tek bir hareketle ve stomanın 5-10 cm uzağına kadar yapılmalıdır.23. Temizlenen bölgenin nemi steril spançlarla kurulanarak alınır.24. İç kanül dezenfektan solüsyonlu kaptan Enfeksiyon Kontrol Komitesi nin önerdiği süre dolduktan sonra alınır, SF ile durulanıp steril gaz spançlarla kurulanır. 25. İç kanül dış kanülün içine sokularak, saat yönünde 90 derece çevirerek iç kanül hastaya yerleştirilir. 26. Kirlenmiş olan trakeostomi bağının önce bir tarafı çözülüp temiz olan bağ takılır. Aynı işlem diğer taraf için uygulanır (kanülün çıkma tehlikesine karşın trakeostomi bağlarını değiştirme işlemi iki kişi tarafından yapılmalıdır).27. Bağlar hastanın boynunun yan tarafında, bağ ile boyun arasında bir parmak girecek şekilde boşluk bırakarak bağlanır ve fazlalık uçlar makasla kesilir.28. Dış trakeostomi kanülünün ön plakasının altına temiz gazlı bez yerleştirilir.29.Göğüs üzerindeki koruyucu önlük ve tek kullanımlık malzemeler çıkarılır, atılır.30. Eldivenler çıkarılır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır.31. Yapılan işlem, gözlemler ve bulgular kayıt edilir.

ÜRİNER SONDA BAKIMI

AMAÇ: Kateterin işlevsel devamlılığını sağlanması ve üriner enfeksiyon oluşmasının önlenmesidir.

TEMEL İLKELER

Perine anatomik deformasyon, hijyen durumu ve enfeksiyon belirtileri (kızarıklık, sıcaklık, ağrı) yönünden gözlenir. Kateter yeri ve çalışıp çalışmadığı tanılanır. İdrar; miktar, renk (hematürik, bulanık, vb.) ve koku yönünden tanılanır. Tanılama 8 satte bir tekrarlanır.

Dikkat Edilecek Noktalar

Üriner kateteri olan hastada enfeksiyonu önlemek için;

Kateterizasyon sadece endikasyon varsa takılmalıdır. Uzun süreli kateterizasyon gereken hastalarda silikon yapıdaki kateterler tercih edilebilir. İdrar boşaltımı kapalı drenaj sistemi kullanılarak yapılmalıdır. Kapalı drenaj sistemi ile kateterden idrar toplama kabına kesintisiz akım sağlanmalı, sistemde kıvrılmalar olmamasına dikkat edilmelidir. Kapalı drenaj sistemine dokunmadan önce eller yıkanmalıdır.İdrar çıkışı izlenmek isteniyorsa, özel miktar belirleyici torbalar tercih edilmelidir. Kapalı drenaj sistemine kontaminasyonu önlemek için kateter ile idrar toplama torbası arasındaki bağlantı gerekmedikçe bozulmamalıdır. Bağlantı herhangi bir sebeple bozulduğunda mümkünse yeni bir idrar torbası takılmalıdır, mümkün değilse uçlar birleştirilmeden önce bağlantı yerleri povidon iyot ya da % 70 lik alkol ile silinmelidir. Herhangi bir enfeksiyon belirtisi yoksa ve idrar akışı normal olarak devam ediyorsa kateterin ve torbasının rutin olarak değiştirilmesine gerek yoktur.

Kapalı drenaj sistemini korumak için; idrar mutlaka idrar toplama torbasının altındaki sistemden boşaltılmalı, idrar torbası bağlantı yerinden çıkarılıp ters çevrilerek boşaltılmamalıdır.

İdrarın rahat akışının sağlanması için hemşire kontrolünde torba düzenli olarak 8 saatte bir, idrar miktarı fazla ise daha sık boşaltılmalıdır. İdrar akışında tıkanma olmadıkça kateter yıkaması yapılmamalıdır.İdrar toplama torbası, mesane seviyesinden yukarı kaldırılmamalıdır. Torba yere değmemeli, yatağa sabitlenmelidir. Hasta sedye ile taşınırken idrar torbası hasta üzerine konmamalı, herhangi bir nedenle torbayı yükseltmek gerekirse torba klempi kapatılmalıdır. İdrar torbası hasar görmedikçe veya torba kateterden ayrılıp uç kısmı kontamine olmadıkça değiştirilmemelidir. Mümkün olan en kısa zamanda kateter çıkarılmalıdır. Kateterler yapışıklık, tıkanıklık gibi tıbbi gereklilik varsa değiştirilmelidir. Kateterin giriş yeri temizlenirken, enfeksiyon riski nedeni ile kateter ileri geri çekilerek hareket ettirilmemelidir. Kateter ve idrar torbası kontamine olduğunda, kateter idrarı drene etmediğinde ya da kötü koku ve bulanık idrar varlığında kateter değiştirilmelidir. Kateter tespit yerinde tahriş olup olmadığı kontrol edilmelidir. Üriner kateter gerekliliği her gün değerlendirilmelidir. Ameliyat sonrası dönemde endikasyon yoksa 24 saat sonra kateter çıkarılmalıdır.

İŞLEM BASAMAKLARI

1. İdrar torbası boşaltılırken:a. Eller el yıkama standardına göre yıkanır, eldiven giyilir.b. Çıkış musluğu % 70 lik alkol ile ıslatılmış pamuk ile temizlenir.c. İdrarın uygun bir kaba boşalması sağlanır. İdrar boşaltılırken her hasta için ayrı bir küvete/ şişeye boşaltılmasına, boşaltma musluğunun toplama kabı ile temas etmemesine ve torbanın yere dokunmamasına dikkat edilir.d. Çıkış musluğu kapatılır ve alkolle ıslatılmış pamuk ile tekrar silinir.e. Kaba alınan idrar ölçülür.f. Atıklar atık torbasına atılır, eller el yıkama standardına göre yıkanır.g. İdrar toplama torbaları rutin olarak değiştirilmemeli ve idrar boşaltımı sistemi gerekli oldukça ve en az sıklıkta yapılmalıdır.

2. Mikrobiyolojik inceleme için idrar örneği mutlaka kateterden, varsa örnek alma bölümünden, yoksa kateterin son bölümünden aseptik tekniğe ve laboratuar testleri için örnek alma standardına uygun olarak alınmalıdır. Bakteriler hızla çoğaldığından idrar toplama torbasından kültür için örnek almak uygun değildir. Ancak diğer idrar analizleri için idrar torbasından idrar örneği alınacaksa torbadaki idrar boşaltılır, gelen yeni idrardan örnek alınır.

3. Kateter bakımı için :Meatusta kir birikimi varsa kontaminasyonu önlemek için su ve sabunla temizlenmelidir. Ancak periyodik yıkama veya antiseptiklerle silmenin enfeksiyonu önlemede faydası yoktur. Temizleme sonrası nemlendirici kullanılmamalıdır. Meatüs antibiyotik, antimikrobiyal temizleyiciler ya da betadin ile temizlenmemelidir.

4. Üriner kateterli hasta banyo yapacaksa, öncesinde torba boşaltılır ve sondanın klempli olduğu kontrol edilir.

5. Sıvı kısıtlaması yoksa hastaya bol sıvı verilir.

6. Üriner kateterin çıkarılması;a.Uzun süre kalıcı üriner kateter uygulanan hastada, sonda çıkarılmadan önce mutlaka mesane egzersizi yaptırılması gerekir. Bu egzersiz sayesinde mesanenin idrar ile dolarak genişlemesi ve boşaltılarak daralması sağlanır. Kateter çıkarılmasına kararı verildikten sonra kateter klemp ile kapatılır. 1-2 saat kapalı kaldıktan sonra klemp 10 dakika boyunca açık bırakılır ve daha sonra tekrar klemplenir. Bu açma ve kapama 3 4 kez tekrarlandıktan sonra sonda çıkarılabilir.b. Eller el yıkama standardına göre yıkanır ve kullanılacak tüm malzemeler hazırlanır.c. Hasta kimlik doğrulaması yapılır, hastanın bilinç ve kooperasyon durumu değerlendirilir.d. Hasta/ hasta ailesine işlem hakkında bilgi verilir.e. Hastanın mahremiyeti korunur, paravan/ perde çekilir, oda içindeki ziyaretçiler dışarı çıkarılır.f. Kadınlara dorsal rekumbent ya da sim s, erkeklere supine pozisyonu verilir, hastanın üzeri örtülür.g. Kateterin tespiti için kullanılan flaster çıkarılır.h. Eldiven giyilir.i. Enjektörle balonu şişirmek için verilen sıvının tamamı geri çekilir. j. Hastaya derin nefes alıp vermesi söylenir. Hasta nefesini verirken kateter yavaşça çekilir. Direnç oluşursa balon içinde sıvı tekrar çekilir.k. Perianal bölge temizlenir ve kurulanır.l. Eldivenler çıkarılır ve eller el yıkama standardına göre yıkanır.m. Malzemeler uygun şekilde atılır ya da temizlenir.n. Kateter çıkarılma zamanı ve diğer bulgular kayıt edilir.o. Hastaya hafif bir yanma ve sık idrar yapma hissi duyabileceği ve nedenleri hakkında bilgi verilir.p. İlk sekiz saatte hastanın ilk kez idrar yaptığı saat ve idrar miktarı, görünümü hemşire gözlem formuna kayıt edilir.

STOMA BAKIMI ve TORBA DEĞİŞİMİ

TANIMLAR

STOMA: Küçük delik anlamına gelir.

KOLOSTOMİ: Kalın barsakların geçici olarak batına ağızlaştırması işlemidir.

ÇEKOSTOMİ: Travma, perforasyon veya kanser nedeniyle çekumun cerrahi ağızlaştırılması.

İLEOSTOMİ: Genellikle sağ alt kadranda ince barsaklara açılan cerrahi ağızlaştırma

DİKKAT EDİLECEKLER

Hastanın gizliliği korunmalı ve mahremiyetine dikkat edilmelidir.Stomalı bireyler fizyolojik, sosyal ve psikolojik olmak üzere pek çok problemle karşılaşabilmektedir.Birey beden imgesinin değişmesi ile

birlikte, vücudunda olan değişikliği kabullenmez ve stomasını görmek istemez.Özellikle torba değişimi ve stoma bakımında hasta bireyi işleme dahil etmek bu endişeli sürecin daha kısa sürede aşılmasını kolaylaştırır.Post-op dönemde hastayı psikolojik olarak desteklemek çok önemlidir. Hasta kolostomisine bakması ve bakıma eşlik etmesi konusunda cesaretlendirilmelidir.

1. Malzemelerinizi hazırlayın
2. Hastayı uygulama hakkında bilgilendirin ve İşlem için hastanızdan izin alın
3. Malzemeleriniz için uygun ve temiz bir alan seçin
4. Ellerinizi yıkayın, eldiven giyin
5. Hastanıza uygun pozisyon verin .Bunu yaparken mahremiyetine özen gösterin.Hasta sırt üstü yatar pozisyona getirilir.
6. Torbayı değiştirirken bölgenin altına hasta altı serme koyun
7. Adaptörü üst kısmından başlayarak yavaşça yukarıdan aşağıya doğru deriden ayırın. (Bu esnada adaptörün deriden ayrılması zor oluyorsa çevresini ılık su ile ıslattıktan sonra adaptörü çıkarmaya başlayın.)
8. Böbrek küvet içeresine ılık su / distile su koyup kare gazları içinde ıslatın. Islatılmış sıkılmış kare gaz ile stomanın etrafını silerek tamamen temizleyin. Temizleme işleminiz bitince stomanın etrafını kuru kare gaz ile tamamen kurulayın. Silme işlemi için temizleme mendilleri de kullanılabilir. Stomanın etrafının kuru olması, temiz olan adaptörün yapışması için önemlidir. Temizlikten sonra stomanın etrafının kuru olduğundan emin olun. Stoma, stoma çevresi, cilt bu basamakta komplikasyonlar açısından gözlemlenir. Ciltte tahriş varsa koruyucu olarak hekim bilgisi dahilinde yara örtüleri kullanın. Ciltte fazla tüy varsa traşını yapın.
9. Eldivenlerinizi değiştirin. Stomanın çapının kaç mm olduğunu stoma cetveli yardımıyla ölçün Uygun olan ölçü; torbanın kenarı ile stoma arasında 2mm boşluk olmasıdır. Bu mesafe önemlidir çünkü çok dar olursa stoma adaptörü bası yaparak stomayı tahriş eder, geniş olursa stama etrafındaki deri açıkta kalır ve dışkı deriye bulaşarak tahrişe yol açar. Torba değişimi esnasında stomanın etrafının kuru kalmasını sağlamak için, üzerini küçük kuru bir karegaz koyabilirsiniz.
10. Hazır kesilmiş adaptör varsa uygun ölçüde olanı kullanın. Kesilebilir adaptör kullanıyorsanız stomanın ölçtüğünüz çapına göre, ucu eğri bir makas yardımıyla adaptörü kesin.
11. Kestiğiniz adaptörün yapışkan kısmındaki kağıdı çıkarın ve iç kısmına diş macunu kalınlığında pasta sürün. (Pasta stoma ile torba arasında engel olup sızıntıyı önler. Pastanın görevi stoma etrafındaki deriyi dışkıdan korumaktır.)
12. Ortadaki delik stomayı içine alacak şekilde adaptörü cilde yerleştirin. Elinizin ısısı adaptörün daha iyi yapışmasını sağlayacağımızdan, parmağınızı yarım dakika adaptörün üzerinde gezdirin. Adaptör vücut ısısına ulaştıkça yumuşayacak ve daha kolay şekillendirilebilir bir hal alacaktır.
13. Adaptörün orta kısmını yerleştirdikten sonra kenarlarındaki yapişkan kağıtları da kaldırarak adaptörü, tam olarak cilde yapıştırın.
14. Adaptöre uygun stoma torbasını bir noktadan başlayarak dairesel hareklerlerle adaptöre yerleştirin.
15. Adaptöre torbayı yerleştirdikten sonra kendinize doğru hafifçe gererek iyice yerleşip yerleşmediğini kontrol edin. Eğer alttan boşaltmalı bir torba takıyorsak işlem bitiminde torbanın klembini kapatın. Torba üzerinde bulunan gaz filtresi uygun olan kısma yerleştirilir.

16. Atıkları uygun atık torbalarına atın, eldivenlerinizi çıkarın, ellerinizi yıkayın. Torba değişimi, stoma bakımı ve gözlemlerinizi kaydedin.

PERKÜTAN ENDOSKOPİK GASTROSKOPİ(PEG)BAKIMI

PEG;Ağız yoluyla beslenemeyen hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesi işlemidir.

•Bu işlem özellikle yoğun bakım servislerinde yatan,herhangi bir sebepten dolayı yutma refleksi kaybolmuş olan hastaların beslenmesi için gereklidir.

AMAÇ : Beslenmeyi sağlamak,yiyemeyen yada yameğe istekli olmayan hastaların tedavisinin

vazgeçilmez bir parçasıdır.PEG in amacı beslenmeyi sağlamaktır.Enteral beslenme geçici olarak nazogastrik tüple sağlanabilir.Bu tüplerin yerleştirilmesi ve geri alınması kolaydır.Ancak bu tüpler beslenme için hem çok uygun değildirler hem de uzun süre hasta üzerinde tutulamazlar.Uzun süreli enteral beslenme için en iyi metot PEG dir.PEG ile enteral beslenme yapıldığında GİS in yapısal ve fonksiyonel özellikleri korunur.

Dikkat edilecekler

PEG takılma işlemi steril koşullarda endoskopi ünitesinde yada ameliyathanede yapılmalıdır.Hasta PEG işleminden en az 8 saat önce aç olmalıdır.Mide içeriğinin karın içine sızmasını engellemek için özellikle ilk iki hafta midenin aşırı doldurulmasından kaçınılmalıdır.PEG hastanın ağızdan beslenmesine engel değildir.

PEG Bakını Nasıl Olmalıdır ?

Tüpün yerleştirilmesini takiben pansuman yapılarak üzeri aseptik solüsyon ve gazlı bez ile kapatılır.Bu pansuman iki gün sonra çıkartılır.Bundan sonra günde bir kez temiz su ve sabunla temizlemek ve bir antiseptik solüsyonla silmek genellikle yeterlidir. Diğer zamanlarda deri yüzeyinin kuru kalmasına dikkat edilmelidir. PEG takıldıktan sonra 6-12 saat sonra kullanılabilir.erken kullanımı komplikasyon riskini arttırabilir.İlk hafta yara yeri aseptik olarak antiseptik solüsyonla temizlenerek steril gazlı bezle kapatılır.Yara yeri olgunlaştıktan sonra gazlı bezle kapatılmasına gerek yoktur.Sadece antiseptik solüsyon ile silinir ve kurulanır. Cildin kuru kalması erezyon olmaması açısından önemlidir.Yara yeri olgunlaştıktan sonra hasta duş alabilir.Ancak duştan sonra yara yeri antiseptikle silinip kurulanmalıdır.PEG kitinin yerleştirildiği bölge ağrı,mide içeriğinin tüpün yanlarından sızması,tüpün yerleşmesinde ve çalışmasında bozukluk,enfeksiyon,kanama gibi bulgular yönünden yakından takip edilmelidir.PEG tüpü normal şartlarda 6 ay kalabilir.Ancak 1-1.5 yıl kalan vakalarda vardır.PEG tüpünün yeri çıkarıldıktan kısa bir süre sonra kapanır.

PEG İLE BESLENME

Ellerinizi yıkayın eldiven giyin.50cc lik enjektör,beslenme solüsyonu(mama),5-10c ılık su Hasta oturur yada yarı yatar pozısyonda olmalıdır.Şırıngayı PEG tüpünün ucuna yerleştirin,tüp üzerindeki kıskacı açın ve şırıngayı geri çekerek mide içeriğini şırınga içine çekmeye çalışın.şırınga ile mide içerisinden çektiğiniz sıvı 20 cc den fazla ise beslenmeyi 1 saat sonraya erteleyin.1 saat sonra aynı işlemi tekrarladığınızda hala 20cc ve üzerinde sıvı çekiyorsanız bu durum mide boşalmasında bir sorun olduğu anlamına geldiğinden doktora haber verin.Rezidü sıvı 20 cc veya daha az ise hastanın beslenmesine başlayabilirsiniz. Şırıngaya 5cc kadar ılık su çekerek tüpten içeri verin daha sonra tüpü klempleyerek şırıngayı iyice çalkaladığınız mama yada çorba kıvamındaki tanesiz ve posasız gıda ile doldurup klembi açın ve mama akışını yerçekimine bırakın üsten piston ile basınç uygulamayın.Mama miktarı hastanın durumuna göre doktoru tarafından ayarlanır.Beslenme bittikten sonra tüpte kalan mamanın tüpü tıkamaması için tekrar 5-10 cc kadar su verilmelidir. İşlem sonrası tüp klemplenir.İşlem sonrası eller yıkanır,rezidü mama miktarı,beslenme miktarı ve hastanın toleransı kayıt edilir.

Kaliteli hemşirelik uygulamaları,güvenli bir bakım ortamı oluşturur,hemşirelerle diğer ekip üyelerinin işbirliği içinde çalışmalarını,hizmeti alanlarla hizmeti verenlerin doyum içinde olmalarını sağlar.Sürekli araştırma ve öğrenmeye motive ederek mesleki bilgi ve deneyimin artmasıyla hemşireliğin bilimsel bir disiplin olarak kabul edilmesini sağlar.Unutulmamalıdır ki;sağlık hizmetleri hayati öneme sahip,hata kabul etmeyen doğrudan insan hayatıyla ilgili bir hizmet alanıdır.

Bir zamanlar çocuk olduğumuzu unutmadan içimizdeki çocuk hiç büyümesin diyorum.

Güvenli İlaç Uygulamaları

Hemş. Melek Selalmaz

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

İlaç uygulamaları multisistem ve multidisipliner bir süreçtir. İlaç güvenliğini sağlamak ilacın temin edilmesinden başlayarak uygulama sonrası izleme kadar devam etmektedir. Bu hiyerarşi istediği kadar deteylandırılabilir . Asıl amacımız ilaç güvenliğini sağlayarak hasta ve çalışanlara zarar verilmesini önlemek, ülke genelinde ortak bir dil kullanmak ve standardizasyonu sağlamaktır. Tıbbi tedavinin vazgeçilmez bir parçası olan ilaç uygulamaları tüm dünyada hemşirelerim en temel ve en yaygın işlevleri arasında yer alır.İlaçların güvenli bir şeklide kullanılabilmesi için hemşireleri 9 doğru ilkesini bilmesi vebu doğrultuda uygulama yapması gerekmektedir. Hemşirenin ilaç uygulama süreci; reçete edilen ilaç dozunun tanılanması, dozun uygunluğunun değerlendirilebilmesi, dozun çocuğun durumu ile uygunluğuna karar verilebilmesi, doğru ilacın ve formun seçildiğine karar verilmesi, ilacın hazırlanması, ilacın güvenli şekilde uygulanması ve izleminin yapılması aşamalarını içeren karmaşık bir süreçtir. Pediatride hasta güvenliğini yetişkinlerden farklı kılan; çocukların fizyolojik ve gelişimsel özellikleri, çocukların küçük olmaları ve sözel iletişim kuramamaları nedeniyle sağlık gereksinimlerinin karşılanması için yetişkinlere bağımlı kalmalarıdır. Bu farklılıklar sebebiyle ilaç hataları yetişkinlere kıyasla çocuklarda üç kat daha fazla oranda görülmektedir. İlacın isteminden hastanın izlemine kadar olan süreçte oluşan politika ve prosedürlerden sapma, yanlışlık ve ihlaller olması durumunda ilaç hataları karşımıza çıkmaktadır. Bu hatalar; doktor istem hataları, ilaç atlama hatası, zaman hatası, istem yapılmayan ilaç uygulaması, doz hatası, form hatası, yol hatası, ilaç hazırlama hatası, uygulama tekniği hatası, bozulmuş ilacın uygulanması, izlem hatası, diğer ilaç hataları olarak sıralanmaktadır. Ülkemizde hazır pediatrik doz bulunmadığından ilaç hesaplamaları çok dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Çocuklarda ilacın dozu hesaplanırken ilacın kuru toz hacminin de hesaplanması gerekmektedir. Eğer kuru toz hacmi dikkate alınmaz ise, hazırlanan ilaç dozu istem yapılan dozdan daha düşük olabilmektedir. Ülkemizde 2009 yılında yapılan bir çalışmada; ilacın kuru toz ağırlığının %86,7 oranında hesaplanmadığı bildirilmiştir ancak 2013 yılında yapılan başka bir çalışmada bu oran % 87,6 kuru doz ağırlığının hesaplandığı yönündedir. Hata raporlarının değerlendirilmesi, klinik kayıtların incelenmesi, gözlem tekniği ile hataların saptanması ve kritik olay tekniği ile ilaç hataları ölçülebilmektedir. Pediatrik ilaç hatalarına yönelik yapılan çalışmalarda; ilaç uygulama hataları yurt dışında yapılan bir çalışmada %9,6 iken, ülkemizde yapılan bir çalışmada %25,7 olarak bulunmuştur. Yapılan bir sistemik derlemede ise %10 olarak belirlenmiştir. İlaç hatalarına yol açan faktörler oryantasyon/eğitim, iletişim, depolama, bilgilere ulaşım, yetkinlik, denetim, etiketleme ve dikkat durumu olarak belirlenmiştir. Yapılan bir çalışmada çocuk bölümlerinde çalışan hemşirelerin ilaç uygulama ve hazırlama konusunda düzenli bir eğitim almadıkları bulunmuştur. İlaç hatalarının oluşmasına zemin hazırlayan faktörler içinde ilk sırada ilaç uygulaması sırasında hemşirenin ilgisinin dağılması ve uygulanan işin kesintiye uğramasının neden olduğu bildirilmiştir. Diğer nedenler arasında hasta sayısına göre hemşire sayısının yetersiz olması ve ilacın iki kere kontrol edilmemesi yer almaktadır. Pediatri hemşireleri, pediatrik ilaç uygulamalarında kliniğe özgü prosedürlerin oluşturulması, yol gösterici rehberlerin geliştirilmesi gibi birçok önleme stratejisine yön verebilmektedir. Önemli hata önleme stratejileri arasında doz hesaplamaları, çift kontrol, etiketleme standardizasyonu, sözel istem gibi işlemlere yönelik geliştirilecek olan protokoller yer almakla birlikte bu konuda hemşirelerin bilgilendirilmesi, işe yeni başlayan hemşirelerin oryantasyonunun sağlanması ve eğitimlerin devamlılığının sürdürülmesi önerilmektedir.

KAYNAKLAR

Alsulami, Z., Choonara, I., Conroy, S. (2014). Paediatric nurses'adherence to the double-checking process during medication administration in a children's hospital: an observational study. J Adv Nurs; 70(6): 1404-13.

American Society of Hospital Pharmacists (1993). ASHP guidelines on preventing medication errors in hospitals. Am J Health Syst Pharm; 50(2): 305-14.

Bülbül, A., Kunt, A., Selalmaz, M., Sözeri, Ş., Uslu, S., Nuhoğlu, A. (2014). Assessment of knowledge of pediatric nurses related with drug administration and preparation. Türk Ped Arş; 49: 333-9.

Conroy, S., Sweis, D., Planner, C., et al. (2007). Interventions to reduce dosing errors in children: a systematic review of the literature. Drug Saf; 30(12): 1111-25.

Fortescue, E.B., Kaushal, R., Landrigan, C.P., et al. (2003). Prioritizing strategies for preventing medication errors and adverse drug events in pediatric inpatients. Pediatrics; 111(4): 722-729.

Kuğuoğlu, S., Çövener, Ç., Kürtüncü Tanır, M., Aktaş, E. (2009). İlaç uygulamalarında hemşirenin mesleki ve yasal sorumluluğu. Maltepe üniversitesi Hemşirelik Bilim ve Sanat Dergisi; 2: 86-93.

Özalp Gerçeker, G., Akçay Didişen, N., Bolışık, B., Başbakkal, Z. (2015). Pediatri Hemşirelerinin İlaç Hataları ve Eşdeğer İlaç Kullanımına İlişkin Deneyimlerinin ve Görüşlerinin İncelenmesi. Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi; 6(4):210-215.

Özkan, S., Kocaman, G., Öztürk, C. (2013). Çocuklarda ilaç uygulama hatalarının önlenmesine yönelik yöntemlerin etkinliği. Türk Ped Arş; 48:299-302.

Prot, S., Fontan, J.E., Alberti, C., et al. (2005). Drug administration errors and their determinants in pediatric in-patients. Int J Qual Health Care; 17: 381-9.

Rinke, M.L., Bundy, D.G., Velasquez, C.A., et al. (2014). Interventions to reduce pediatric medication errors: a systematic review. Pediatrics;134(2): 338-60.

Savaşer, S., Çimen, S., Yıldız, S. (2008). Flakon şeklinde antibiyotiklerde kuru toz hacminin uygulanacak doz üzerine etkisi. İÜFN Hem Derg; 16: 7-15.

Stratton, K.M., Blegen, M.A., Pepper, G., Vaughn, T. (2004). Reporting of medication errors by pediatric nurses. J Ped Nur; 19: 385-92.

Adolesanlarda Beslenme Problemleri ve Önleme Stratejileri

Yard. Doç. Dr. Seda Çağlar

İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Adölesan dönemi; önemli yaşam değişikliklerine işaret eden, çocukluk ve yetişkinlik arasında, bireysel gelişimin her boyutunda ve sosyal bağlamda değişikliklerin eşlik ettiği bir geçiş¸ dönemi olarak tanımlanmaktadır. Sorumlulukların ve sorunların arttığı, vücut şeklinin değişikliğe uğradığı, bağımsızlığın üst düzeyde yaşandığı bu dönemdeki davranış değişiklikleri kişinin beslenme düzenine ve alışkanlıklarına da yansır. Büyümenin hızlanması ve etkinliğin artması, toplam enerji ve besin öğeleri gereksinimini yaşamın hiçbir döneminde görülmeyecek derecede yükseltir. Buna karşın ev dışında geçirilen zamanların artması ve düzensizleşen yaşam biçimine bağlı olarak pratik ve hazır yemeklerin tercih edilmesi artan gereksinimlerin karşılanamamasına neden olur. Büyüme ve gelişme için gerekli olan besin öğelerini ve enerjiyi karşılayamayan adolesanların optimal boylarına ulaşamadıkları gibi kötü beslenmeye bağlı olarak başka sorunlarla da karşılaşmaları olasıdır.

Obezite

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından "Sağlığı bozabilecek ölçüde vücutta anormal veya aşırı yag˘ birikmesi" olarak tanımlanmaktadır. Obezite günümüzde gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerin en önemli sağlık sorunları arasında yer almaktadır. Dünyada her yıl 2,8 milyon insan, fazla kilo ve obezite nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Dünya Sağlık Örgütü tarafından Asya, Afrika ve Avrupa'nın 6 ayrı yöresinde yapılan ve 12 yıl süren MONICA çalışmasında 10 yılda obezite prevalansında %10-30 arasında bir artış saptandığı bildirilmiştir. Obezite hızı özellikle çocuklar ve adölesanlarda alarm verici düzeydedir.

Ülkemizde de diğer dünya ülkelerinde olduğu gibi obezite görülme sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" ön çalışma raporuna göre Türkiye'de obezite sıklığı erkeklerde %20,5, kadınlarda % 41,0 ve toplamda % 30,3 olarak bulunmuştur. Toplamda fazla kilolu olanlar %34,6, fazla kilolu ve şişman olanlar %64,9, çok şişman olanların oranı %2,9 olarak bulunmuştur. Türkiye Obezite ile Mücadele çalışması raporuna göre obezite oranı 2000'li yılların başında %2-3 arası iken 2013 yılında %10-14 arasında değişmektedir. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü ve Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesince yürütülen "Türkiye Beslenme ve Sağlık Araştırması-2010" verilerine göre 6-18 yaş arasındaki çocukların %14,3 fazla kilolu, % 8,2'si ise obezdir. Obezite ile ilgili raporlar dünyada ve Türkiye'de yaşayan çocuk ve adolesanların %5-34'ünün sağlıklarının gelecekte tehdit altında olduğunu göstermektedir

Obeziteyi etkileyen fizyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel birçok faktör vardır. Bu faktörlerin en temel bileşeni yetersiz fiziksel aktivite ve strestir. Obez adolesanlar ile yapılan çalışmalarda normal kilolu olanlara göre ruh sağlığı problemlerinde artış, akademik başarısızlık, benlik saygısında azalma, anksiyete, depresif bozukluklar ve intihar girişiminde artış görülmüştür. Adolesan sağlığını geliştirmeyi amaçlayan çalışmalar, gençlerin beslenme ve fiziksel aktivite bilgi düzeyi, inançları ve stres yönetimi becerilerinin sağlıklı yaşam biçimi davranışlarını etkilediğini bildirmiştir. Bu nedenle sağlıklı nesiller yaratmak ve kronik hastalıkları önlemek için çocuk ve adolesanların sağlık sorumluluğu kazanmaları, sağlıklı yaşam biçimi davranışları kazanmaları, yeterli fiziksel aktivite yapmaları ve karşılaştıkları stresli durumlar ile başa çıkmayı öğrenmeleri sağlanmalıdır.

Bu bağlamda çocuk ve adolesanlarda erken yaşta olumlu sağlık davranışları kazandırılması ve bunun alışkanlık haline dönüştürülmesi için "sağlıklı beslenme", "fiziksel aktivite" ve "stres yönetimi" ni içeren sağlığı geliştirme programları önerilmektedir. Son 10 yılda çocuk ve adolesanlar için geliştirilen sağlığı geliştirme programlarının çoklu davranış girişimleri olarak planlandığı ve uygulandığı görülmektedir. Bu girişimler uzun ve kısa süreli görüşmeler, internet, bilgisayar ve video oyunları, interaktif multimedya programları ve telefon mesajları dahil adolesanlar için cazip olan bir çok iletişim yöntemi kullanılarak yapılmıştır. Araştırma sonuçları, çoklu davranış girişimlerinin tek davranış için yapılan girişimlere göre daha etkili olduğunu göstermektedir.

Yeme Bozuklukları

Yeme bozuklukları (YB); beslenme yetersizliği, aşırı beslenme, depresyon, madde bağımlılığı, anksiyete gibi ciddi sorunlara neden olabilen, yeme alışkanlıklarındaki sapmalardır. Amerikan Psikiyatri Birliği'nin sınıflandırma sistemi olan DSM-4, yeme bozukluklarını; anoreksiya nervoza (AN), bulimiya nervoza (BN) ve bu iki sendromun atipik biçimleri (başka türlü adlandırılamayan, BTA-YB) olarak sınıflandırmıştır (APA 2000). Son yıllarda bunlara Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB) da eklenmiştir. Bu sistemin son versiyonu olan DSM-5'te ise YB'nun yer aldığı "Beslenme ve Yeme Bozuklukları" başlığında; pika, ruminasyon bozukluğu, kısıtlayıcı/sınırlı gıda alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervosa, tıkınırcasına yeme bozukluğu, belirtilmemis¸ beslenme veya yeme bozukluğu, diğer beslenme veya yeme bozukluğu yer almaktadır.

AN sıklığı %0.5-1, BN sıklığı %2 iken, atipik yeme bozuklukları %10-34 sıklığında görülmektedir. Herhangi bir tür YB'nin ergen ve genç erişkinlerde görülme sıklığı %4 olarak bildirilmektedir. TYB'nin yaşam boyu yaygınlığının %1.4 olduğunu, başlangıç yaşının yirmili yaşların ilk yıllarına rastladığını, Türkiye de TYB yaygınlığının %0.99 olduğu bulunmuştur. Bu oran, anoreksiya nevrozadan (AN) (%0.034) ve BN'den (%0.79) daha yüksektir. Son yıllarda giderek önem kazanan ve özellikle gençlerde yaygınlığı

ve sıklığı giderek artan YB, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "önemli tıbbi durum" olarak tanımlanmaktadır. Yeme tutumu ve beden algısının bozulduğu bu durumda, kişiler bedenini olduğundan şişman ya da şekilsiz bulmakta, çok kısıtlı gıda almakta, yemekleri takiben kusma veya kendini kusturma, laksatif kullanma ve aşırı egzersiz gibi davranışlar sergileyebilmektedirler.

Beslenme Problemlerini Önleme **Stratejileri**

Adolesanlar, kendi sağlıklarını koruma bilincine erişmeli ve kendi yaşamlarını etkileyecek her türlü çalışmanın planlanması, uygulanması ve değerlendirmesi aşamalarına aktif olarak katılmalıdırlar. Gençlere sunulacak sağlık hizmetleri, onlar tarafından ulaşılabilir, karşılanabilir ve kabul edilebilir olmalıdır. Sağlık düzeyini iyileştirmeye yönelik yaşam becerileri ve pozitif yaşam tarzı arasında yeme davranışları önemli bir yer tutmaktadır. Yeme tutumlarını etkileyen etmenler koruyucu hizmetlerinin sunumunda ve sağlık merkezlerinde erken tanıda kullanılabilir.

Beslenme problemlerinin tedavisindeki temel hedefler; yeme nöbetlerinin ortadan kalkması ve sağlıklı bir yemek yeme alışkanlığının kazanılması, istikrarlı bir vücut ağırlığına sahip olunması, obeziteye bağlı rahatsızlıkların ve bunların yanı sıra görülen ruhsal rahatsız- lıkların tedavisidir. Bu hedeflere ulaşmak için ilaç tedavileri; Bilişsel-Davranışçı Terapi, Kendi Kendine Yardım Terapisi, Davranışçı Yöntemlerle Kilo Verme Terapisi, Kişilerarası Psikoterapi, Diyalektik Davranışçı Terapi, Motivasyonel Terapi gibi psikoterapi yöntemleri ve Bariatrik Cerrahi önemli imkânlar getirmektedir.

Adolesanda Sınav Kaygısı ve Baş Etme Yolları

Yard. Doç. Dr. Birsen Mutlu

İstanbul Üniversitesi, Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

Adolesan dönemde yoğun kaygıya sebep olan durumlardan birisi aşılması, başarılması beklenen sınavlardır (1,2). Sınav kaygısı eğitim başarısını ve verimli çalışmayı olumsuz yönde etkileyen önemli engellerden biridir (3). Sınav kaygısının kuruntu (bilişsel boyutu) ve duyuşsallık (duyusal-fizyolojik yönü) olmak üzere iki boyutu vardır. Bilişsel olarak ele alındığında sınav kaygısına sebep, bireyin sınavdan olumsuz beklentilerinin olması, sınavı başaramayacağına, karşılaştığı sorunu çözemeyeceğine inanmasıdır (4,5,6). Bu kuruntulara harcanan zaman, dikkatin sınava yöneltilmesini azaltır ve performans azalır. Ayrıca yüksek sınav kaygısı bireyin sınava yeterince hazırlanamamasına sebep olur (4). Sınav kaygısının duyuşsal- fizyolojik yönü duyuşsallık olarak ifade edilir ve sınav kaygısına bağlı otonom sinir sisteminin aşırı uyarılması ile ilgili fizyolojik tepkileri içerir. Bu fizyolojik tepkiler; kalp atımlarının artması, ateş basması veya üşüme, terleme, mide bulantısı, deride kızarma, sinirlilik ve gerginliktir (4,5,6,7).

Sınav kaygısının nedenleri: Sınav kaygısının pek çok nedeni olabilir. Yapılan araştırmaların sonuçlarına dayanarak sınav kaygısının nedenleri arasında anne baba tutumu (6,8,9), öğrencinin özgüveni, öz yeterliliği (10,11,12), benlik saygısı (11,13), akademik başarı düzeyi (10,14,15), mantık dışı inançları (9,14) ve sosyo-ekonomik düzeyi (16) yer almaktadır.

Sınav kaygısının belirtileri: Fiziksel belirtiler; kalp çarpıntısı, düzensiz solunum, nefes darlığı, göğüste sıkışma hissi, el ve ayaklarda uyuşma/karıncalanma, titreme, baş dönmesi, ateş basması, terleme, el ve ayakların soğuması, mide bulantısı, kusma, barsak hareketlerinin artması, bayılma, baş ve vücut ağrılarıdır. ***Duygusal belirtiler;*** tahammülün azalması, gerginlik, sinirlilik, gün içinde değişen ruh hali, aşırı duygusal tepkiler, karamsarlık, kendini çaresiz, değersiz ve umutsuz hissetme, başarısızlık hissi ve panik halidir. ***Davranışsal belirtiler;*** uyku sorunları, çabuk sinirlenme, agresif davranışlar, alınganlık, kaçma davranışı sergileme (ders çalışmaktan kaçma, okula veya dershaneye gitmek istememe, ders çalışmamak için fazla televizyon izleme ve uyuma), aşırı yeme ya da iştahın azalmasıdır. ***Bilişsel belirtiler;*** unutkanlık, sınavda her şeyi unutmaktan korkma, karar verme ve konsantrasyon güçlüğü, soruları okurken çok zaman kaybetme ve sınavla ilgili olumsuz düşüncelerin (asla başaramayacağım, rezil olacağım, her şey berbat olacak, vb.) olmasıdır (17).

Sınav kaygısı ile baş etme: Sınav kaygısı ile baş etme son derece önemlidir. Çünkü kaygı düzeyinin yüksek olması öğrencinin potansiyelini tam olarak gösterememesine, başarısız olmasına, bunun sonucunda öğrenimini istediği şekilde sürdürememesine neden olmaktadır (18,19). Adana ve Kaya'nın çalışmasında sınav kaygısı ile baş etmek amacıyla yapılandırılmış sınav kaygısı eğitimi verilen adolesanların sınav kaygısı düzeyinin düştüğü saptanmıştır (19). Şahin ve arkadaşlarının çalışmasında üniversite sınavına hazırlanan lise son sınıf öğrencilerinin %71,7'sinin sınav kaygısını azaltmak amacıyla bir veya birden fazla yöntem uyguladığı saptanmıştır. Öğrenciler tarafından en fazla kullanılan baş etme yöntemleri müzik dinleme, olumlu düşünmeye çalışma, yemek yeme, başaracağını düşünme ve uyumadır (20). Sınav kaygısı ile baş etmede sıklıkla bilişsel davranışsal terapi ve grup rehberliği yöntemlerinden yararlanılmaktadır. Bilişsel davranışsal terapide amaç işlevsel olmayan duygu ve düşüncelerin değiştirilmesidir. Bu kapsamda kendini izleme, bilişsel yeniden yapılandırma, gevşeme eğitimi, sistematik duyarsızlaştırma, maruz bırakma ve kaçınmayı azaltma, sosyal beceri eğitimi yöntemlerinden yararlanılmaktadır (21). Grup rehberliği kapsamında öğrencilere zamanı etkin kullanma, daha iyi öğrenme için stratejiler geliştirme (kendi kendine soru sorma, kodlayarak bilgileri akılda tutma), planlı çalışma, kendini tanıma ve ulaşabileceği hedefler koyma, sınavı gözünde büyütmeme, mükemmel olmak zorunda olmadığının farkına varma gibi konularda destek sağlanmaktadır. Bu sayede öğrencilerin kendi potansiyellerinin farkına varması, kendini yeterli hissetmesi, daha iyi öğrenebileceğine inanması sağlanarak öz saygıları arttırılabilir ve sınav kaygıları azaltılabilir (2). Sınav kaygısıyla baş etmenin diğer bir yolu kaygı düzeyi yüksek adolesanların kişilik özelliklerini belirleyerek, kişilik özelliklerine yönelik psikolojik danışmanlık desteği verilmesidir. Hangi kişilik özelliğinin sınav kaygısı üzerinde etkili olduğunu belirlemeye yönelik yapılan bir çalışmada genel uyum, sosyal uyum ve kişisel uyum puanı düşük adolesanların sınav kaygısının yüksek olduğu saptanmıştır (22). Sınav kaygısını etkileyen diğer kişilik özellikleri depresif, mükemmeliyetçi olma (23), düşük özgüven (10,11), düşük benlik saygısı (11,13), kayıtsız ve korkulu bağlanma stiline sahip olmadır (12). Okullarda sınav kaygısı yaşayan adolesanların riskli kişilik özelliklerine sahip olup olmadığı saptanmalı, gerektiğinde psikolojik danışmanlık almaları yönünde desteklenmelidir (22). Ebeveynler sınav kaygısı ile baş etme sürecinde çocuklarına destek olmalıdırlar. Bu nedenle ebeveynlere okul sağlığı hemşiresi ve öğretmenler tarafından adolesan dönemin özellikleri, iletişim ve sınav kaygısı konularında bilgilendirici seminerler düzenlenmelidir (24).

Sınav kaygısına ilişkin ailelere verilebilecek tavsiyeler: Aileler farkında olmadan çocuklarının sınav kaygısı yaşamasına katkıda bulunabilirler. Aileler çocuklarına önemli, değerli, biricik ve sevilmeye değer olduğu mesajını vermelidir (25). Çocuklarını dinlemeli, yargılamamalı ve kendini çocuğunun yerine koyup düşünebilmelidir. Anne babalar adolesanları ders çalışması konusunda sürekli uyarmamalıdır. Çok çalışma ile etkili ve verimli çalışma arasındaki fark göz önünde bulundurulmalı, ders çalışma sorumluluğunu alması konusunda adolesana fırsat tanınmalıdır. Her ortamda adolesanın sınırlarına ve sorumluluklarına saygılı olunmalı, onun yerine karar verilmemelidir (17,25). Evde ders çalışması için uygun ortam sağlanmalıdır. Anne babalar çocukları ile olan iletişiminde ses tonu ve beden dili ile verdikleri mesajlara dikkat etmelidir. Çoğu zaman beden dili ve ses tonu ne söylendiğinden daha önemli olmaktadır (17). Sınava hazırlanma sürecinde son derece anlayışlı davranılmalı, çocuğun motivasyonu yüksek tutulmalı

ve geçmişteki başarıları vurgulanmalıdır (25) Denetleyici ve koruyucu anne baba tutumlarından uzak durulmalıdır (15,25). Aile çocuktan başarabileceğinin üstünde beklentide bulunmamalıdır (17). Çocuğun gerçek kapasitesi iyi değerlendirilmelidir. "Çok zeki ama çalışmıyor" şeklindeki yaklaşımlardan uzak durulmalıdır. Çünkü bu tür söylemler çocuğun kendini baskı altında hissetmesine neden olmaktadır (25). Anne ve babalar çocuğun sınavı kazanmasını ondan daha fazla istememelidir ve bu yönde söylemlerde bulunmamalıdır. Çünkü bu durumda çocuk sınavı kazanmak zorunda olduğunu ve hayatının bu sınava bağlı olduğunu düşünecek, dolayısıyla sınav kaygısı artacaktır (17). Çocuğun çabası asla küçümsenmemelidir (25).

KAYNAKLAR

1. Erözkan A. Üniversite öğrencilerinin sınav kaygısı ve basaçıkma davranısları. Muğla Üniversitesi SBE Dergisi 2004; 12: 13-38.
2. Cüceloglu D. İnsan ve davranışı. 8. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi, 1998; 276-278.
3. Eriş Y, İkiz E. Ergenlerin benlik saygısı ve sosyal kaygı düzeyleri arasındaki ilişki ve kişisel değişkenlerin etkileri. International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic 2013; 8(6): 179-193.
4. Bacanlı F, Sürücü M. İlköğretim 8. sınıf öğrencilerinin sınav kaygıları ve karar verme stilleri arasındaki ilişkilerin incelenmesi. Kuram ve Uygulamada Eğitim Yönetimi 2006); 45: 7-35.
5. Can PB, Dereboy Ç, Eskin M. Yüksek Riskli Sınav Kaygısının Azaltılmasında Sistematik Duyarsızlaştırma ile Bilişsel Yeniden Yapılandırmanın Etkililiğinin Karşılaştırılması. Türk Psikiyatri Dergisi 2012; 23(1): 9-17.
6. Güler D, Çakır G. Lise son sınıf öğrencilerinin sınav kaygısını yordayan değişkenlerin incelenmesi. Türk Psikolojik Danışma ve Rehberlik Dergisi 2013; 4 (39), 82-94.
7. Cassady JC, Johnson RE. Cognitive test anxiety and academic performance. Contemporary Educational Psychology 2002; 27: 270-95.
8. Çapulcuoğlu U, Gündüz B. Öğrenci tükenmişliğini yordamada stresle başaçıkma, sınav kaygısı, akademik yetkinlik ve anne-baba tutumları. Eğitim Bilimleri Araştırmaları Dergisi 2013; 3(1): 201-218.
9. Güler D. Lise son sınıf öğrencilerinin akılcı olmayan inançları ve anne - baba tutumları ile sınav kaygısı düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Akdeniz Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Antalya, 2012.
10. Başoğlu ST. Sınav kaygısı ile özgüven arasındaki ilişkinin erinlik döneminde incelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2007.
11. Palti C. Üniversiteye hazırlanan lise son sınıf öğrencilerinde yükseköğretime geçiş sınavı öncesi ve sonrasında benlik saygısı, sınav kaygısı ve durumluk – sürekli kaygı düzeyleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2012.
12. Erzen E. üniversite sınavlarına hazırlanan ergenlerin bağlanma stilleri ve öz yeterlikleri ile sınav kaygıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Karadeniz Teknik Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü Eğitim Bilimleri Anabilim Dalı Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, Trabzon, 2013.
13. Schultz, A.P., Davis, A. H. and Paula, J. S. (2002). Organization of concept emotions and their regulation during test taking. The Journal of, Education, 4,316-342.
14. Boyacıoğlu NB. Ergenlerde mantık dışı inançlar ve sınav kaygısı. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2010.
15. Kapıkıran Ş. Üniversite öğrencilerinin sınav kaygısının bazı psiko-sosyal değişkenlerle ilişkisi üzerine bir inceleme. Pamukkale Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2002; 11(1): 34–43.
16. Cunha M, Paiva MJ. Text anxiety in adolescents: The role of self-criticism and acceptance and mindfulness skills. The Spanish Journal of Psychology Copyright 2012; 15(2): 533-543.
17. Yeşilyurt F. ÖSS-OKS'de Sınav Kaygısı ve Baş etme Yolları. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2007.
18. Koçkar A, Kılıç B, Şener Ş. İlköğretim öğrencilerinde sınav kaygısı ve akademik başarı. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi 2002;9:100-5.
19. Adana F, Kaya N. Lise öğrencilerinin sınav kaygısı düzeyi üzerine sınav kaygısı ile başaçıkma eğitiminin etkisi. Kriz Dergisi 2005;13:35-42.

20. Şahin, H., Günay, T. ve Batı, H. (2006). İzmir İli Bornova İlçesi lise son sınıf öğrencilerinde üniversiteye giriş sınavı kaygısı. Sürekli Tıp Eğitimi Dergisi, 15(6), 107- 113.

21. Karakaya E, Öztop DB. Kaygı bozukluğu olan çocuk ve ergenlerde bilişsel davranışçı terapi. Bilişsel Davranışçı Psikoterapi ve Araştırmalar Dergisi 2013; 2: 10-24.

22. Dündar S, Yapıcı Ş, Topçu B. Üniversite öğrencilerinin bazı kişilik özelliklerine göre sınav kaygısının incelenmesi. Gazi Eğitim Fakültesi Dergisi 2008;28(1):171-186.

23. Erözkan A. İlköğretim sekizinci sınıf öğrencilerinde depresyonun yordayıcıları. İlköğretim Online 2009;8(2):334-345. http://ilkogretim-online.org.tr/vol8say2.html Erişim Tarihi: 18.02.2017

24. Koruklu NÖ, Öner H, Oktaylar HC. Sınav kaygısı ile başa çıkma programının sınav kaygısına etkisine yönelik deneysel bir çalışma. Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi 2006;19:5-11.

25. Cüceloğlu D. Başarıya Götüren Aile Sınav Döneminde Anababalık. 11. Basım. İstanbul: Remzi Kitabevi, 2013.

Cinsel İstismara Uğramış Çocuk

Hemş. Sıla Nurcan Kösecik

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk İzlem Merkezi, İstanbul

Çocuk Hakları Sözleşmesi, 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu uyarınca; 18 yaşını doldurmamış her insan çocuktur. Dünya Sağlık Örgütü çocuk istismarını; çocuğun sağlığını, fiziksel ve sosyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen ve bir yetişkin, toplum veya ülke tarafından bilerek veya bilmeyerek yapılan davranışlar olarak bildirmiş ve dört tip istismar tanımlamıştır (Fiziksel, Duygusal, Cinsel İstismar ve İhmal). Cinsel istismar; çocuğun tam olarak anlayamadığı, onay vermesinin mümkün olamayacağı, gelişimsel olarak hazır olmadığı ya da toplumun yasalarına aykırı olacak şekilde bir cinsel etkinliğe dâhil edilmesidir (WHO,2006). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre, kadınların 1/5'i, erkeklerin ise 1/13'i çocukken cinsel istismara maruz kalmaktadır. Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması (2010) sonucuna göre 7-18 yaş grubu çocukların %3'ü cinsel istismara maruz kalmaktadır (Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, 2010)

Cinsel İstismarın Şekilleri

Dokunma Olmadan: Çocuğa cinsel içerikli şeyler söylemek ve çocukla aynı içerikte konuşmalar yapmak, çocuğun cinsel ilişkiye doğrudan şahit olması, çocuğa cinsel organ göstermek ve ya çocuğun cinsel organlarını göstermesini istemek, banyodayken çocuğu seyretmek, çocuğa cinsel içerikli materyal göstermek, çocuğu pornografik malzemeler için kullanmak, teşhircilik ve röntgencilikdir**.**

Dokunmanın yer aldığı istismar olguları : El ile ya da bir cisimle genital temas, rektal bölgelere, memeye veya vücudun diğer bölgelerine dokunma, oral-genital temas, genital organlara yabancı cisim sokma,vaginal ya da rektal penetrasyon, tecavüz**.**

Çocukların Cinsel Sömürüsü: Çocuk fuhuşu ve satışı çocuğa ve veya üçüncü kişilere para ve benzeri şeylerin verilmesi karşılığında çocuğun yetişkin tarafından cinsel obje olarak kullanılmasıdır, fuhuş, pornografi, cinsel sömürü amaçlı kullanma, çocuk seksi turizmi, erken evlendirme vb. (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Ensest: Kanunen evlenmelerine izin verilmeyen iki kişi arasındaki cinsel ilişki olarak tanımlanır (Şahin ve Taşar, 2012).

Pedofili: Çocuklarla cinsel ilişkiyi erişkinlere tercih eden kişilerdir (Erdoğan, 2010).

Çocuklara kötü muamele olasılığını artıran etmenler risk faktörleri toplumsal çevresel, ilişkisel ve kişiseldir.

Çocukla İlişkili riskler: İstenmeyen veya ailenin beklentilerini karşılayamayan çocuklar, zihinsel gerilik, erken doğum, kronik hastalık gibi nedenlerle sürekli bakım gerektiren çocuklar, engelli çocuklar, üvey çocuklar (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Anne-Baba yada Bakım Veren Kişi İle İlişkili: Genç ve yalnız yaşayan ebeveyn, eğitim eksikliği alkol ve/veya uyuşturucu kullanıyor olmak, çocukken istismara uğramış olmak, fiziksel veya psikiyatrik bir hastalık varlığı, maddi sıkıntı içinde olmak (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF- 2010 yılında Türkiye'de 6 ilde 7-18 yaş arası toplam 1886 çocukla yüzyüze yaptıkları çalışmada; istismarın sırasıyla ev, okul ve sokakta gerçekleştiği istismarcının sırasıyla baba, öğretmen, anne, arkadaş ve komşu olduğu bildirilmiştir (Saner, 2016).

Çocukluk Çağındaki Kötü Muamelenin Neden Olabileceği Davranış Değişiklikleri**:** Akran ilişkilerinde sorunlar, okul başarısızlığı, çökkünlük, düşük benlik değeri, korkular, öfke patlamaları, sağlığını tehlikeye atacak davranışlar, madde kullanımı, yeme ve uyku bozuklukları, aşırı talepkarlık, saldırganlık, içe dönüklük, engellenme/baskılanma duygusu, aşırı uyumlu, aşırı yapışma/ayrılığa aldırmama (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Çocuklarda Cinsel İstismarı Düşündürebilecek **İpuçları:** Cinselliğe ilişkin her türlü konu ve duruma aşırı ilgi gösterme ya da aşırı kaçınma, baştan çıkarıcı davranışlar, çok sık öpmeye çalışma, göğüslere, bacaklara ya da genital bölgeye dokunmaya çalışma, sürtünme, kendi genital bölgesini gösterme, bedeninin kirli ya da zedelenmiş olduğuna inanma ve ifade etme, genital bölgesinde bir sorun olduğundan korkma, resimlerinde, oyunlarında yada hayallerinde cinsel istismara uğradığını düşündürecek özelliklerin bulunması, tuvalet eğitimini kazanmış bir çocuğun altını veya yatağı ıslatmaya başlaması, regresif semptomların varlığı (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Cinsel istismar göstergeleri: Çocuğun ifadesi, giysilerde sperm ya da kan lekesi, cinsel istismarı destekleyen fiziksel travma belirtileri, yürüme ve oturmada güçlük, CYBE, vajinal ve rektal kanama, anal sfinkter tonüsünün azalması genital bölgede ağrı, şİşme, kaşıntı, tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları

İstismar Sonrası Çocuk**:** Çocuklar olayı hiçbir zaman, hiç kimseye anlatmayabilmektedirler. Cinsel istismar neden olduğu utanç

ve suçluluk duyguları nedeniyle çoğunlukla gizli kalmaktadır. Cinsel istismara uğrayan olguların yalnız %15'inin bildirildiği düşünülmektedir (Dönmez ve ark, 2014). Aile çocuğun bazı davranışlarından ve fiziksel bulgularından şüphelenip doktora başvurabilmektedir. Çocuk güvendiği birine olayı üstünden zaman geçtikten sonra anlatabilmektedir (Üstündağ, 2015).

Cinsel İstismarın Çocuk Üzerindeki Etkileri: Çocuğun istismarcı ile olan ilişkisine, istismarın şekli ve süresine, şiddet kullanımına, çocuğun yaşına bağlı olarak değişmektedir (Alpaslan,2014). Yapılan bir çalışmada cinsel istismarın çocuklarda uzun süreli duygusal ve davranışsal etkilere, korku, depresyon, kızgınlık, düşmanlık ve uygunsuz cinsel davranışlara yol açtığı bildirilmiştir (Ovayolu, 2007). Cinsel istismar mağdurlarının incelendiği başka bir çalışmada vakaların %81.9'unun en az bir ruhsal bozukluk tanısı olduğu tespit edilmiştir (Dönmez ve ark, 2014).

İstismarcı: Çocukların güvenini kazanabilen, onlarla yakın ilişki kurabilen insanlardır. Çoğu zaman tanıdığı hatta yakın akrabasıdır.Yetişkinlerle ilişkiyi tercih eden, ama onlarla ilişki kuramayan, özgüveni düşük yetersiz, psikiyatrik sorunu olan kişilerdir. İstismarcı geçmişinde istismara uğramış olabilir. Her yaş, her sosyoekonomik ve kültürel düzeyde görülebilir (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Kitapçığı, 2016).

Suçu bildirme: TCK 278., 279., 280. maddeler gereğince bildirim yükümlülüğü vardır. **TCK Madde 280** gereğince görevini yaptığı sırada bir suçun işlendiği yönünde bir belirti ile karşılaşmasına rağmen, durumu yetkili makamlara bildirmeyen veya bu hususta gecikme gösteren sağlık mesleği mensubu, bir yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Çocuk izlem merkezleri**:** Cinsel istismar şüphesi olan çocuğun beyanının alınması, muayenesinin yapılması, aile görüşmesinin yapılması ve raporunun hazırlanması için gereken tüm personel ve ekipmanın bulunduğu, çocuğun yüksek yararı gözetilerek yürütüldüğü bir merkezdir. Cinsel İstismara uğrama şüphesi altında olan mağdur çocukların, adalet sistemi içerisinde defalarca adli işlemlerden geçirilirken **örselenmesine ve hatta 2. bir** travma yaşamasına sebep olan uygulamaların ortadan kaldırmasını amaçlayan bir oluşumdur

Çocuk izlem merkezi işleyişi: Çocuk ve ailesinin ifadesi çocuk izlem merkezinde konuyla ilgili eğitim almış adli ve aile görüşmecisi olarak tanımlanan personel tarafından yapılır. Çocuğun ifadesinin alınması sırasında Cumhuriyet Savcısı ve çocuğun avukatı da merkezde olur (Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, 2016).

Muayene: Çocuk İzlem Merkezinde görevli, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı ve adli hemşire çocuğun sağlığını değerlendirir. Tıbbi öz ve soy geçmişini kaydeder. Çocuğun büyüme ve gelişmesi değerlendirilir. Rutin fizik muayenesini yapar. Puberte, menstrüel siklus ve gebelik riskini değerlendirir. Cinsel penetrasyonun olduğu, gebelik riski olan çocuklarda tıbbi kontrasepsiyon için Kadın Doğum konsültasyonu istenir. Tıbbi konrasepsiyonun penetrasyondan sonra mümkün olan en kısa sürede yapılması gerekmektedir. Penetrasyonu takip eden 5 gün içerisinde yapılabilmekle beraber, 72 saatlik sürenin sonunda kontrasepsiyon şansı azalmaktadır. Cinsel yolla bulaşan hastalıklar açısından gerekli taramalar (Hepatit A, B, C, HIV, VDRL vb.) için serolojik tetkikler yapılır. Serolojik testler 6 ayın sonunda tekrarlanır. Gerekiyor ise vaginal, oral, idrar kültürü alınır. Riskli olgularda bakteriyel enfeksiyonlar için profilaktik antibiyotik tedavisi verilir. Hepatit A ve B immünitesi oluşmamış çocuklar, aşı geçmişleri ile beraber yeniden değerlendirilerek, gerekiyor ise aşıları yaptırılır. Gebelik durumunda, tıbbi ve adli değerlendirme birlikte yapılarak, çocuğun ve ailesinin onayı var ise, gebeliğin sonlandırılması için kadın doğum uzmanına yönlendirilir. Hamilelik ve hamilelik sonrası dönemler Kadın Doğum Uzmanı sorumluluğunda takip edilir (Bağ ve Alşen, 2016).

Adli Muayene: Adli görüşme sonrasında, savcılık talimatı varsa çocuk adli muayene için hazırlanır. Adli muayene öncesi, adli hemşire tarafından, yapılacak muayeneler hakkında bilgi verilir ve çocuk ve ailesinden onamları alınır. Adli delil olabilecek giysiler, sperm örneği, saç, tükrük, tırnak içlerinden gerekli örnekler alınır. Uyuşturucu madde kullanımına yönelik kan ve idrar örnekleri alınarak Adli Tıp Kurumuna gönderilir. Adli muayene, adli tıp uzmanı tarafından raporlandırılır. Çocuğun örselenmesini engellemek amacıyla, gerekmiyorsa diğer uzmanlık dalları tarafından iç beden muayenesi yapılmadan, Adli Tıp Uzmanının iç beden muayenesi yapması ve kesin adli raporunu vermesi uygun olacaktır. Kadın Doğum, Çocuk Cerrahisi, Aile Hekimlikleri tarafından verilen raporların genelde kesin raporlar olmaması, kesin rapor için adli tıp uzmanına yönlendirmesi, istismara uğrayan çocukların örselenmesine neden olmaktadır.

Çocuk İzlem merkezine gelen, cinsel istismara uğradığı ve ruhsal durumunun etkilendiği düşünülen her çocuk için Psikiyatri konsültasyonu istenmektedir. **Çocuk ve Ergen** Pisikiyatri uzmanı çocuğu değerlendirir, gerekiyor ise takip ve tedavisini planlar (Bağ ve Alşen, 2016).

KAYNAKLAR

1. World Health Organisation (WHO), (2016). http://www.who.int/whr/2006/en/ adresinden 01.02.2017 tarihinde indirilmiştir.

http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en/index.html. Erişim tarihi: 26.12.2016

2. Saner S. Çocuk Cinsel İstismarı Ve Zor Açığa Çıkması Bilgilendirme Dosyası. Erişim tarihi: 26.12.2016

3. Üstündağ A., 2015, Çocuk İhmal Ve İstismarı - Cinsel İstismar, (Çocuk İzlem Merkezleri). Erişim Tarihi 23.01.2017

4. Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özcan, Ö. Ö., Yüksel, T., Demir, A. Ç., Bayhan, P. Ç., & Miniksar, D. Y. (2014). Cinsel istismar mağduru çocuk ve ergen olgularımızın sosyodemografik ve klinik özellikleri. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 2

5. Türkiye'de Çocuk istismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması, 2010. 02.02.2017 tarihinde http://www.unicef.org.tr/files/bilgimerkezi/doc/cocuk-istismari-raporu-tr.pdf adresinden alınmıştır.

6. Bağ Ö., Alşen S,. Çocuğun cinsel istismarının değerlendirilmesinde yeni model: Çocuk İzlem Merkezleri .A new model in evaluating child sexual abuse: Child Advocacy Centers. Derleme. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi 2016; 6(1):9-14

7. World Health Organization (2006). The World Health Report 2006 - Working Together for Health. http://www.who.int/whr/2006/en/ adresinden 01.02.2017 tarihinde indirilmiştir.

8. Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Eğitim Notları, Erişim Tarihi 01.12.2016

9. Alpaslan, A.,H. Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar Childhood Sexual Abuse.Kocatepe Tıp Dergisi Kocatepe Medical Journal 2014;15(2):194-201 DERLEME / REVIEW

10. Sağlık Bakanlığı Çocukla Adli Görüşmeci Sertifikalı Eğitim Kitapçığı,2016

11. Ovayolu, N., Uçan, Ö., & Serindağ, S. (2007). Çocuklarda cinsel istismar ve etkileri. Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi, 2(4), 13-2

12. Şahin, F., & Taşar, M. A. (2012). Cinsel istismar ve ensest. Türk Pediatri Arşivi, 47(3). Derleme Review

13. Erdoğan, A. (2010). Pedofili: Klinik özellikleri, nedenleri ve tedavisi. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2(2).

Durdurun Şu Puberteyi! Ama Ne Zaman?

Doç. Dr. Bülent Hacıhamdioğlu

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojik ve Metabolizma Hastalıkları, İstanbul

Sekonder seks karakterlerinin kız çocuklarında 8 yaşından önce başlaması erken puberte olarak tanımlanmaktadır. Sekiz yaşından önce telarş ile başvuran bir kız çocuğunda üç ön tanı vardır; santral puberte prekoks, periferik puberte prekoks ve pubertenin benign varyantları. Prematüre telarş ve yavaş progressif puberte prekoks pubertenin benign varyantları olarak kabul edilebilir. Fizik inceleme, antropometrik veriler, laboratuar bulguları ve radyolojik değerlendirme ayırıcı tanıda yardımcıdır, ancak kesitsel değerlendirmede ayrıcı tanı her zaman kolay değildir, bu durumda izlem kesin tanının konulması ve gerekirse tedavi kararının verilmesini kolaylaştıracaktır. Fizik incelemede Tanner evreleme sistemi ile pubertal evrelemenin doğru yapılması önemlidir. Hastanın boy persantili hedef boyu ile karşılaştırılmalıdır. Lineer izlemde ise yıllık uzama hızının 6 cm'in üzerine çıkması santral puberte prekoks lehinedir. Kemik yaşının belirlenmesi erken puberte nedeni ile değerlendirilen hastalarda önemli bilgiler verir. Kemik yaşı takvim yaşı ile karşılaştırılmalıdır, mevcut boy ve kemik yaşı ile hastanın ulaşabileceği son boy ile ilgili tahmin yapılarak bu tahmin hedef boy ile karşılaştırılmalıdır. Tahmini final boyun hedef boydan belirgin geri olması somatik büyümede hızlanma lehinedir. Pelvik ultrasonografi ile over ve uterus çap ve hacim değerlendirmeleri ayırıcı tanıda yardımcıdır. Bazal lüteinize edici hormon (LH) düzeyinin 1 mIU/ml'nin üzerinde olması santral puberte prekoks lehinedir. Gonadotropin salgılatıcı hormon (GnRH) ile uyarılmış LH düzeyinin 5 mIU/ml'nin üzerinde olması ve uyarılmış LH/FSH (Follikül sitümüle edici hormon) oranın 0.66'dan büyük olması yine santral puberte prekoks lehinedir. Bazal ve uyarılmış FSH düzeyleri baskılı iken yüksek östradiol düzeyleri periferik puberte prekoks lehinedir. Kız çocuklarında periferik puberte prekoks genellikle fonksiyonel over kistlerine bağlıdır. Klinik izlemde ise pubertal evrenin 3-6 ayda bir ilerlemesi hızlı progressif puberte prekoks lehinedir.

Santral puberte prekoks tedavisinde uzun etkili GnRH analogları kullanılmaktadır. Özellikle 6 yaşından önce tedavi başlanılan olgularda tedavi boy kazanımı ile ilişkilidir. Sekiz yaşında büyük olgularda ise tedavinin asıl amacı prematüre menarşı engellemek olmalıdır.

Erken veya hızlı puberte prekoks nedeni ile değerlendirilen kız çocuklarında tedaviye, her hasta özelinde hastanın göreceği olası yarar değerlendirilerek karar verilmelidir. Tek bir laboratuar veya radyolojik değerlendirme sonucuna dayanılarak tedavi kararı vermek doğru değildir. Tüm bulgular; hastanın yaşı, pubertal evre, boy durumu, kemik yaşı, olası final boyun hedef boy ile uyumu, sonografik veriler, birlikte değerlendirilerek karar verilmelidir. Kesitsel değerlendirmede karar vermekte zorlanılan olgularda izlem ile doğru karara ulaşılabilir.

Uzmanına Danışalım: Ne Zaman Malignite Düşünelim?

Doç. Dr. Dildar Bahar Genç

Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Onkolojisi Kliniği, İstanbul

Erişkinlerin sık görülen kanser çocuklarda nadir bir hastalıktır. Ülkemizde kabaca 0-18 yaş arası yıllık kanser insidansı 13/100.000 olarak bildirilmiştir. Erişkinlerde bu oran 227/100.000 civarıdır. Çocukluk çağı kanser belirti ve bulguları nonspesifik olup (Tablo-1) diğer daha sık görülen çocuk hastalıklarını taklit edebildiğinden ayırıcı tanıda ilk olarak akla kanser gelmez ve dolayısıyla çocuk kanserleri erken teşhis almaz. Çocuk kanserlerinde sağkalım %80'ler düzeyine ulaştığından erken teşhis prognozun iyileşmesine ve daha da önemlisi tedavi yoğunluğunun daha düşük olmasıyla yan etkilerin azaltılmasına katkıda bulunabilir.

Jaffe ve arkadaşlarının çalışması çocuk kanser hastalarının %7.3'ünün acil servislerde tanı aldığını göstermiştir. Bu sonuç kısmen birinci basamak tıbbi süreçte aksamayı yansıttığı için primer hekimlerin, hem de acil serviste eksiksiz bakım için acil hekimlerinin eğitilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Özgül bulgu ve belirtileri olan hastalar (retinoblastomda lökokori, lösemide ekimoz ve kemik ağrısı ve nöroblastomda opsoklonus-miyoklonus sendromu gibi, Tablo-2)) bekletilmeden ilgili bölümlere sevkedildiğinden burada çocukluk çağında kanser belirtisi olabilecek genel belirtilere yaklaşım özetlenmektedir.

Ateş:

Çocukluk çağında ateş en sık olarak enfeksiyona bağlıdır. Klasik olarak ateş malinitenin bir sebebi olarak kabul edilse de, çocuk kanserlerinde nadiren tek başına bir belirtidir. Ateşin 7 günden uzun sürmesi, nonspesifik tedaviye yanıtsız oluşu ve belirgin bir sebep olmaması kanser düşündürmelidir. Ateş kanserin kemik iliğini infiltre etmesi ya da kanserin immün sistem baskılaması sonucunda gerçekten iyileşemeyen infeksiyonlara bağlı olabilir. Bunun yanı sıra kanserin kendisi immün/inflamatuar yolaklar aracılığıyla ateşe sebep olabilir. Ateş+anemi+purpura lösemili hastaların üçte ikisinde bir arada gözlenir. Ateşin tek başına görüldüğü malinite sıklıkla lenfomadır. Bu hastalarda B semptomu adı verilen gece terlemesi ve kilo kaybının ayrıca kaşıntının sorgulanması malinite için ipucu sağlayabilir.

Lenfadenopati (LAP):

Lenfadenopati ayırıcı tanısında malinite her zaman yer almalıdır ancak çocukluk çağında lenf nodlarının fizyolojik boyutlarda palpabl olabildiği ve LAP'ların büyük bir çoğunluğunun malinite dışı sebeplere bağlı olduğu unutulmamalıdır. Lenf nodu palpasyonunda o bölge için boyut sınırına ve kıvamına dikkat edilmelidir. Hastanın beden bakısı ve muayenesi ile bir tanı konulabilirse buna yönelik tedavi ve ailenin bilgilendirilmesi yeterlidir. Hastada tanı ilk bakıda konulamazsa birinci basamak tetkikler (tam kan sayımı, periferik yayma, sedimentasyon hızı, akciğer grafisi) yapılmalıdır. Eğer bu testlerde patoloji yoksa, hastanın genel durumu iyi ise, supraklaviküler ya da <3 cm lenfadenopati değilse hasta 2 hafta izlenebilir. Buna rağmen lenfadenopatide küçülme yoksa, sistemik bulgular varsa, sert ağrısız büyük ya da atipik lokalizasyonda LAP ise hastada ileri tetkik yapılması gerekir. Ultrason incelemesinin tedavi algoritmasındaki rolü kısıtlıdır. Daha çok abseleşme varlığında infeksiyon düşündürebilir ki bu durum fizik muayene ile de fark edilebilir. Ultrasonun esas olarak lenfadenopati ve diğer lezyonların ayrımında önemli rolü vardır (hemanjiom Vs. LAP gibi). Yapılan testler etiyolojiyi aydınlatmada yetersizse;

- İnfeksiyon olmadan kronik, ısrarcı, progresif LAP
- İnfeksiyon bulgusu olmaksızın 2.5 cm'den büyük LAP
- Supraklaviküler adenopati
- Sistemik bulgular
- İnfeksiyonla açıklanamayan sitopeni

varlığında biyopsi yapılması önerilir ancak biyopsinin her türlü moleküler, sitolojik ve histopatolojik incelemeyi yapabilecek ve yandal uzmanlarının olduğu deneyimli merkezlere yönlendirilmesi uygundur.

Baş ağrısı:

Başağrısı çocuklarda sık bir kanser belirtisidir. Gece uykudan uyandıran ya da sabah uyanınca ortaya çıkan başağrıları beyin tümörü açısından uyarıcı olmalıdır. Özellikle sabah kusmaları ve kusma sonrası ağrıda rahatlama gözleniyorsa intrakranyal basınç artışı

yönünden mutlaka göz dibi incelemesi ve görüntüleme yapılmalıdır. Hastada okul başarısında düşme, iritabilite, kişilik değişiklikleri, uykuya meyil, nöbetler, görme bozuklukları, dengesizlik, büyüme gelişmede duraklamanın sorgulanması ek destekleyici ipucu sağlayabilir. Dengesizlik; göz bulguları olmadan nöroblastoma bağlı opsoklonu-miyoklonus tablosunda da görülebilir. Altı aydan uzun süren başağrısı varlığında herhangi bir nörolojik bulgu ya da belirti gelişmediyse beyin tümörü ayırıcı tanıda ilk sırada düşünülmez.

Kemik/yumuşak doku ağrısı:

Genelde bir yumuşak doku şişliğinin takip ettiği kemik ağrısı malinite açısından sık bir belirtidir. Ağrı sıklıkla gece uykudan uyandırır. Generalize kemik ağrısı daha çok kemik iliği infiltrasyonunu düşündürür. Hematolojik malinitelerde ve kemik iliğine metastaz yapmış solid tümörlü olgularda sürekli keyfisiz, huzursuz, yere basmak istemeyen ya da fiziksel aktivitelerden sakınan bir çocuk vardır, bu hastalarda çoğunlukla eşlik eden diğer konstitüsyonel belirtiler ya da primer bir kitle mevcuttur. Lokalize ağrılar daha çok sarkomatoz tümörlerde görülür. Müsküloskeletal ağrıların değerlendirilmesinde kafa karıştırıcı antitelerden birisi büyüme ağrısıdır. Literatürde varlığı ve terminolojisi hakkında hala tartışmaların devam ettiği bu tabloda yoğun fiziksel egzersiz sonrası gece simetrik alt ekstremite ağrıları gözlenir. Ağrı masajla ya da analjezik tedavi ile rahatlar. Neoplastik ağrılar asimetrik olabilir, bu tedavilerden başlangıçta fayda görse de zamanla ağrının şiddeti artar ve topallama gibi diğer bulgular eklenir. Kemik tümörü teşhisi konulan çocukların çoğunda travma hikayesine rastlanır, bu yaşlarda travma sık görülebilir. Öykü ile orantısız ağrı varlığında akla malinite gelmelidir. Müsküloskeletal belirtiler arasında sırt ağrısı özel bir ilgiyi hak eder. Çocuklarda sırt travma veya zorlanmaya sık maruz kalan bir bölge değildir ve aksi ispatlanana dek sırt ağrıları malinite açısından değerlendirilmeli ve detaylı nörolojik muayene yapılmalıdır. Sırt ağrısı spinal kord basısının ilk bulgusu olabilir ve tanıda gecikme geri dönüşümsüz sinir hasarına sebep olabilir.

Kanama:

Nispeten erken tanı koyduran belirtilerinden biri de kanamadır. Çoğunlukla hematolojik malinitelerde ve kemik iliği infiltrasyonuna bağlı görülür. Ayırıcı tanıya kanama diyatezi yapan hastalıklar girdiği için genelde erken dönemde kan sayımı yapılmasıyla tanı konulabilir. Burun kanamalarında kanamanın tek taraflı olması ve hep aynı taraftan kanama olması daha çok lokal sebeplere işaret eder. Çocukluk çağında tibia üzeri ekimozlar sıklıkla görülür ve normal kabul edilir, yumuşak dokunun bol olduğu yerlerde kanama olması araştırmaya gerektirir. Vajinal kanama, hematüri veya diğer lokal organ kanamalarında hematolojik parametreler normal sınırlarda bulunuyorsa tümörden kanama, örn; Wilms tümörü, vajinal rabdomiyosarkom, görüntüleme ile dışlanmalıdır.

Kilo kaybı/iştahsızlık/halsizlik:

İştahsızlık çocukluk çağında doktora başvurunun en sık sebeplerinden biridir. İştahsızlığın yeni gelişmiş olması ve son 3 ayda %10'dan fazla istem dışı ya da nedeni bilinmeyen kilo kaybı malinite olasılığını düşündürmelidir. Halsizlik ve yorgunluk daha çok lösemi ve lenfomalarda görülen bir belirtidir. Çocuk her zaman oynadığı oyunlara katılmak istemez, oyunu çabuk bırakır ya da sık sık dinleme ve uyuma ihtiyacı duyar. Muayenede solukluk ve genellikle kan sayımında sitopeni, en sık anemi, fark edilir.

Nöbet:

Beyin tümörleri açısından akılda tutulması gereken nöbetler genelde parankimal tutulum yapan ve glionöronal tümörlerle birlikte görülür. Refrakter, fokal nöbet ve eşlik eden kanser predispozisyonu sendrom varlığında görüntüleme endikasyonu vardır. Disembiryoplastik nöroepitelyal tümörler uzun süreli, ilaca dirençli nöbetlerle karakterizedir. Tümörden kaynaklanan morbiditeler (uygunsuz ADH sendromu, Diabetes insipidus gibi) metabolik bozukluk yaparak generalize nöbetlere sebep olabilir.

Kusma/İshal:

Kusma beyin tümörleri için önemli bir belirtidir. Başğrısı bölümünde ayrıntılı olarak anlatılmıştır. Çocukluk çağında sık görülmese de gastrointestinal stromal tümörler gibi primer sindirim sistemi tümörleri de kusma ile ortaya çıkabilir. Ayrıca mediasten kaynaklı lenfadenopati ve kitleler, batın kitleleri dışarıdan bası yaparak sindirim pasajını engeller ve kusmaya sebep olur. Bu tür olgularda genelde kusma giderek şiddetlenir ve eşlik eden karın ağrısı da mevcuttur**.** Hormon üreten tümörlerle (karsinoid tümörler, VIP üreten nöroblastom) paraneoplastik sendromlara bağlı, lenfomada gastrointestinal sistem tutulumuna bağlı ya da primer sindirim sistemi tümörleriyle tedaviye dirençli refrakter ishaller görülebilir.

Kitle:

Kitle şikayeti ile başvuran hastaların çocuk onkoloji uzmana yönlendirilmesi gerektiği aşikardır. Önemli nokta hastanın uygun merkezle önceden görüşülerek yönlendirilmesi ve transferine engel olabilecek tıbbi durumların önceden belirlenmesidir. Örneğin, mediasten kitlesi tespit edilen bir hasta süperior vana cava sendromu açısından veya masif kitlesi olan hastalar tümör lizis sendromu açısından uygun tedbirler alındıktan sonra nakledilemelidir. Ekstermite kitlesi ya da intrakranyal kitle gibi diğer disiplinleri ilgilendiren durumlarda hastanın öncesinde mutlaka çocuk onkolojisi branşı tarafından değerlendirilmesi önerilir.

KANSER RİSKİ YÜKSEK ÇOCUKLAR

Çocuk sağlığı ve hastalıkları ve aile hekimlerine düşen diğer bir görev bilinen ailesel kanser yatkınlığı yaratan sendromlar varlığında kanser gelişmeden önce hastaların izlemi, taranması ya da uygun merkezlere yönlendirilmesidir. Ne yazık ki bu tür sendromu olan hastaların önemli bir kısmı fenotipik özellikleri ya da klinik öyküleri uyarıcı olmasına rağmen altta yatan hastalıklarını kanser teşhisi konulduktan sonra öğrenmektedirler.

Tablo-1-ÇOCUKLUK ÇAĞI KANSER BULGU VE BELİRTİLERİ

Bulgu/Belirti	Olası Malinite
Genel kırıklık, ateş, LAP	Lenfoma, lösemi, EWS, NBL
Baş, Boyun	
Başağrısı, bulantı, kusma	Beyin tm, lösemi
Ateşli nöbet	Beyin tm
Kulak ağrısı	Yumuşak doku sarkomu
Rinit	Yumuşak doku sarkomu
Epistaksis	Lösemi
Farenjit	Yumuşak doku sarkomu
Adenopati	NBL, tiroid, yumuşak doku sarkomu, lenfoma, lösemi
Toraks	
Ekstratorasik yumuşak doku kitlesi	Yumuşak doku sarkomu, PNET
Ekstratorasik kemik kitle	EWS, NBL
İntratorasik LAP	Lenfoma, lösemi
Batın/pelvis	
Eksternal; yumuşak doku	Yumuşak doku sarkomu, PNET
İnternal; ishal, kusma, hepatomegali ve/veya splenomegali	NBL, lenfoma, hepatik tümör, lösemi
Genitoüriner	
Hematüri	Wilms tümörü, yumuşak doku sarkomu
İşeme zorluğu	Prostat/mesane sarkomu
Vajinit	Yumuşak doku sarkomu
Paratestiküler kitle	Yumuşak doku sarkomu
Müsküloskeletal	
Yumuşak doku kitlesi	Rabdomiyosarkom, diğer yumuşak doku sarkomları, PNET
Kemik kitle/ağrı	Osteosarkom, EWS, NHL, NBL, Lösemi

ÖNERİLER

Somut bir malinite şüphesi olmayan ancak izlemde net tanı konulamamış hastalar aileye bilgi verilmeden çocuk onkoloji polikliniklerine yönlendirilebilmektedir. Hastaların bir kısmı birinci basamak tetkikleri yapılmadan ya da ayrıntılı öyküleri alınmadan sadece ultrason raporuyla başvurmaktadır Bu hastalar kanser hastalarıyla aynı ortamda bulunduklarından hem çocuk hasta hem de ebeveynler açısından psikolojik travmaya sebep olmaktadır. Kliniğimizden yapılan bir çalışmada malinite şüphesi ile gönderilen lenfadenopatili hastalarda kanser bulunma oranı %5'tir.Diğer tarafta ise gerçekten malinite şüphesi olan hastaların merkezi randevu sistemine yönlendirilmesi hastanın randevu tarihine kadar tedavisiz kalmasına, tedavi gecikmesine ve hatta ölümüne sebep olabilir. Bu nedenle kanser şüphesi olan durumlarda hastanın karşılıklı iletişim içinde yönlendirilmesi hasta güvenliği açısından daha uygundur. Ayrıntılı öykü, muayene ve testlere rağmen tanının belirsiz olduğu durumlarda ayırıcı tanıda malinite birinci sırada değilse hastaların üçüncü basamak hastanelerin genel pediatri polikliniklerine yönlendirilmeleri önerilir.

Sonuç olarak çocuk kanserlerinde belirti ve bulguları genel çocuk hastalıklarında görülen spektrumla benzerdir. Özgül belirti ve bulgular yoksa makul bir bekleme süresi sonrası şikayetlerde gerileme olmaması hekimi uyarıcı en önemli ipucudur. Çocuk hastaların birinci basamak değerlendirmesi yapılmadan şikayetlerine göre branşlara başvurmaları (diz ağrısı olan hastanın ilk olarak ortopediye ya da kusması olan hastanın gastroenterolojiye başvurması) tanı gecikmesine sebep olabilir. Çocuk sağlığı izleminde birincil değerlendirmenin çocuğu takip eden hekim tarafından yapılması malinite yönünden uyarıcı bulgu ve belirtilerin erken fark edilmesinde rol oynayabilir.

Tablo-2- ÖZGÜL KANSER DÜŞÜNDÜREN BULGULARIN YÖNETİMİ

Bulgu/Belirti	Laboratuvar/Görüntüleme / Konsültasyon	Ana ilişkili tümör
*Hipertansiyon	Lab, PA AC, Batın USG	Renal ya da adrenal tümör, nöroblastom
*İstemsiz ani başlangıçlı kilo kaybı	Lab, Batın USG	Tüm maliniteler
*Peteşi	TKS, PY	Lösemi, nöroblastom
*Antibiyotiğe yanıtsız LAP	TKS, PY, PA AC, biyopsi	Lösemi, lenfoma
Endokrin bozukluklar		
*Büyüme geriliği	Hormonal tetkikler	Hipofiz tümörleri
*Elektrolit bozukluğu	Hipotalamik bölge görüntülemesi	Hipotalamik tümörler
*Seksüel bozukluk	Batın görüntüleme	Gonadal tümörler
*Cushing sendromu	Endokrin konsültasyon	Adrenal tümörler
Beyin	Nöroloji/nöroşirürji konsültasyonu, görüntüleme	Beyin tümörü
*Başağrısı, sabah kusması		
*Kranyal sinir felci, ataksi		
*Dilate pupil, papilödem		
*Afebril nöbetler		
*Halüsinasyon, afazi		
*Tek taraflı güçsüzlük, felç		
BAŞ/BOYUN	Göz konsültasyonu	Retinoblastom, metastatik rabdomiyosarkom, nöroblastom
*Lökokori, proptoz, körlük		
*Atipik göz hareketleri		
*İntraorbital kanama		

*Dış kulak yolunda bombelik, kitle	TKS, PY ve görüntüleme	Langerhans hücreli histiositoz, rabdomiyosarkom
*Mastoid hassasiyeti, şişlik		
*Yüzde ve boyunda şişlik	TKS, PY ve görüntüleme	Mediastinal tümörler
*Farenjeal kitle	TKS, PY ve görüntüleme	Rabdomiyosarkom, lenfoma, nazofarenjeal karsinom
*Periodontal kitle, gevşek diş	Dental konsültasyon, görüntüleme	Langerhans hücreli histiositoz, Burkitt lenfoma, nöroblastom, osteosarkom
Toraks	TKS, PY ve görüntüleme	Yumuşak doku sarkomu, mediastinal tümör, metastatik tümör
*Ekstratorasik: kitle		
*İntratorasik: Öksürük, ateş astım, allerji öyküsü olmadan dispne		
Batın/pelvis	TKS, PY ve görüntüleme	Wilms tm, yumuşak doku sarkomu, nöroblastom, hepatoblastom, hepatoselüler karsinom
*İntraabdominal kitle		
Genitoüriner	TİT, TKS, PY, batın USG	Germ hücreli tümör, rabdomiyosarkom, adrenal tümör
*Testis, vajina kitlesi		
*Maskülinizasyon, feminizasyon	Hormonal tetkikler	
Müsküloskelatal	TKS, PY, görüntüleme	Osteosarkom, Ewing sarkomu, lösemi, nöroblastom, yumuşak doku sarkomu
*Yumuşak doku/kemik kitle/ağrısı		

Prematüre Beslenmesinin Bugünü ve Geleceği

Prof. Dr. Mehmet Yalaz
Ege ÜTF Neonatoloji BD, İzmir

Prematüre bebeklerin klinik sorunlarının ağır olduğu ilk haftalarda optimal beslenmeleri genellikle sağlanamamaktadır. Protein, enerji, diğer besin öğeleri ile suboptimal beslenen prematüre bebeklerin nörogelişimsel olarak olumsuz etkilenecekleri ifade edilmektedir. Yaşamın ilk haftasında alınan her bir kilokalori enerji Bronkopulmoner Displazi (BPD), NEK, geç sepsis ve nörodevelopmental yetersizlikte % 2 azalma sağlar. Yaşamın ilk haftasında alınan her 10 kilokalori 18.ayda 4.6 puan Mental Developmental Index (MDI) artışı ve her 1 gram protein 18. ayda 8.2 puan MDI artışı sağlar.

Bu nedenle son yıllarda erken agresiv total parenteral beslenme ile katabolizma önlenmeye ve açıklar azaltılmaya çalışılırken olabildiğince erken anne sütüne başlanması ve olabildiğince oyalanmadan anne sütü alımının artırılması önemle vurgulanmaktadır ve riskli küçük bebekler için minimal enteral beslenme önerilmektedir[1]. Enteral beslenmenin mümkün olmadığı çok küçük çok hasta bebeklerde bile kolostrumla ağız bakımı ve minimal enteral beslenme yapılmalıdır. Sadece anne sütü ile beslenen bebekler çok daha hızla tam enteral beslenmeye ulaşırlar, infeksiyon sıklıkları ve NEK azalır ve daha erken taburcu olurlar.

Minimal enteral beslenme: Stabil prematürede ideali ilk gün anne sütü, 10-20 ml/kg/gün başlanır, 20-35 ml/kg/gün artırılır. Anne sütü yoksa damar yolu ile beslenirken 24-4 saat beklenebilir, gene yoksa formulaya başlanır. European Society of Pediatric Gastroenterology and Nuttition (ESPGHAN) anne sütü yokluğunda ikinci seçeneğin banka sütü olacağını belirtse de ülkemizde henüz anne sütü bankası kurulabilmesi için gerekli bürokratik engeller aşılamamıştır[2]. Minimal enteral beslenme 3-7 günden uzun tutulmamalıdır. Erken beslenen ve daha hızlı artırılanlarda doğum ağırlığına ve tam enteral beslenmeye geçiş daha erken olmuştur. Günlük hacim 50-100 ml/kg' a erişince anne sütü güçlendirilmesi başlanır. Hedef hacim >150 ml/kg/gün ve hedef kalori >120 Kcal/kg/gündür.

ANNE SÜTÜNÜN SAĞILMASI

İlk süt sağma işlemi hemen, hatta doğumhanede gerçekleştirilmelidir. Çünkü term bebekler de annelerini ilk bir saatte emerler. Elde edilen kolostrum ile ilk günden itibaren ağız bakımı yapılabilir. En kısa sürede kolostrum ile minimal enteral beslenme başlanmalıdır. Her iki saatte bir yanak mukozasına iki taraflı olarak 2 diziyem anne sütü injekte edilen bebeklerde mortalitenin ve infeksiyon sıklığının azaldığı ve immun yanıt parametrelerinin olumlu etkilendiği gösterilmiştir[3]. Özellikle kolostrumun ilk gün elle sağılması önerilmektedir, zira pompa ile sağıldığında setlerde kalan miktar ziyan olacaktır.

Kolostrum elde etmek için 1-2 saat arayla ve 10-15 dakika sağmak yeterlidir. Bir diğer öneri ise, son damladan sonra iki dakika daha (memelerin tam boşalması için) sağılmaya devam edilmesidir. Süt yapımını artırmak için 24 saat içinde en az 6 tercihen 8-12 kez (bunların en az biri gece olmak üzere) sağılmalıdır.

Sağılması hedeflenen anne sütü miktarı ilk gün 15 ml, 4-7.günlerde 500-600 ml/gün, >7 gün: 1000 ml/gün olarak belirlenir. Günde ortalama 150 (200) ml/kg süt sağılması gerekir. Ünitede süt sağma için uygun ortam sağlanmalıdır. İdeali otomatik elektrikli çift pompa ile aynı anda iki göğsün sağılmasıdır. Prematüre annelerine tecrübeli bir laktasyon hemşiresi emzirme ve süt sağma konularında eğitim vermelidir. Prematüre annelerinde süt yapımının ve miktarında artmanın daha geç olacağı ve erken dönemde az miktarlardaki sütün yeterli olduğu söylenmeli ve süt sağmasına yardımcı olunmalıdır. Bebeğin taburculuktan sonraki ihtiyaçları için ilk günden itibaren sağılan ancak verilemeyen sütlerin uygun ortamda saklanması ve sağılan sütün hastaneye/üniteye soğutucuda ulaştırma konusunda bilgilendirilmelidir. Tam boşalmayan memelerde süt yapımı azalacağından, memelerin tam olarak boşaltılması gerektiği anlatılmalıdır.

Anne taburcu edildikten sonra sağma işlemine evde devam etmelidir.

SAĞILMIŞ ANNE SÜTÜNÜN SAKLANMASI

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı'nın sağılmış sütün saklanması ile ilgili önerileri oda ısısında 3 saat, buzdolabı rafında 3 gün, derin dondurucuda (-18 derece altında) 3 aydır. "The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee (2010)" önerisi ise <-17 derecede saklamak koşuluyla derin dondurucuda 6 ay, hatta 12 ay saklanabileceği yönündedir.

SAKLANAN SÜTÜN KULLANILMASI

Hastanede saklanan anne sütlerinin üzerinde mutlaka isim ve tarih yazılı olmalıdır. Buzdolabındaki en eski sütten başlayarak kullanılmalıdır.

Dondurulmuş sütü çözmenin en iyi yolu bir gece önceden buzdolabı rafına koymaktır. Diğer yöntemler, dolaptan çıkarıp ılık akan suyun altına tutmak veya ılık su dolu bir kabın içine oturtmaktır (benmari). Ancak çözme sırasında sütün su ile temas

etmemesine dikkat edilmelidir. Mikrodalga ile çözme, anne sütündeki antienfektif özellikleri ortadan kaldırdığından önerilmez. Dondurulmuş süt eritilip oda ısısına geldiğinde bakteriyel çoğalmayı önleme özelliği azalır, birkaç saatten uzun süre oda ısısında bırakılmamalı, tekrar dondurulmamalıdır. Eritilmiş anne sütü 24 saat buzdolabında korunabilir.

SAĞILMIŞ ANNE SÜTÜNÜN SONDA İLE VERİLMESİ

Sağılmış anne sütü sonda ile bebeğe verilirken (sağılma, saklama ve veriliş yöntemine bağlı olarak) bazı kayıplara uğrar. Örneğin anne sütü içindeki yağ, enjektörün çeperine yapışarak ciddi enerji kaybına yol açabilir. Bunun engellenmesi için enjektörün dik konumda tutulması önerilmektedir. Anne sütünün enjektörde üç saat ışığa maruz kalması, anne sütündeki riboflavinin % 50, A vitamininin % 70 azalmasına yol açar.

ANNE SÜTÜ GÜÇLENDİRİLMESİ

Ticari anne sütü güçlendiricileri ile çoğu küçük sayıda hasta gruplarında yapılan çalışmalarda bu ürünlerin kullanılmasının sadece anne sütü alan bebeklere göre büyümeyi hızlandırmak ve mineralizasyonu sağlamakta yararlı oldukları saptanmıştır[4]. Güçlendiricilerde glikoz polimerleri, MCT, protein, Ca, P, Mg, Na, K ve vitaminler (A,C,E,K) mevcuttur. Anne sütü ortalama protein değeri 1.2 g/100 ml kabul edildiğinde güçlendirilmiş anne sütünün 140-160 cc/kg/gün miktarında alınması ile bebeğe 2.8-3.2 gr/kg/gün protein ve 140-150 kcal/kg/gün kalori ve 2.6- 3.1 : 100 kcal protein / enerji oranı sağlanır. Böylece 1500 gramdan küçük yani çok düşük doğum ağırlıklı bebekler osteopeni, hipoalbuminemi ve yavaş kilo alımından korunmuş olurlar. Yatış sürelerinin azaldığı; NEK sıklığının farklı olmadığı saptanmıştır. Kazanılan kilo, boy, baş çevresi büyüme hızında artış ve tam ispatlanamamış olan kemik mineralizasyonundaki artışın kısa süreli mi yoksa uzun süreli mi olacağı tartışmalıdır. Cochrane metanalizde Ca ve P destekli çoklu güçlendiriciler ile sadece anne sütü alan bebeklere göre kemik mineral içeriğinin uzun süreli olumlu etkilenmesinin tam olarak kanıtlanamadığı belirtilmekte ancak yan etkilerin olmaması nedeniyle bu uygulamanın sürdürülmesi desteklenmektedir. Güçlendirilmiş anne sütü ile güçlendirilmemiş anne sütü ile beslenmeye göre nörogelişimsel olarak fazladan bir kazanım sağlanamaktadır.

Özellikle 1000 gramdan küçük bebeklerde güçlendirilmiş anne sütü kullanılmasına rağmen ayrıca protein suplementasyonu da gerekebilir. Çünkü güçlendirilmiş anne sütü alan bebeklerin bile preterm formulası ile beslenen bebeklerden daha yavaş büyüdükleri ve düşük BUN değerleri olduğu gösterilmiştir. Protein kaynağı olarak Protein supplement kullanılır.

Anne sütü bazlı güçlendiriciler: Güçlendiricilerin inek sütü yerine anne sütünden elde edilmiş ürünlerle oluşturulması da son yıllarda üzerinde durulmakla birlikte yüksek maliyet nedeniyle henüz pratik uygulamaya girmesi zor görünmektedir. Kendi annesinin sütü ya da eğer yoksa donör anne sütünün anne sütü bazlı güçlendiricilerle desteklendiği bebeklerde inek sütü bazlı güçlendirici ile desteklenen anne sütü ya da preterm formulası alanlara göre NEK ve cerrahi gerektiren ağır NEK sıklığının azaldığı gösterilmiştir.

Anne sütü güçlendirilmesinde temel öneriler:

Endikasyon: <1500 gram ve <32 haftada- mutlaka; <1850-2000 gram ve <34-35 hafta-opsiyonel

Başlama zamanı:50-100 ml/kg enteral beslenmeye ulaşıldığında

Başlama şekli: 1-2 ölçek ile başlanıp bir kaç gün içinde arttırılabilir ya da 4 ölçek/100ml başlanır.

İzlem parametreleri: Büyüme (Kilo,boy, baş çevresi), BUN, prealbumin, albumin, sodyum, kalsiyum, fosfor, alkalen fosfataz düzeyleri

Hedef: BUN >10 mg/dl olmasıdır.

Tam güçlendirmeye rağmen BUN<10 mg/dl ise protein desteği artırılmalıdır. Protein suplementasyonu 0,4, 0,8-1,2 gram olarak eklenir.

Süre: Genellikle taburculuğa ya da tercihan bebek 1800-2500 gram oluncaya kadar, ancak büyümeyi yakalayamayan bebeklerde postkonsepsiyonel 52 haftaya kadar, gerekiyorsa daha uzun süre kullanılır.Taburculuk sonrası kullanımının uzun süreli etkisi ile ilgili henüz yeterli kanıt birikimi oluşmamıştır.

Güçlendirici eklenen sütün saklanması:

Kontaminasyon riski nedeniyle güçlendirici eklendikten sonra süt buzdolabında bir öğünlük porsiyonlar halinde enjektörde saklanmalı ve en geç 24 saat içinde tüketilmelidir.

Anne sütü güçlendiricilerinin bireyselleştirilmiş kullanım yöntemleri:

Bebeklerin büyüme hızlarında, metabolizmalarındaki farklılıklar yanı sıra her annenin sütünün ve hatta her örneğin içeriğindeki farklılıklar **standard güçlendirme** yerine bireyselleştirilmiş güçlendirme yöntemleri önerilmiştir.

(Endnotes)

1 Tyson JE, Kennedy KA (2000) Minimal enteral nutrition for promoting feeding tolerance and preventing morbidity in parenterally fed infants. Cochrane Database Syst Rev:CD000504

2 ESPGHAN Committee on Nutrition, Arslanoglu S, Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V, et al. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2013 Oct;57(4):535-42. doi: 10.1097/MPG.0b013e3182a3af0a. Review. PubMed PMID: 24084373.

3 Lee J, Kim HS, Jung YH, Choi KY, Shin SH, Kim EK, Choi JH. Oropharyngeal colostrum administration in extremely premature infants: an RCT. Pediatrics. 2015 Feb;135(2):e357-66. doi: 10.1542/peds.2014-2004. PubMed PMID: 25624376.

4 Kültürsay N. Anne sütünün zenginleştirilmesi "Danone Enstitüsü Türkiye Derneği Beslenme serileri" No.3 içinde (ed). Selimoğlu A. ISBN 978-605-60870-2-8. Diasan Basım Form matbaacılık İstanbul. 2011;49-67.

Olgularla Tam Kan Sayımı Değerlendirilmesi

Prof. Dr. Mehmet Ertem

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Ankara

Tam kan incelemesi en çok istenen laboratuar incelemesidir. En sık istenen bu laboratuar incelemesinin sağlıklı değerlendirilmesi çok önemlidir. Çocuklarda tam kan incelemesinin normal sınırları erişkinlerden belirgin farklılık gösterdiği gibi çocukluk çağında yaşa göre de farklılıklar gösterir. Bu nedenle tam kan sayımının çocuklarda sağlıklı olarak yorumlanabilmesi için yaşa göre olan bu hematolojik değişikliklerin ve normal sınırlarının bilinmesi gereklidir. Kongre konuşmasında çeşitli olgular sunulup tam kan sayımının değerlendirilmesinde karşılaşılabilen bazı sorunlar tartışılacaktır. Bu yazıda ise tam kan parametrelerinin çocukluk çağına özgü farklılıkları vurgulanmaya çalışılacaktır.

Hemoglobin/hematokrit normal değerleri. Hemoglobin ve hematokrit değerlerinin normal sınırları yaşa göre değişir (tablo 1). Tanım olarak hemoglobin değerinin belli bir yaş için eksi iki standart deviasyondan (-2SD) daha düşük olması ANEMİ ve +2SD'dan daha fazla olması da POLİSTEMİ olarak tanımlanır. Hemoglobin ve hematokrit değerleri birbirleri ile bağlantılı değişim gösterir ve normalde hematokrit değeri hemoglobin değerinden yaklaşık 3 mislidir. Ancak anemi ve polistemi tanımlarının hemoglobin değerine göre yapılması gereklidir. Bu nedenle bu yazıda sadece hemoglobin değerlerindeki değişiklikten bahsedilecektir. Hemoglobin değeri doğumdan sonraki ilk 3 gün en yüksek seviyededir ve bu dönemde ortalama hemoglobin değeri 18.5 g/dL iken anemi, Hb'nin 14.5 g/dL'den daha düşük olması olarak tanımlanır. İlk 3 günden sonra hemoglobin değerleri yavaş yavaş azalma gösterir ve yaklaşık 2'nci ayda "fizyolojik anemi" olarak tanımlanan en düşük normal değerlere sahiptir. Bu dönemdeki ortalama Hb değeri 11.5 g/dL ve anemi sınırı da 9.0 g/dL'dir. Bu dönemden sonra geçici olarak durmuş olan eritropoezin tekrar aktif hale gelmesiyle birlikte Hb değerleri yavaşca yükselme gösterir. Tablo 1'de görüldüğü gibi 6'ncı aydan sonra anemiyi tanımlayan hemoglobin sınırı yaş gruplarına göre sırası ile 10.5, 11.0, 11.5 ve 12.0 g/dL olacak şekilde yükselme gösterir. Çocukluk çağında cinsiyete göre hemoglobin değerlerinde fark olmamasına karşın puberte ile birlikte hormonal etki nedeniyle kadın ve erkek arasında Hb'nin normal sınırları farklılık gösterir. Anemi, erişkin kadınlarda hemoglobinin 12.0 g/dL'den, erişkin erkeklerde ise 13.5-14.0 g/dL'den daha az olması olarak tanımlanır.

Eritrosit indeksleri.

Ortalama eritrosit volümü (OEV). Ortalama eritrosit volümü (mean corpuscular volum-MCV) bir eritrositin ortalama büyüklüğünü tanımlar ve birim olarak femtolitre (fl veya 10^{-15}L) ile belirtilir. Ortalama eritrosit volümü aneminin ayırıcı tanısında kullanılan en önemli parametrelerden birisidir. İki standart deviasyondan daha düşük (-2SD) olan değerler mikrositoz ve daha daha büyük (+2SD) olan değerler ise makrositoz olarak tanımlanır. Çocukluk çağındaki normal MCV değerleri genelde erişkinlerden daha düşüktür ve yaşa göre değişim gösterir. Ancak yenidoğanlarda, fetal eritrositlerin bir özelliği olarak MCV oldukça yüksek olup ortalaması 108 fl ve mikrositoz sınırı 95 fl'dir. Doğumdan sonra fetal eritrositlerin yıkımı ve yerini adult tip eritrositlerin alması nedeniyle MCV değeri giderek düşer ve en düşük olduğu seviyeye 6 ay civarında gelir (ortalama: 78 fl ve –2SD: 70 fl). Bu dönemden sonra MCV değerleri yaşla birlikte tablo 1'de görüldüğü şekilde yavaşca yükselerek erişkin değerlerine gelir. Erişkinlerde ortalama MCV değeri 90 fl olup normal sınırları 80 ila 100 fl arasındadır. MCV'nin üst sınırı (+2SD) 1 yaştan sonra 84 fl'e her yıl için 0.6 fl eklenerek pratik olarak hesaplanabilir.

Ortalama eritrosit hemoglobini (OEH). Ortalama eritrosit hemoglobini (mean corpuscular hemoglobin-MCH), bir eritrositdeki ortalama hemoglobin miktarını kantitatif olarak gösteren bir parametredir ve birim olarak pikogram (pg veya 10^{-12} g) ile belirtilir. Normal MCH değerine sahip eritrositler normokromik, -2SD'dan daha düşük değerlere sahip olanlar hipokromik ve +2SD'dan daha yüksek olanlar hiperkromik olarak tanımlanır. Erişkinlerde MCH'nın normal sınırları 27 ila 32 pg arasındadır. Çocuklarda ise MCV değerleri ile orantılı olacak şekilde tablo1'de görüldüğü gibi daha düşük değerlerdedir ve yaşla birlikte yavaşca erişkin değerlerine yükselir.

Ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (OEHK). Ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (mean corpuscular hemoglobin concentration-MCHC), bir eritrositteki ortalama hemoglobin konsantrasyonunu gösterir ve birimi bir desilitre eritrositteki hemoglobinin gram olarak miktarı ile (g/dL RBC) belirtilir. Ortalama MCHC değeri çocukluk çağında yaklaşık 33 g/dL seviyesinde stabil seyreder. MCHC değerinin yüksek olması eritrositlerin dehidrate olduğunu gösterir. Herediter sferositoz gibi küçük ve hemoglobinden yoğun hücrelerin (sferosit) varlığında MCHC değeri genelde 35 ila 36 g/dL'den daha yüksek olarak bulunur ve tanıya yardımcı olur.

"Red cell distribution with (RDW)". Eritrosit dağılım genişliği (RDW), eritrositlerin büyüklük farklılığını (anizositoz) tanımlar. Çocukluk çağında ve erişkinlerde normal RDW değerleri değişmez ve sınırları %11.5 ila 14.5 arasındadır. Özellikle mikrositik anemilerin ayırıcı tanısında yararlı bir parametredir; demir eksikliği anemisinde yüksek, thalasemi taşıyıcılığında ise genelde normal değerlerdedir.

Retikülosit. Normal retikülosit değerleri % 0.5 ila 1.5 arasındadır. Yenidoğanda özellikle yaşamın ilk 3 gününde retikülosit değeri fetal yaşamdaki aktif eritropoezin göstergesi olarak % 3 ila 7 arasında görece yüksek değerlerdedir. Daha sonra fizyolojik olarak eritropoezin inaktifleşmesinin göstergesi olarak ikinci aya kadar giderek düşer ve % 0 ila 1 arasında seyreder. İkinci aydan sonra eritropoezin tekrar aktifleşmesi ile geçici bir süre hafif yüksek seyredip sonra normal değerleri olan % 0.5 ila 1.5 arasında kalır. Özellikle normositik anemilerin ayırıcı tanısında çok gerekli olan ve eritropoezin aktifliği hakkında bilgi veren bir parametredir. Retikülositin birimi genellikle "%" olarak belirtilir ve bu da periferik kandaki 1000 eritrositin yüzde kaçının retikülosit olduğunu ifade eder. Ancak anemi varlığında eritrosit sayısı azalmış olduğundan bu tanıma göre retikülosit sayısı (yüzde olarak) yanıltıcı olarak yüksekmiş gibi görünebilir. Bu yanlışlığı giderebilmek için anemi varlığında bulunan retikülosit sayısının, hastanın hemoglobin değerinin o yaş için normal (mean) hemoglobin değerine bölümü ile çarpılması gerekir. Buna göre, düzeltilmiş retikülosit= retikülosit X Hb (hasta)/Hb (normal), olarak hesaplanabilir. Ayrıca ciddi bir anemi varlığında retilülositlerin kemik iliğinden salınma süresi de yarı yarıya kısaldığı için hesaplanan "düzeltilmiş retikülosit" sayısının ikiye bölünmesi ile bulunan "retikülosit üretim indeksi (reticulocyte production index-RPI)", kemik iliğinin anemiye yanıtını daha doğru olarak yansıtır. Retikülosit üretim indeksinin 3'den daha fazla olması hemoliz veya kan kan kaybını desteklerken, bu değerin 2'den daha az olması kemik iliğinde eritrosit üretiminin (eritropoez) anemi için yetersiz veya inefektif olduğunu gösterir.

Lökosit sayısı ve formül değerleri. Lökosit sayısı çocuklarda erişkinlere göre daha yüksektir ve normal sınırları yaşa göre değişim gösterir. Erişkinlerde normal lökosit değerleri mm^3'de 4.500 ila 11.000 arasındadır. Çocukluk çağında normal lökosit sayısının en yüksek olduğu zaman doğumdan sonraki ilk 12 saattir ve bu dönemde normal sınrları (+/- 2SD) 13.000 ila 35.000/mm^3 arasındadır. Daha sonraki dönemde tablo 2'de görüldüğü şekilde lökosit sayısının normal değerleri hızla azalma gösterir ve ilk haftadan sonra sınırları 5.000 ila 20.000/mm^3 arasındadır. Burada görüldüğü gibi bu erken dönemden sonra lökosit sayısının alt sınırı erişkinlerden belirgin bir farklılık göstermese de üst sınırı belirgin olarak yüksektir. Lökosit sayısının üst sınırı da yaşla birlikte giderek azalıp zaman içinde erişkin değerlerine yaklaşır. Bu nedenle çocuklar için özellikle lökositoz tanımı kullanılırken lökosit sayısının yaşa göre değerlendirilmesi ve buna göre bu tanımın yapılması gereklidir.

Lökosit sayısının normal sınırlarının yaşa göre farklılık göstermesinin yanı sıra lökositleri oluşturan özellikle nötrofil lökositler ile lenfositlerin oranlarında da yaşla birlikte değişiklikler olur. Nötrofil lökositler yenidoğan döneminde lökositlerin ortalama %60'ını (%40 ila 80 arasında) oluşturur. Bu oran 6'ncı aya kadar giderek düşer ve bu dönemde ortalama %30 oranındadır. Daha sonra uzunca süre bu değerlerde kaldıktan sonra 4 yaşta %40, 6 yaşta %50 ve sonrasında erişkin değeri olan %55 ila 60 oranına yükselir. Lenfositler ise yenidoğan döneminde %30 oranında iken giderek artar ve 6'ncı ayda %60 oranına gelir. Erken çocukluk döneminde erişkinlerden farklı olarak lenfosit hakimiyeti varken lenfositler 4 yaşta %50, 6 yaşta %40 ve sonrasında erişkin değeri olan %30 ila 35 oranında bulunurlar. Monositler, eosinofiller ve bazofillerin oranlarında yaşla bağlantılı belirgin bir değişiklik olmaz ve sırasıyla ortalama %5, %3 ve %0.5 oranında bulunurlar.

Trombosit değerleri. Lökosit ve eritrosit sayılarının normal sınırlarının yaşla birlikte belirgin değişiklikler göstermesine karşın trombosit sayısının normal değerlerinde bir değişiklik izlenmez. Tüm çocukluk dönemi hatta in utero dönemde ve erişkinlerde trombosit sayısının normal değerleri 150 000 ila 450 000/mm^3 arasındadır.

KAYNAKLAR

1. Walters MC, Abelson HT. Interpretation of the complete blood count. Pediatr Clin Notrh Am 1996; 43: 599-622.

2. Dallman PR, Siimes MA. Percentile curves for hemoglobin and red cell volume in infancy and childhood. J Pediatr 1979; 94: 28-33.

3. Forrestier F, Daffos F et al. Hematological values of normal fetuses between 18 and 30 weeks of gestation. Pediatr Res 1986; 20: 342-5.

4. Ohls RK, Christensen RD. Development of the hematopoietic system. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2000: 1456-60.

5. Clark SC, Nathan DG, Sieff CA. The anatomy and physiology of hematopoiesis. In: Nathan DG, Orkin SH, Ginsburg D, Look AT, eds. Hematology of Infancy and Childhood, 6th edition. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 2003: 171-255.

TABLO 1. Yaşlara göre eritroid parametrelerin ortalama ve alt sınır değerleri (-2SD)

YAŞ	Hemoglobin (g/dL)		Hematokrit (%)		Ortalama Eritrosit Volümü	
	Ortalama	-2SD	Ortalama	-2SD	Ortalama	-2SD
1- 3 gün	18.5	14.5	56	45	108	95
1 hafta	17.5	13.5	54	42	107	88
2 hafta	16.5	12.5	51	39	105	86
1 ay	14.0	10.0	43	31	104	85
2 ay	11.5	9.0	35	28	96	77
3- 6 ay	11.5	9.5	35	29	91	74
6- 24 ay	12.0	10.5	36	33	78	70
2- 4 yaş	12.5	11.0	37	34	80	72
4 - 10 yaş	13.0	11.5	38	35	83	76
10 - 14 yaş	13.5	12.0	40	36	86	78
14 - 18 yaş						
Kız	14.0	12.0	41	36	90	79
Erkek	14.5	13.0	43	37	90	79
Erişkin						
Kadın	14.0	12.0	41	36	90	80
Erkek	15.5	13.5	47	41	90	80

TABLO 1. Yaşlara göre normal lökosit sayıları

YAŞ	LÖKOSİT	Nötrofil		Lenfosit		Monosit	Eosinofil
	Toplam Sayı (x 10^3 /μL)	%	Toplam Sayı (x 10^3 /μL)	%	Toplam Sayı (x 10^3 /μL)	%	%
Doğum	9.0-30.0	61	6.0-26.0	31	2.0-11.0	6	2
1 gün	9.4-34.0	61	5.0-21.0	31	2.0-11.5	6	2
1 hafta	5.0-21.0	45	1.5-10.0	41	2.0-17.0	9	4
2 hafta	5.0-20.0	40	1.0-9.5	48	2.0-17.0	9	3
1 ay	5.0-19.5	35	1.0-9.0	56	2.5-16.5	7	3
6 ay	6.0-17.5	32	1.0-8.5	61	4.0-13.5	5	3
1 yıl	6.0-17.5	31	1.5-8.5	61	4.0-10.5	5	3
2 yıl	6.0-17.0	33	1.5-8.5	59	3.0-9.5	5	3
4 yıl	5.5-15.5	42	1.5-8.5	50	2.0-8.0	5	3
6 yıl	5.0-14.5	51	1.5-8.0	42	1.5-7.0	5	3
8 yıl	4.5-13.5	53	1.5-8.0	39	1.5-6.8	4	2
10 yıl	4.5-13.5	54	1.8-8.0	38	1.5-6.5	4	2
16 yıl	4.5-13.0	57	1.8-8.0	35	1.2-5.2	5	3
Erişkin	4.5-11.0	59	1.8-7.7	34	1.0-4.8	4	3

Kan Ürünü Transfüzyonu

Doç. Dr. Aylin Canpolat Ayhan

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Kan ve kan ürünü transfüzyonu hayat kurtarıcıdır, fakat uygun olmayan kullanımı ciddi riskler taşır. Bu nedenle, kan ve kan ürünlerinin kullanılması kararı, her zaman transfüzyonun hastanın hayatını tehdit edici bir durumu düzeltmek veya morbiditeyi önlemek için gerekli olduğunu gösteren klinik ve laboratuar bulguları varlığında verilmelidir. Her yaş grubundaki hastalarda transfüzyon, fayda ve risklerinin dengeli olması hedeflenerek planlanmalıdır.

İnsan kanından hazırlanan tedavi edici herhangi bir madde kan ürünü olarak tanımlanır. Eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, aferez granülosit, plazma ve kriyopresipitat kan bileşenleri başlığı altında yer alır.

1). Eritrosit süspansiyonu transfüzyonu : Eritrosit süspansiyonu transfüzyonunun başlıca amacı oksijen taşıma kapasitesini arttırmaktır. Transfüzyon endikasyonları yaşa, aneminin süresine, altta yatan nedene, klinik bulgulara veya yapılacaksa cerrahi oprasyonun türüne göre farklılık gösterir. Sıklıkla semptomatik anemilerde eritrosit kitlesini arttırmak amacıyla kullanılır.

Eritrosit süspansiyonu yaklaşık 200 ml eritrosit, 20-30 ml plazma ve $1x10^9$ lökosit içerir. Total hacim koruyucu solüsyonlarla birlikte yaklaşık 300-350 ml, Hb değeri, 15 gr/100ml ve hematokrit düzeyi %50-70 civarındadır. +1-+6 ºC'de saklanır. Saklama süresi içindeki koruyucu maddelere göre 21-42 gün arasında değişkenlik gösterir . Mutlaka ABO ve Rh uygun ürün kullanılmalıdır. Acil vakalarda O Rh negatif ürün kullanılabilir. Buzdolabından çıkarıldıktan sonra 30 dakika içinde transfüzyona başlanmalıdır. Transfüzyonun hızı 2-4 saattir fakat yan etkilerin izlenebilmesi amacıyla ilk 15 dakikası yavaş olacak şekilde (planlananın yarı hızında) planlanmalıdır. Transfüzyon maksimum 4 saat içinde tamamlanmış olmalıdır. Torbaya hiçbir şekilde bir başka ürün eklenmemelidir. %5 dextroz, ringer laktat, intravenöz ilaçlar akut hemolitik reaksiyonlara yol açabilir. Otoimmün hemolitik anemilerde sıcak otoantikorlara bağlı hemoliz durumunda uygun kan bulmak oldukça güçleşir. Antikor tayini yapılabilirse buna uygun kan temin edilip transfüzyon uygulanabilir. Ama bazen bu durumda bile çapraz reaksiyon testleri uygunsuz olabilir. Böyle bir durumda dikkatli bir şekilde , hasta izlenerek transfüzyon yapılabilir. Transfüzyon hızı hastanın yaşına ve klinik durumuna göre planlanır. Yenidoğan ve küçük çocuklarda 10-15 ml/kg olarak yapılan transfüzyonun Hgb değerini 2-3 g/dl, Hct değerini %6 kadar arttırması beklenir. Çocuklarda verilecek volüm "kg X istenen Hgb artışı (gr/L) X 0.4" formülü ile hesaplanabilir. Vücut ağırlığı <50 kg olan çocuklarda volüm ünite olarak değil, ml/kg olarak hesaplanmalıdır. Kan kaybının devam etmediği durumlarda transfüzyon tamamlandıktan 1 saat sonra alınan Hgb değeri ile 24 saat sonra alınan kandaki Hgb değeri eşittir..

İntrauterin eritrosit süspansiyonu transfüzyon: %1-3 oranında fetal ölüm riski vardır. 16. gestasyon haftası ile 34-35. Gestasyon haftası arasında uygulanabilir. O grubu RhD negatif , 7 günden daha taze ürünle ve eğer annede herhangi bir alloantikor varsa bu antijenden negatif olan kan ile yapılmalıdır. Ayrıca mutlaka CMV negatif ve ışınlı olmalıdır. Endikasyonları arasında fetal hemolitik anemi, fetal parvovirus infeksiyonları yer alır ve 2-3 haftada bir tekrarlanması gerekebilir.

Yıkanmış eritrosit, eritrosit süspansiyonunun serum fizyolojik ile 3000 devirde 5 dakikak süreyle santrifüj edilmesiyle elde edilir. Bu yöntem ile lökositlerden %70-80 oranında ayrıca da trombosit ve plazma proteinlerini, antikorlar, potasyum ve serbest hemoglobinden arındırılmış olur. İşlem sırasında eritrositlerin %10-20 kadarı yıkılır. Kontaminasyon riski yüksektir. Özellikle >20 ml/kg gibi yüksek volümde transfüzyon ihtiyacı olan hastalarda tercih edilir. Hazırlandıktan sonra 24 saat içinde tüketilmesi gerekir.

2).Trombosit süspansiyonu transfüzyonu : Tam kandan ayrıştırılarak elde edilen trombosit süspansiyonları 50 ml kadardır. $>5.5x10^{10}$ /ünite trombosit içerir. Tek donör ünitesi bir donasyondan elde edilen trombositleri içerir. Havuzlanmış ünite, 4-6 donörden hazırlanmış ünitelerin en az $240x10^9$ trombosit içerecek erişkin dozu şeklinde bir torba içine havuzlanarak toplanmasıyla elde edilir. Aferez yöntemi ile elde edilen trombosit süspansiyonları 300 ml kadardır ve $>3x10^{11}$ /ünite trombosit içerir. Trombosit süspansiyonlarının raf ömrü 5 gündür, 20-24 ºC'de ajitasyonda/sallanarak saklanırlar. Daha uzun süreli saklama alıcıda bakteriyel proliferasyon ve septisemi riskini arttırır. Yıkanmış trombositlerin hazırlandıktan en geç 4 saat sonra tüketilmesi önerilir. Trombositopeniye veya trombositopatiye bağlı kanamalarda endikedir. ABO uygun trombosit süspansiyonu verilmelidir çünkü trombositleri süspanse etmek için kullanılan donör plazmasındaki yüksek titrede bulunan Anti-A veya Anti-B antikorları alıcının eritrositlerinde hemolize yol açabilir. Lökosit içeriği yüksek olduğu için ışınlanmalıdır. Rh uygunluğu aranmaz ama özellikle doğurganlık çağındaki hastalarda RhD negatif bir kadına RhD pozitif bir trombosit süspansiyonu verilmemelidir. Acil durumlarda D-negatif hastaya D-pozitif trombosit verilme zorunluluğu doğarsa proflaktik olarak anti-D uygulamak gereklidir. Çapraz karşılaştırma testi yapılması gerekmez. Yenidoğanda 10-15 ml/kg 'dan yapılan transfüzyonla PLT değerinde 30000-50000/μL arası bir artış beklenir. Daha büyük çocuklarda vücut ağırlığı <10 kg ise 1/4 ü aferez, 10-30 kg arası ise 1/2 ü aferez, >30 kg ise 1 erişkin aferez trombosit süspansiyonu transfüzyonu yapılabilir. Yenidoğanlarda 3 ml/kg/saat hızında, büyük çocuklarda 20-30ml/kg/saat hızında verilir. Çok hızlı infüzyonda alerjik reaksiyon riski daha fazladır. Oda sıcaklığında saklandığı için en yüksek bakteriyemi riskini trombosit süspansiyonları taşır.

Trombosit süspansiyonu transfüzyonu için eşik değerler :

- Kanama bulgusundan bağımsız : <10 x10^9/l
- Ağır mukozit, sepsis, antikoagulan tedavi,kanama olmaksızın DİK bulguları varlığı: <20 x10^9/l
- Lomber ponksiyon: <40 x10^9/l
- Orta düzey kanama varlığı, DİK'e bağlı kanama,minör cerrahi girişim, santral venöz kateter takılması, renal biyopsi, KC biyopsisi, parasentez/torasentez, diş çekimi: <50 x10^9/l
- Major kanama, post op kanama, MSS ve göz gibi majör cerrahi girişimler : <75-100 x10^9/l

3).Tam kan transfüzyonu : Vericiden alındıktan sonra işlem görmeksizin kullanılan kandır. 24 saatten daha kısa süre beklemiş kana taze tam kan denir. Hacim küçük farklılıklar göstermekle birlikte ortalama 450-500 ml civarındadır. 63 ml antikoagulan solüsyon içerir. Hb düzeyi yaklaşık 12 gr/dl, hematokrit %40 civarındadır. İçerdiği trombositler 48 saat içinde fonksiyonelliğini kaybeder. Lökositler de kısa sürede ölür. Faktör 5 ve 8 gibi koagulasyon faktörlerinden yoksundur. +1 ile +6 ºC arasında 21-42 gün süre ile saklanır. Buzdolabından çıkarıldıktan sonra 30 dk içinde transfüzyona başlanmalıdır. Mutlaka ABO Ve RhD uygun olmalıdır. Kan torbasına kesinlikle herhangi bir başka bileşen, ilaç eklenemez. Transfüzyon en fazla 4 saat içinde tamamlanmalıdır. Günümüzde kullanımı çok azalmıştır, özellikle taze tam kanın çocuklarda kullanımı açık kalp operasyonları dışında neredeyse yoktur. Tam kanın başlıca endikasyonları fetüsün veye yenidoğanın hemolitik hastalığı, exchange transfüzyon, kardiyak operasyonlardır. Alerjik reaksiyon ve alloimmünizasyon riski yüksektir.

4). Taze donmuş plazma transfüzyonu : Plazma , koagulasyon faktörleri ve komplemanlardan oluşur, trombosit içermez. Hacmi 250 ml kadardır. ≤-18 ºC'de saklanır, raf ömrü 1 yıldır. Kullanılmadan önce kan merkezinde plazma eritici cihazlar ile 30-37ºC arasında eritilmelidir. Eritildikten sonra buzdolabında +2ºC-+6ºC'de saklanabilir ama eritildikten sonraki ilk 6 saat içinde kullanılması önerilir. ABO uygun olmalıdır ama uygunluk /çapraz karşılaştırma testi gerekmez. İçerdiği eritrosit miktarı çok düşük olduğu için Rh uyumu aranmaz. Işınlama ve filtrasyon önerilmez. Koagulasyon faktörü eksikliklerinde (faktör konsantresi yok ise) endikedir, ayrıca trombotik trombositopenik purpura gibi patolojilerde kullanılır.10-20 ml/kg dozdan verildiğinde hemostatic faktörlerde yeterli düzeyde artış elde edilir. İlk 15 dakika için maksimum 5 ml /dk hızından verilmeli sonrasında ise İnfüzyon hızı maksimum 200 ml/saat olmalıdır.

5). Kriyopresipitat transfüzyonu : Hacmi 15 ml'dir. Fibrinojen ≥ 150 mg/ünite, faktör 8 ≥ 80iu/unite, faktör 13, fibronektin ve von Willebrand faktör içerir. ≤-18ºC'de 1 yıl süreyle saklanır. Eritildikten sonra 6 ssat içinde tüketilmesi gerekir. Transfüzyon öncesi uygunluk testi gerekmez ama ABO uygun ürün olmalıdır. Rh uyumu aranmaz. Işınlama ve filtrasyon önerilmez. 1ünite/ 7 kg dozundan verildiğinde özellikle fibrinojen seviyesinde 100 mg/dl gibi bir artış beklenir. Transfüzyon süresi TDP ile benzerdir. Fibrinojen eksikliği veya disfonksiyonunda, faktör 13 eksikliğinde, von willebrand faktör eksiliğinde, faktör konsantresi temin edilemeyen faktör eksikliklerinde endikedir.

6). Aferez granülosit transfüzyonu : > 1x10^{10} PMN/ünite içerir. Ajitasyonda/sallanarak 20-24 ºC'de saklanır. Saklama süresi 24 saattir, ama tercihen toplandığı saatten itibaren ilk 8 saat içinde kullanılmalıdır. Lökosit filtrelerinin kullanımı kontrendikedir. Graft-versus-host hastalığını önlemek amacıyla 2500 cGy ışınıyla ışınlanmalı ve transfüzyon öncesi uygunluk testi yapılmalıdır. Tedaviye yanıtsız septik, nötropenik ve febril hematoloji-onkoloji hastalarında kullanılmaktadır. Alıcıda 1000/μL veya daha fazla granülosit artışına neden olur. Klinik yanıtın alınması için en az 4-7 gün kadar kullanılması gerekebilmektedir.

Kan ürünlerinin ışınlanması: Lenfositler ve lökositler , MHC class I ve II doku antijenleri taşıyan kan hücreleridir. Bu hücreleri içeren kan ve kan ürünleri, bağışıklık sistemi sağlam olan alıcılarda immün sistem tarafından red edilirler. Alıcının bağışıklık sistemi zayıf ise immun sistem kendisine yabancı olan bu hücreleri red edemez. Verilen kandaki immünolojik olarak sağlıklı olan bu hücreler doku grubu farklı olan alıcıyı yabancı olarak tanır, aktifleşir, çoğalır ve hastanın dokularını infiltre ederek organ hasarına yol açar. Bu duruma "transfüzyonla ilişkili graft-versus-host hastalığı" denir. Bu tablonun gelişmesini önlemek amacıyla kan ürünlerinin lökositten arındırılmış olması yani içerdiği lökosit sayısının <5x10^6 olması gereklidir bu amaçla da gama ışınlama yapılmalıdır. Eritrosit, trombosit ve granülosit süspansiyonları gibi içeriğinde lenfosit bulunan kan ürünlerinin özel aletler ile 2500-3200 cGy dozda ışınlanması önerilir. Işınlanmış eritrosit süspansiyonu son kullanma tarihini geçmemek şartıyla 28 gün saklanabilir. YD'da 14 güne kadar kullanılmalıdır.

Işınlamanın mutlaka gerekli olduğu hastalar:

- İntrauterin transfüzyonlar
- Exchange transfüzyon yapılan yenidoğanlar
- Prematüre veya yoğun bakım ünitelerindeki yenidoğanlar
- ≤12 aylık infantlar
- İmmün yetmezlikli hastalar
- Lupus gibi immun supresif tedavi almakta olan hastalar
- 1. Derece akrabadan yapılan transfüzyonlar
- KİT yapılmış olan hastalar
- Hematolojik malinite , Hodgkin lenfoma veya solid tümör tedavisi alan hastalar

Migren: Ne Zaman Şüphelenelim? Nasıl Tanı Koyalım?

Doç. Dr. Gülşen Köse

Şişli Hamidiye Etfal Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

MİGREN

Başağrısı, Çocuk Polikliniği ve Çocuk Nörolojinin en sık karşılaştığı yakınmaların başında gelir.Çocuğun okul performansının düşmesi , ailenin sosyal hayatının etkilenmesi nedeni ile uygun tanı ve tedavi önemlidir.

Akut baş ağrısının bir çok nedeni varken kronik ve tekrarlıyan başağrılarının en önemli nedeni migrendir.WHO'nun engellilik oluşturan ilk 20 hastalığının içinde migrende yer almaktadır.Bir çok Ülkede prevalansı değişmekle birlikte 3-7 yaş %3, 7-11 yaş % 4-11, adölasanda %8-23 arasındadır. Ortalama başlangıç yaşı erkeklerde 7, kızlarda 11 dir.

Ağrı; kafa içindeki ağrıya duyarlı damarların vasodilatasyonu, inflamasyonu ile yer değiştirme ve gerilmesi ile başlar. İntrakraniyal damarlardan supratentoriyal ağrı Trigeminal sinirle, infratentoriyal ağrı ise ilk üç servikal sinir yoluyla taşınır.

Öyküde en önemli noktalar: kronik(6 aydan uzun), tekrarlıyan (en az 5 atak), uzun süren(2-48 st.), yanında kusma, bulantı, fotofobi,fonofobi gibi ek bulguların olduğu baş ağrısı olmasıdır.Anket çalışmalarında migren tanısını belirleyici soru: Çocuğunuz tekrarlıyan başağrısından yakınıyor mu? olarak bulunmuştur.Çocukluk çağında migren eşdeğeri adıyla tanımlanan tekrarlıyan vertigo,periodik tortikolis gibi tabloların bir kısmının ilerliyen yaşlarda migrene dönüştüğü bilinmektedir.

Ağrı öncesinde belirleyici yakınmalar varsa auralı migrenden bahsedilebilir.Çocuklarda genellikle aurasız migren görülür. Uluslararası Başağrısı komitesinin sınıflamasına göre aşağıdaki kriterlere göre aurasız migren tanısı doğrulanabilir:

A	B ve D yi içeren en az 5 atak
B	Başağrısı tedavisiz yada tedaviye yanıt vermeyen şekilde 4-72 st. Sürecek(15 y. altında 2-48 st.)
C	Başarısı aşağıdaki kriterleren en az ikisini taşıyacak -Tek taraflı ağrı -Pulsatil karekterde -Orta/Şiddetli karekterde -Yürüyüş, merdiven tırmanma veya rutin aktivite ile artar
D	Başağrısı sırasında aşağıdakilerden en az bir tanesi var -Mide bulantısı ve/veya kusma -Fotofobi/fonofobi

Auralı Migren için ise alttaki tablo kullanılır:

A	6 aylık bir zamanda en az 5 atak olması,
B	Baş ağrılarının birkaç saatle birkaç gün arasında sürmesi (4-72 saat)
C	Baş ağrılarında aşağıdaki özelliklerden en az ikisinin bulunması -Baş ağrısının orta şiddette veya çok şiddetli olması, -Fiziksel aktiviteyle ağrının kötüleşmesi -Tek taraflı olması, -Zonklayıcı (pulsatil) karakterde ağrının görülmesidir. -Baş ağrısının, bulantı veya kusma ile gürültü veya ışık hassasiyeti özelliklerin en az biriyle ilişkili olması.
D	Hasta öykü ve muayenesinde başka bir baş ağrısı sebebi bulunmaması

Migrenli bireylerin çoğunda aile öyküsü vardır.Ayrıca araba tutma öyküsü migrenli bireylerin büyük bir kısmında yakınmalar içindedir.Ataklar açlık, yorgunluk, stres ve fiziksel fazla aktivite ile tetiklenebilir. Bu nedenle tedavinin en önemli basamağı yaşam düzenlenmesi ve eğitimdir.Ayrıca koruyucu ilaç tedavisi olarak antihistaminik, B-bloker, Ca-kanal bloklayıcıları ve Topiramate kullanılmaktadır. Çocuklarda akut tedavide non-steroidal antienflamatuvar ilaçlardan yararlanılır.

Migren, uzun süreli bir hastalıktır.Tedavi ile akut atakların sayı ve sıklığı kontrol altına alınabilir.

Kaynaklar:

1.Headache in Fenichel's Clinical Pediatric Neurology.J. Eric Pına-Garza.seventh ed.Elsevier saunders 2013 pg:68-69, 77-81

2-Prevalence and Characteristics of Migraine among Adolescents:A Questionnaire Survey.D. Shivpuri, MS Rajesh and D. Jain. http://www.indianpediatrics.net/july2003-665-669.htm

3.Migraine.Heather Gilmour and Kathryn Wilkins. Health Rep. 2001;12(2):23-40.

4.Sinusitis in children and adolescent with chronic or reccurent headache:a case- control study.N Şenbil. Y K Gürer ,Ç Ünver, Y Barut.J 9: 33-6 J Headache Pain 2008. 9: 33-6

5.Çocukluk Çağında Migren.A Serdaroğlu.Klinik Pediatri.2005;4(2):59-62

Dikkat! Bu Konvülsiyon Değil

Prof. Dr. Güzide Turanlı
İstanbul Medipol Üniversitesi, İstanbul

EPİLEPTİK OLMAYAN EPİLEPSİ İLE KARIŞAN OLAYLAR

Epileptik olmayan bozukluklar ; bilinç değişikliği, tekrarlayan motor hareketler, otonomik değişiklikler, davranış değişiklikleri gösteren tekrarlayıcı durumlardır. Epilepsiden ayırt etmek için detaylı öykü, videolu elektroensefalografi (V-EEG), beyin görüntüleme vb gibi tetkikler yardımcıdır. Doğru tanı konamayan hastalar gereksiz inceleme ve tedaviye maruz kalırlar.

Çocukluk çağında görülen epileptik olmayan paroksismal olaylar

1. YENİDOĞAN DÖNEMİ

a-Apne ve asfiktik reaksiyonlar

b-Yenidoğanın iyi huylu uyku miyoklonisi

c-Hiperpleksiya

d-Jitteriness

2. SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİ

a- Katılma nöbeti

Pallid (soluklaşma) katılma nöbeti

Siyanotik (morarma) katılma nöbeti

b- Paroksismal vertigo

c- Paroksismal tortikolis

d-Siklik kusma

e-Spasmus nutans

f- Mastürbasyon

g-Sandifer sendromu

f- Gece terörü

g- Uyurgezerlik

3. ÇOCUKLUK DÖNEMİ

a- Senkop

Vazovagal senkop

Kardiyopulmoner senkop

Serebrovasküler senkop

Ortostatik hipotansiyon

b- Narkolepsi/Kataplexsi

c- Hareket bozuklukları

Tik bozukluğu

Paroksismal koreatetoz

d- Migren

e- Alternan hemipleji

f- Psikojenik nöbet

Yenidoğanın iyi huylu uyku miyoklonisi

Bebeklerde aktif uyku döneminde (REM uykusu) gözlenen, göz kapağında seyirme, el, parmak ve kollarda simetrik/asimetrik, izole yada diziler halinde ortaya çıkan ritmik miyoloklonik atımlardır. Bu hareketlerin sadece uykuda görülmesi ve uyku EEG'sinin normal olması nöbet ayırıcı tanısında önemlidir.

Hipereksplesiya-aşırı irkilme reaksiyonu:

Hipereksplesiya (aşırı irkilme hastalığı=startle hastalığı) otozomal dominant kalıtılan veya sporadik olarak ortaya çıkabilen, 5. kromozom üzerinde yer alan glisin reseptörlerinin alfa 1 subünitinin mutasyonu sonucu ortaya çıkan nadir bir hastalıktır. Beyindeki inhibitör glisin reseptörlerinin gelişmemesi sonucu çevresel uyaranlara verilen aşırı yanıttır. Görsel, işitsel ve dokunma uyaranına karşı ani olarak ortaya çıkan anormal ve uzamış moro yanıtı şeklinde anormal irkilme ataklarıdır.

Jitteriness

Yenidoğan döneminde genellikle dış uyarı ile tetiklenen, ekstremitelerde tremor ve nadiren klonus şeklinde görülen ve nöbet ile karışan hareket bozukluğudur. Yaşamın ilk günlerinde düşük frekanslı, düşük amplütüdlü titremeler olarak belirir ve bunlar azalarak 3. aydan sonra kaybolurlar. Genellikle aşırı uyanık (hiperalert) bebeklerde, hipokalsemi, hipoglisemi, hipernatremi durumlarında görülür. Bu ataklara göz kayması veya sabit bakma eşlik etmez.

Katılma (soluk tutma) nöbeti:

Katılma nöbeti 6 ay–5 yaş arası (ort 2y) çocuklarda sık görülür. Santral otonomik regülasyon bozukluğunun bu olaya neden olduğu düşünülmektedir. Hastaların yaklaşık % 20-30'unda aile öyküsü bulunmaktadır. Atak sıklığı değişkenlik gösterir. Katılma nöbetlerinin siyanotik ve pallid olmak üzere iki tipi vardır.

Mastürbasyon

Mastürbasyon genital organların sürtünme veya bacakların addüksiyon ve ekstansiyonu ile pubis üzerine baskı oluşturacak şekilde sıkıştırılması şeklinde yapılan ve haz alınan tekrarlayıcı steropitik ataklardır.

1-3 yaş arasında kızlarda ve uyaran/ilgi eksikliği olan çocuklarda daha sık görülür. Genellikle çocuk idrar yolları enfeksiyonu, bez dermatiti gibi genital bölgede kaşıntıya yol açan durumlarda kaşıntıyı gidermek için yapılan sürtünme hareketi sırasında haz duygusu keşfedilir.

Sandifer sendromu

Gastroözefajeal reflü nedeniyle boyunda ani ekstansiyon, spazma bağlı olarak ortaya çıkan anormal baş pozisyonu, kollarda bacaklarda kasılma, laringospazma bağlı stridor şeklinde ataklardır. Genellikle uykuda veya beslenmeden sonraki yarım saat içinde gözlenir ve sıklıkla kusma eşlik eder.

Paroksismal kinezijenik koreatetoz: Aniden başlayan tek taraflı veya bilateral koreatetoz, kol yada bacakta distonik postür, dizartri ve yüz buruşturma hareketleridir. En sık tetikleyici manevra dinlenme sonrası ani harekettir (otururken aniden ayağa kalkma gibi).

Alternan hemipleji

Üst ekstremitelerde daha belirgin olan hemipleji-distoni ataklarıdır. Erken çocukluk döneminde distoni, geç çocukluk döneminde hemipleji daha ön plandadır. Çoğu kez ataklar çocuk uykudan uyandıktan sonra görülür ve bazen 72 saat sürebilir. Tekrarlayan ataklarda taraf değişikliği olabilir. Ataklar esnasında nistagmus görülebilir.

Psikojenik Non- Epileptik Nöbetler;

Genellikle ergen kızlarda görülür. Nöbetler zorlu göz kapama, elleri yumruk yapma, inleme benzeri ses çıkarma, hızlı nefes alıp verme, kol ve bacaklar da tonus kaybı, pelvisde öne arkaya doğru hareketlenme (pelvik sürtünme), sırtta yay şeklini alma (opistotonik postür), sağa sola sallanma şeklinde baş hareketleri yalancı epileptik nöbeti düşündürür. Tipik bir epileptik nöbet belirli bir süre ile sınırlı, sterotipik ataklar ve yalancı nöbetlerin süresi uzundur (bazen saatlerce sürebilir), her atakta değişken bulgular ortaya çıkar ve başlangıç ve bitiş anı net değildir. Nöbet esnasında yaralanma olmaz, idrar veya gaita kaçırma görülmez. Yalancı nöbetlerden sonra postiktal dönem olmaz. Hasta kendisine gelirken ağlar ve/veya hızlı nefes alıp verir.

KAYNAKLAR

1. Tatlı B, Aydınlı N, Çalışkan M, Özmen M. Non epileptik paroksismal olaylar: olgu sunumları ile derleme. Türk Pediatri Arşivi 2004; 39: 58- 64.
2. DiMario Jr FJ. Paroxysmal nonepileptic events of childhood. Semin Pediatr Neurol. 2006;13(4):208-21.
3. Maurer VO, Rizzi M, Bianchetti MG, Ramelli GP. Benign neonatal sleep myoclonus: a review of the literature. Pediatrics. 2010;125(4):919-24.
4. Zhou L, Chillag KL, Nigro MA. Hyperekplexia: a treatable neurogenetic disease. Brain Dev. 2002;24(7):669-74.
5. Dirik E. Non-epileptik paroksismal olaylar. Gökçay E(Ed). Çocuk Nörolojisi. Ankara: Anıl Grup Matbaacılık, 2010: 345-351
6. Heussler HS. 9. Common causes of sleep disruption and daytime sleepiness: childhood sleep disorders II. Med J Aust . 2005;182(9):484-9.
7. Kotagal P, Costa M, Wyllie E, Wolgamuth B. Paroxysmal nonepileptic events in children and adolescents. Pediatrics. 2002;110(4):e46.
8. Irwin K, Edwards M, Robinson R. Psychogenic non-epileptic seizures: management and prognosis. Arch Dis Child. 2000;82(6):474-8.

Hipotonik Bebek: Klinik ve Etiyolojik Değerlendirme

Prof. Dr. Sarenur Gökben

EÜTF Pediatri AD Çocuk Nörolojisi BD, İzmir

Kas tonusu, kas kontraksiyonunun sürekli ve pasif kısmı olup, istirahat durumunda gerilmeye karşı kastaki direnç olarak tanımlanır. Fazik tonus ekstremitelerin, pasif hareketlere gösterdiği dirençtir, postural tonus ise aksiyal kasların (baş, boyun, sırt, gövde) pasif hareketlere gösterdiği dirençtir. Kas tonusunun sağlanmasında spinal döngüler ve supraspinal merkezler (korteks, bazal gangliyonlar, serebellum) görev alır. Kaslardaki primer afferent reseptörler, kas iğciği ve golgi tendon organıdır. Supraspinal kaynaklı hipotoni, santral; spinal kaynaklı hipotoni ise periferik hipotoni olarak adlandırılır. Hipotoni kararı vermeden önce hastanın dikkatli ve tekrarlanan bakıları gerekebilir. Kas tonusuna; ekstremiteler, eklemler etrafında pasif hareket ettirilerek bakılır. Bazı testler hipotoniyi daha rahat saptamamızı sağlar:

1. Traksiyon testi: Yatar durumdaki hasta ellerinden tutularak hafifçe kaldırılır; normalde baş gövdeyi izler, başın geride kalması, düşmesi hipotoniyi destekler.

2. Aksiller asma (omuz süspansiyon) testi: Hasta koltuk altlarından tutularak vertikal şekilde kaldırılır, hipotonik bebek ellerin arasından kayar; bu testle hem üst ekstremite tonusu hem de gücü değerlendirilir, bu pozisyonda baş kontrolüne bakılarak aksiyal tonus için de fikir edinilir.

3. Ventral süspansiyon: yüzükoyun yatan bebek karnında tutularak horizontal olarak kaldırlır, hipotonik bebeklerde ekstremiteler aşağı sarkar.

4. Eşarp belirtisi: Sırtüstü yatan bebeğin eli tutularak karşı omza hareket ettirilir, normal dirsek orta hattı geçmez, hipotonik olanlarda orta hattı geçer.

Prematüre bebeklerde fizyolojik bir hipotoninin olduğu da akılda tutulmalıdır.

Hasta ailesinden ayrıntılı anamanez alınmalıdır. Prenatal dönem, fötal hareketler, polihidroamnios varlığı sorulmalıdır. Peri/postnatal neonatal dönem, Santral sinir sistemi (SSS) hasarı,hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), sepsis, travma açısından sorgulanmalıdır. Akut edinsel olaylarda da (sepsis, travma, entoksikasyon, HİE, KKY gibi) hipotoni görülebileceği unutulmamalıdır. Soygeçmişte, akraba evliliği, benzer hastalık öyküsü sorulmalıdır. Mümkünse pedigri çıkarılmalıdır. Ayrıntılı fizik /nörolojik bakı yapılmalı; dismorfik özellikler, kontraktür, ptoz, oftalmopleji, fasikülasyon olup olmadığı değerlendirilmelidir. Kontraktürler, kas güçsüzlüğüne bağlı immobilizasyonun göstergesidir. Hastada diğer yakınmalar (epilepsi, diğer sistem tutuluş bulguları) sorulmalıdır. Hastanın psikomotor gelişimi değerlendirilmelidir.

Santral hipotonide, kas gücü normal veya azalmış, tonus azalmış ve derin tendon refleksler (DTR) artmıştır. Dismorfik bulgular varsa, sendromik grup olarak adlandırılır ve ayırıcı tanıda hipotoniyle giden genetik sendromlar (Down S, Prader Willi, Smith-Lemli Opitz gibi) araştırılır.

Dismorfik bulguların olmadığı santral hipotoni olguları nonsendromik grubu oluşturur. Bu grupta sıklıkla serebral gelişim anomalileri vardır. Nörogörüntüleme tanıda yardımcıdır. Nörogörüntülemenin negatif olduğu durumlarda array CGH gibi, daha küçük delesyon,duplikasyonları gösteren yöntemler ile %12-15 oranında tanı konabilir. Bu grupta, görüntüleme, genetik analizler ile tanı konamayan ve yaygın gelişimsel gerilik gösteren hastalar da vardır. Etyolojiden, bugünkü noninvaziv inceleme yöntemleri ile gösteremediğimiz, serebral organizasyon kusurları sorumlu olabilir.

Periferik hipotonide, kas gücü belirgin azalmış, tonus azalmış ve DTRler azalmış veya alınamaz. Bu grup hastada kubbe damak, ptoz, oftalmopleji, pes ekino varus, kifoz/ skolyoz, kontraktür gibi ayırıcı tanıda ipucu olabilecek bulgulara dikkat edilmelidir. Lezyonun nerede olduğuna karar vermede kreatin kinaz, elektromyonörografi, ardışık sinir uyarımı, anti-AcH, anti-Musk antikorları, kas biyopsisi ve genetik testler yardımcıdır.

Serilerde santral hipotoni %60-80, periferik hipotoni %15-30 oranında bildirilmektedir.

Hipotoni (santral veya periferik) diğer sistem tutuluşları ile (SSS, görme, işitme, kardiyak, renal, hepatosplenomegali, büyüme geriliği, asidoz) birlikte olabilir. Ayırıcı tanıda doğumsal metabolik hastalıklar ve dejeneratif hastalıklar düşünülmelidir. Hastalarda ayrıntılı metabolik incelemeler ile(kan şeker düzeyi, , kan gazı, elektrolitler, vitamin B12, folat düzeyi, laktik/pirüvik asid, amonyak, biyotinidaz düzey/aktivitesi, plazma, idrar, beyin omurilik sıvısı aminoasid profili, karnitin, açil karnitin profili, idrar organik asidleri, çok uzun zincirli yağ asidleri, transferrin izoelektrik foküsleme gibi), enzim ve gen analizleri tanı konmaya çalışılır.

Her hastalıkta olduğu gibi, hipotoniye yaklaşımda da, anamnez, dikkatli yapılan fizik ve nörolojik bakının tanı koymada en önemli anahtar olduğu akıldan çıkarılmamalıdır.

Bodensteiner JB. The evaluataion of the hypotonic infant. Semin Pediatr Neurol 2008, 15: 10-20.

Prasad AN, Prasad C. Genetic evaluation of the floppy infant. Semin Fetal Neonatal Med 2011, 16: 99-108.

Özaydın E, Ürey T, Gündüz M, Güven A, Köse G. Hipotonik infantların ayırıcı tanısında algoritma faydalı mıdır? Türkiye Çocuk Hast Derg 2013, 3: 128-133.

Hebert K, Haritos D, Kannikeswaran N. A floppy baby.Pediatr Emerg Care 2015, 31(6):419-21.

Al-Ghamdi F, Ghosh PS. Clinical Reasoning: A tale of a hypotonic infant. Neurology 2016, 12;87(2):e11-6.

Acil Serviste Karın Ağrısı Olan Çocuğa Yaklaşım: Çocuk Cerrahı Gözüyle

Dr. Çetin Karadağ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

Akut karın ağrısı acile en sık başvuru nedenlerinden biridir. Çocuklarda üç günden az süren karın ağrısı nedeniyle hastaneye başvuru sıklığı %5-6 olarak bildirilmektedir. Akut karın ağrısı ile başvuranlarda cerrahi müdahale sıklığı ise % 1 -5 civarındadır. Altta yatan nedenlerin çeşitliliği tanıyı zorlaştırır. Ne yazık ki akut karın ağrısı olan bazı çocuklar, hastalığın erken safhası veya atipik bulguları nedeniyle bu ilk değerlendirmede kesin bir tanı alamayabilir. Hekimler için zor olan, apandisit, invajinasyon veya volvulus gibi daha nadir fakat yaşamı tehdit eden, acil değerlendirme ve tedaviyi gerektiren, hastalıkları bu kalabalığın içerisinden bulup çıkartmaktır. Ciddi bir hastalığı atlama ihtimali acil hekimleri için büyük bir endişe kaynağıdır. Karın ağrısı, intraperitoneal veya başka sistemleri ilgilendiren nedenlere bağlı olarak gelişen subjektif bir şikâyettir ve kişiye göre değiştiği için, objektif ölçümü çok zordur. Travma dışı nedenlere bağlı olarak ani başlayan, karın ağrısı ve karın bölgesinde yoğunlaşan belirti ve bulgularla seyreden, genellikle cerrahi tedavi gerektiren patolojilerin tümü "akut karın" başlığı altında incelenmektedir. Karın ağrısı diğer bütün gastrointestinal sistem şikâyetleri içerisinde en sık olarak cerrahi girişimle sonuçlanan şikâyet olup 24 saatte geçmeyen ağrının altında cerrahi bir patoloji aramak gereklidir.

Ağrı visseral, somatik veya yansıyan olarak sınıflandırılır. Cerrahi nedenler genellikle iyi lokalize edilir daha keskindir ve pariyetal peritondan kaynaklanır. Ağrı modelleri açısından bakıldığında içi boş organların özellikle tıkanmadan kaynaklanan ağrıları kıvrandırıcı kolik karakterde, perforasyon ve iskemi ağrısı bıçak saplanır gibi ani, apandisit gibi enflamatuvar ağrılar yavaş ilerler fakat süreklilik gösterir.

Ağrının yeri, yayılımı, başlangıç zamanı, süresi, şiddeti, karakteri, arttıran veya azaltan etkenler, eşlik eden belirti ve bulguları altta yatan neden hakkında önemli ipuçları sunar. Ağrıdan önce başlayan yüksek ateş cerrahi nedenlerden uzaklaştırırken, ağrıdan sonra başlayan safralı kusma yaklaştırır. Peritonitli hastalar ağrıyı arttırdığı için hareket etmek istemezler.

Tanıya giderken maliyeti yüksek testler aslında anamnez ve fizik muayene bulgularımızı desteklemek için yardımcıdır. Esas olan inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyonu içeren iyi bir fizik muayenedir. Seçilmiş olgularda rektal tuşe önemli ipuçları verecektir. Sensitivite ve spesifitesi bir BT kadar yüksek olmasa da, öykü ve fizik muayenenin hiç riski yoktur, zaman kaybı minimaldir ve maliyeti sıfırdır. Sadece dikkatli bir anamnez % 70 oranında tanıya ulaşabilmemizi sağlarken, takip eden iyi bir fizik muayene ile bu oran % 80-90'a çıkabilmektedir. Sağlıklı bir muayene ve hastanın ıstırabını sonlandırmak için gerekiyorsa opiatlar kullanılabilir.

Radyolojik görüntülemede muayene bulgularına göre yönlendirilmelidir. İleus veya perforasyon düşünülüyorsa düz karın grafisi, apandisit veya over patolojisi düşünülüyorsa ultrasonografi (USG) veya tüm çabalara rağmen primer peritonit apandisitten ayrılamıyorsa bilgisayarlı tomografi istenebilir.

Çocuklarda en sık görülen travma dışı cerrahi acil apandisittir. Her yaşta görülebilir, göbek çevresinde başlayan visseral ağrı 6-48 saatte sağ alt kadranda pariyetal ağrıya döner. En sık karıştırılan hastalık akut gastroenteritlerdir. Öykü ve fizik muayene ve laboratuvar incelemelere rağmen tanı gecikirse ve yaş küçüldükçe perforasyon oranları artar. Halen tanı için en iyi araç öykü ve fizik muayene fakat radyolojik görüntülemede deneyimli ellerde yapılan ultrason olarak görünmektedir.

Meckel divertikülü divertikülit komplikasyonu oluştuğunda karında bulunduğu noktaya bağlı olarak apandisit bulgularını taklit edebilir. Yine ağrı ile seyreden bir başka komplikasyonu da bağırsak volvulusuna sebep olmasıdır. Bu durumda bağırsak tıkanıklığı bulguları ile seyreder. Komplike olmuş Meckel divertikülünün birincil tedavisi cerrahi eksizyondur.

Karın ağrısına neden olan ikinci sıradaki acil cerrahi patoloji invajinasyondur. 4 ay 2 yaş arasında sıktır. Kolik ağrı, kusma ve çilek jölesi şeklindeki üçlemeyi ancak %60 hastada görsek de dikkatli bir öykü, fizik muayene ve USG incelemesi doğru tanı için yeterlidir. Günümüzde öncü noktası olmayan invajinasyonlar için nadiren laparotomi gerekmekte, ışın almaması nedeniyle USG eşliğinde hidrostatik redüksiyon tedavide %85 civarında başarılı olmaktadır. Başarısız olgularda ise laparoskopik düzeltmeler yapılabilmektedir.

Karın ağrısı ile seyreden cerrahi patolojilerden en acillerden birisi de malrotasyon sonucunda bağırsak mezenterinin fiksasyon bozukluğunun neden olduğu daha çok yenidoğan ve bebeklerde gördüğümüz orta bağırsak volvulusudur. Bağırsakların mezenterik damar etrafında dönerek tüm dolaşımını bozduğu ve bağırsak nekrozu ile sonuçlanan bu hastalıkta erken tanı hayat kurtarıcıdır. Klinik; karında şişlik veya kitle bulgusu, kusma, gaz gaita çıkarılmaması, rektal kanama ve düz karın grafisinde gazsız görünümdür. Hastanın genel durumunun bozulduğu bu hastalarda acil cerrahi düzeltme yapılmalıdır.

Ergen yaşlardaki kız çocuklarında over kist rüptürü ve torsiyonu sağ tarafta apandisit ile karışabilen karın ağrısı sebebidir. Ağrı olaya karışan tuba uterina nedeniyle çoğunlukla kolik karakterdedir ve kusma eşlik eder. USG tanı için yeterlidir. Erkek çocuklarda testis torsiyonu yenidoğan ve ergenlik yaşlarında zirve yapar. Fizik muayene ve Doppler USG tanı için değerlidir.

Çocuklarda karın ağrısı yapan sık görülen patolojilerden biri de boğulmuş inguinal hernilerdir. İnguinal bölgede şişlik olarak belirti veren bu durum bebeklerde ve çocuklarda inguinal herninin ilk bulgusu olabilir. Fizik Muayene tanı koydurucudur. Diğer inguinoskrotal kitle ayırıcı tanısı için USG yapılabilir. Bağırsak dolaşımı kadar testisler de risk altındadır. Redükte olmazlarsa acil cerrahi girişim gerekir.

Wilms tümörü gibi kitleler özellikle travma ile rüptüre olarak veya içerisine kanayarak ağrı ile ilk kez karşımıza çıkabilirler.

Sonuç

Hiçbir bulgu tanı açısından tek başına yeterli değildir. Ağrı lokalizasyonu, her zaman altta yatan patoloji ile uyumlu olmayabilir. Ağrı başka bir yerde ortaya çıkabilir ya da yayılıp, yansıyabilir. Tanı net değilse mümkünse hastayı 8-12 saat izlenmeli veya kontrole çağırılmalıdır. Hastayı aynı doktorun düzenli aralıklarla muayene etmesi en doğru yaklaşımdır. Özellikle ishalin tabloya eşlik ettiği durumlarda, akut apandisit tanısından tamamen uzaklaşılmamalıdır. Çocuk Hekimleri ile Çocuk Cerrahları için Karın ağrısı ile başvuran birçok olguda hastanın takibinin ortak yapılması kaçınılmazdır. İyi bir öykü ve fizik muayene olgunun yönetiminde ve çocuk cerrahisi konsültasyonu gereksiniminde en önemli aşamadır.

Nekrotizan Enterokolit: Nasıl Yönetelim?

Doç. Dr. Merih Çetinkaya

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Nekrotizan enterokolit (NEK), barsaklardaki akut iskemik intestinal nekroz ile karakterize olan ve yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan gastrointestinal problemdir. Tüm yenidoğan yoğun bakım ünitelerine başvuruların %1-10'unu oluşturmaktadır. Etkilenen bebeklerin %90'nın prematüre bebekler oluşturmaktadır. Mortalite ve cerrahi tedavi gereksinim oranı %20-40 arasında değişmektedir.

Patofizyoloji

NEK'in patofizyolojisi multifaktoriyel olup, tam olarak açıklanamamaktadır. Ancak, term ve geç preterm bebeklerde hipoksi-iskeminin ana faktör olduğu, çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) prematüre bebeklerde ise inflamatuvar olayların önemli rol oynadığı düşünülmektedir. Genetik yatkınlık, intestinal immatürite (barsak mikroflora değişikliği, yetersiz intestinal bariyer), enteral beslenme (tipi, artış süresi ve miktarı), iskemi ve artmış inflamatuvar kaskad NEK gelişimine katkıda bulunmaktadır.

Risk faktörleri

NEK için çeşitli risk faktörleri tanımlanmış olup, bunların bilinmesi hastalığın önlenmesi açısından önem taşımaktadır. NEK için prenatal, perinatal ve postnatal dönem ile ilişkili risk faktörleri bildirilmiştir.

Umbilikal arterde end-diastolik akım yokluğu ya da akımın tersine dönmesi, intrauterin büyüme geriliği (IUGR), maternal eklampsi ve preeklampsi, fetal distress, maternal koryoamniyonit veya erken membran ruptürü varlığı prenatal risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Perinatal asfiksi, umbilikal kord prolapsusu, perinatal hipotermi NEK açısından diğer risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. En önemli risk faktörü düşük doğum ağırlığı ve prematürite olup, bu bebeklerde respiratuvar distres sendromu (RDS) varlığı, apneik epizodlar, patent duktus arteriosus (PDA), persistan pulmoner hipertansiyon (PPH), neonatal sepsis, umbilikal kateterizasyon, kan değişimi uygulamaları ve siyanotik konjenital kalp hastalıkları erken postnatal döneme ait risk faktörlerini oluşturmaktadır. Formüla ile beslenme, yüksek yoğunluklu formüla ile beslenme, beslemeye geç başlama, ve enteral beslenmede hızlı artışlar ise beslenme ile ilişkili risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Postprandial göreceli iskemi, NEK epidemileri, çoklu transfüzyon uygulamaları ise NEK için geç risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Uzun süreli ampirik antibiyotik uygulamaları ile H_2 bloker kullanımı, PDA için verilen indometazin/ibuprofen tedavileri de artmış NEK riski ile ilişkilidir.

Klinik, laboratuar ve radyolojik bulgular

NEK'in başlangıç klinik bulguları özgül olmayıp, sıklıkla sepsis bulgularına benzerdir. Taşikardi, solunum sıkıntısı, apne, letarji, ısı düzensizliği, kanama diyatezi, dolaşım bozukluğu ve asidoz en sık görülen ve özgül olmayan sistemik klinik belirtileri oluşturmaktadır. Beslenme öncesi rezidü varlığı, uzamış gastrik boşalma, kusma, abdominal distansiyon, batında hassasiyet ve renk değişikliği, kanlı gaita, gaitada gizli kan varlığı, abdominal kitle, ileus ve/veya azalmış barsak sesleri ise gastrointestinal sistem bulgularını oluşturmaktadır.

Laboratuvar çalışmalarında enfeksiyonu destekleyecek şekilde anemi, lökopeni, lökositoz, trombositopeni, nötrofillerde sola kayma, metabolik asidoz, ve hiponatremi görülebilmektedir. NEK vakalarının %40-60'ında eş zamanlı sepsis ve/veya bakteriyemi mevcuttur

Radyolojik olarak ön-arka ve ayakta çekilen düz radyografilerde ileus, hava-sıvı seviyeleri, dilate ve gazla dolu barsak ansları, batında gaz olmaması ve kalınlaşmış barsak ansları özgül olmayan bulguları oluştururken, pnömotozis intestinalis NEK için özgül bir bulgudur. Portal vende gaz, pnömoperitoneum ve sabit anslar önemli diğer radyolojik bulguları oluşturmaktadır. Son yıllarda barsak perfüzyonu, barsak duvar kalınlığı, serbest sıvı ve motilitenin değerlendirilmesine olanak sağlayana batın ultrasonografisinin de tanıda düz grafiye üstünlük sağlayabileceği ve NEK tanısında etkin biçimde kullanılabileceği bildirilmektedir. Sonuç olarak günümüzde klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulara göre NEK tanısı konulmakta, 1978 yılında Bell ve ark. tarafından tanımlanıp sonrasında modifiye edilen Bell sınıflamasına göre evrelendirilmektedir.

Evre I'de özgül olmayan semptomlar mevcut olup, beslenme intoleransı, batın distansiyonu gibi bulgular görülmektedir. Evre II'de en önemli belirti radyolojik olarak pnömotozis intestinalis bulgusudur. Evre III sıklıkla perforasyon ile ilişkilidir. Hastaların tanı ve tedavi yaklaşımı ile prognozu Bell sınıflamasına göre belirlenmektedir.

Tedavi

Bir bebekte NEK şüphesi varlığında tüm enteral beslenmesi ve ilaçları kesilerek barsakların dinlendirilmesi sağlanmalıdır. NEK düşünülen bebeklerde üçüncü boşluklara olan sıvı kaybı nedeni ile normovoleminin sağlanması önemli olup, aynı zamanda pozitif

nitrojen dengesi ile hasarlı dokunun tamiri için yeterli miktarda protein (3.5 ile 4.0 g/kg/g) içeren total parenteral nütrisyon erken dönemde başlanmalıdır. NEK şüphesi olan tüm olgularda tanı anında kan ve idrar kültürleri alındıktan sonra geniş spektrumlu antibiyotikler başlanmalıdır. Cerrahi girişim gereken olgulardan peritoneal sıvı ve intestinal doku örnekleri de mikrobiyolojik olarak incelenerek kültüre gönderilmelidir. Anemi, trombositopeni ve koagülopati gerektiğinde düzeltilmelidir. Hasta mevcut evresine göre ilerleme açısından klinik (abdominal ve sistemik bulgular), laboratuvar (tam kan sayımı, biyokimya ve kan gazı) ve radyolojik (ayakta direkt batın grafisi) olarak 6-8 saatte bir veya daha uzun aralıklarla yakın takip edilmelidir. Enteral beslenmeye evre I olgularda 5-7 gün, evre II olgularda 7-10 gün ve evre III olgularda 10-14 günde başlanılmalı ve aynı dönemde antibiyotik tedavisi kesilmelidir.

Düz grafilerde pnömoperitoneum varlığı cerrahi tedavinin tek kesin endikasyonudur. Tıbbi tedaviye rağmen klinik durumda kötüleşme, portal venöz gaz, asit, sabit barsak ansları, safra/gaita için pozitif olan parasentez abdominal hassasiyet, batın duvarında eritem ile ciddi/ilerleyici trombositopeni ve/veya metabolik asidoz göreceli cerrahi endikasyonları oluşturmaktadır. Laparotomi ile barsak rezeksiyonu ya da primer peritoneal drenaj en sık uygulanan iki cerrahi yöntemdir. Bu iki yöntemin karşılaştırıldığı sistematik bir derlemede peritoneal drenaj ile artmış mortalite bildirilmiştir. Ancak, yeni yayınlanmış bir Cochrane analizinde iki yöntemin birbirlerine üstünlüklerinin olmadığı belirtilmiştir.

Önleme ve Korunma

NEK ile ilişkili kötü prognozun ortadan kaldırılması için NEK'in önlenmesi büyük önem taşımaktadır. NEK'i önlemede en etkili yöntem prematüre doğumların engellenebilmesidir. Ancak bu çoğunlukla mümkün olmamaktadır.

Antenatal steroidlerin NEK sıklığını azalttığı bildirilmiştir.

Doğumdan sonraki ilk günlerde ÇDDA'lı bebeklerde sıvı kısıtlamasının kilo kaybını arttırdığı ve NEK insidansını anlamlı şekilde azalttığı bildirilmiştir.

NEK'in önlenmesinde etkinliği kanıtlanmış en önemli yaklaşım bebeklerin anne sütü ile beslenmesidir. Anne sütünün içerdiği antikorlar, immünglobulinler, lökositler, marofajlar, enzimler, laktoferrin, büyüme faktörleri, oligosakkaridler, ve çoklu doymamış yağ asidleri gibi pek çok koruyucu biyoaktif faktör sayesinde NEK'e karşı koruyucu olduğu düşünülmektedir.

Enteral beslenmenin NEK için bir risk faktörü olduğu ve prematüre olguların %90'ında NEK'in beslenme sonrası geliştiği bilinmektedir. Günümüzde erken minimal beslenme veya trofik beslenme olarak adlandırılan ve barsak hormonlarının salınımını uyarmak, aynı zamanda GİS'in maturasyonunu artırmak amacı ile uygulanan beslemenin NEK sıklığını arttırmadığı gösterilmiştir.

Probiyotikler intestinal florayı düzenlemekte, patojenik mikroorganizma büyümesini engellemekte, düzenli immün yanıt için immün sistemi uyarmakta, dendritik hücrelerin anti-inflamatuvar sitokin ve sIgA üretimini arttırmaktadır. Probiyotiklerin ÇDDA'lı bebeklerde NEK ve mortaliteyi azalttığı bildirilmiştir. Anne sütünde bulunan oligosakkaritler insanlardaki en önemli prebiyotik grubunu oluşturmakta olup, hem term hem de prematüre bebeklerin yaşamın ilk saatlerinden itibaren anne sütü ile beslenmeleri sağlanarak sağlıklı bir barsak mikroflorası oluşumunun sağlanması son derece önemlidir. Ancak probiyotik ve prebiyotiklerin rutin kullanımı için yeterli veri bulunmamaktadır.

Yeni yayınlanmış çok merkezli ve randomize-kontrollü bir çalışmada laktoferrin tedavisinin ÇDDA'lı bebeklerde hem tek başına hem de probiyotik ile kombine şekilde evre 2 ve üzeri NEK sıklığını azalttığı bildirilmiştir.

Pentoksifilin, oral immunoglobulinler, H2 reseptör kullanımının ve başlangıç ampirik antibiyotik tedavilerinin süresinin kısaltılması gibi öneriler ve tedavi yaklaşımları hakkında olumlu yayınlar bildirilmiş olsa da, bunların NEK gelişimini önlediği yönünde kesin kanıtlar mecut değildir. Epiteliyal büyüme faktörü, fibroblast büyüme faktörü, hepatosit büyüme faktörü gibi pekçok büyüme faktörü içeren amnion sıvısının immatür intestinal hücreler üzerinde güçlü bir trofik etkisinin olabileceği ve NEK'i önleyebileceği hipotez edilmiş olsa da, saflaştırma ve kullanımı ile ilgili sorunlar çözüldükten sonra klinik uygulama açısından ümit verici bir yaklaşım oluşturabilir. Tüm bunların yanı sıra NEK'li bebeklerde arginine düzeylerinin düşük olduğu ve arginine desteğinin NEK'i önlemede yararlı olabileceği düşünülmüş olsa da, günümüzde NEK için riskli bebeklere arginine desteği önermek için yeterli kanıtların bulunmadığı kabul edilmektedir. Ayrıca, insan vücudunda en fazla bulunan aminoasit olan glutamin ince barsak hücreleri için enerji kaynağıdır. Ancak, yapılan çalışmalar sonucunda NEK'in önlenmesinde rutin glutamin desteği önerilmemektedir.

Son yıllarda kan transfüzyonlarından sonraki 48 saat içinde gelişen ve tüm NEK vakalarının %20-35'inden sorumlu olduğu ve sıklıkla cerrahi NEK ile ilişkili olduğu bildirilen transfüzyon ilişkili NEK tanımlanmıştır. Az sayıdaki çalışmada transfüzyon öncesi, sırası ve sonrasında beslenmenin kesilmesi ile NEK sıklığının anlamlı şekilde azaldığı gösterilmiştir. Bu nedenle transfüzyon ilişkili NEK'in de akılda tutularak transfüzyon sırasında beslenmeye dikkat edilmesi önem taşımaktadır.

Tüm bu bahsedilen önleme stratejilerine rağmen, günümüzde NEK'in multifaktoriyel etyolojisi gözönünde bulundurularak NEK'in önlenmesine yönelik çalışmalar devam etmektedir.

Sonuç olarak NEK başta prematüre bebekler olmak üzere yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebekler için günümüzde halen önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. NEK gelişebilecek hasta gruplarının bilinmesi, riskli

grupta anne sütü ile beslenme, bireysel veya üniteye özgü standart beslenme rejimleri geliştirilmesi, uygun antibiyotik tedavileri ve gelecekte probiyotikler, prebiyotikler gibi önlemeye yönelik ajanların kullanımı ile NEK sıklığı ve şiddeti azaltılabilecektir.

Kaynaklar

1. Eaton S. Necrotizing enterocolitis symposium: epidemiology and early diagnosis. J Pediatr Surg 2017; 52: 223-225
2. Frost BL, Modi BP, Jaksic T, Caplan MS. New medical and surgical insights into neonatal necrotizing enterocolitis: a review. JAMA 2017; 171: 83-88.
3. Niño DF, Sodhi CP, Hackam DJ. Necrotizing enterocolitis: new insights into pathogenesis and mechanisms. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2016;13:590-600.

Prematüre Retinopatisi: Nasıl Yönetelim?

Prof. Dr. Hülya Bilgen

Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Prematüre retinopatisi (PR), gelişmekte olan retinada nöronal ve vasküler gelişimin duraksamasını takiben patolojik kompansatuvar mekanizmaların devreye girmesiyle retinada anormal vaskülarizasyon gelişimi ile sonuçlanan, proliferatif bir vitreo-retinopatidir. Gelişmiş ülkelerde, çocukluk çağı körlüklerinin %10'unu oluşturmaktadır.

I. Epidemiyoloji:

Dünyadaki doğumların yaklaşık %10'u erken doğum olarak gerçekleştiğinden, prematüre retinopatisi günümüzde halen önemli bir sorun olmaya devam etmektedir. Oksijenin kontrolsüz verildiği, yoğun bakım hizmetinin yeterli olmadığı yüksek riskli bölgeler ile ileri düzeyde yoğun bakım hizmeti veren ve PR riski düşük olan bölgeler, dünyadaki PR sıklığını belirlemektedir. Buna göre herhangi bir evredeki tüm PR'nin sıklığı %66, orta düzeyde PR sıklığı %18, şiddetli PR sıklığı ise %6 olarak bildirilmektedir.

Ülkemizde 2011-2013 yılları arasında Türk Neonatoloji Derneği tarafından pek çok ünitenin prematüre retinopatisine ait verileri değerlendirilmiştir. Buna göre taranan 15.745 prematüre bebekte herhangi bir evrede PR sıklığı %30, şiddetli PR sıklığı %5 olarak bildirilmiştir. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde şiddetli PR %8.2 iken 1500 gram ve üzeri bebeklerde bu oran %0.6 olarak bulunmuştur. Tüm bu veriler ışığında PR sıklığının gelişmiş ve gelişmekte olan ülkeler arasında önemli farklılıklar gösterdiği anlaşılmaktadır.

II. Patogenez:

Embriyonik retina, fetal gelişimin dördüncü ayına kadar damarlanmamıştır. Fetusta retinal damarların gelişimi gebeliğin 16. haftasında başlar. Bu haftada oluşmaya başlayan damarlar optik diskten perifere doğru gelişir ve damarlanma 36. gebelik haftasında nazal retinada, temporal retinada ise 40. haftasında tamamlanır. Bu nedenle doğumda retinadaki damarlanma prematüre bebeklerde tamamlanmamıştır. Retinanın periferinde, genişliği gebelik haftasına göre değişen, damarlanmamış bir alan saptanır. Prematüre retinopatisi, retinanın nöronal ve vasküler gelişiminin duraksaması olarak başlar. İlerleyen günlerde bu bebeklerde vasküler gelişim normal olarak devam edebileceği gibi, anormal damar gelişimi ile patolojik bir seyir de izleyebilir. Prematüre retinopatisi genellikle iki fazda sınıflanır. Faz 1, hiperoksiye bağlı olarak normal vasküler gelişimin duraksadığı fazdır. Faz 2 ise patolojik, anormal vaskülarizasyonun olduğu fazdır.

III. Risk Faktörleri:

Prematüre retinopatisinin gelişiminde pek çok etiyolojik faktör düşünülmüşse de en iyi bilinen risk faktörleri doğum ağırlığı ve gebelik yaşının düşük olmasıdır. Özellikle 1000 gramın altı ve 28 haftadan erken doğan bebeklerde retinopati sıklığının belirgin olarak arttığı bilinmektedir. PR için bilinen risk faktörleri aşağıda sıralanmıştır:

- Gebelik yaşı ve doğum ağırlığının düşük olması
- Oksijen tedavisinin süresi ve konsantrasyonu
- Hemodinamik anlamlı kardiyorespiratuvar problemler
- Hiperoksi/hipoksi, hiperkapni/hipokapni
- Asfiksi, hipotermi, metabolik asidoz
- Bir haftadan uzun süren mekanik ventilatör tedavisi
- Bronkopulmoner displazi
- Sepsis/menenjit, sistemik mantar enfeksiyonları
- İntrakraniyal kanama
- Kan transfüzyon sayısı, kan değişimi
- Hiperglisemi/insülin kullanımı
- Prematüre anemisinin tedavisi için erken eritropoetin kullanımı
- Çoğul gebelik

IV. Sınıflama:

Hastalığın sınıflandırılması ICROP (ICROP: International Classification of Retinopathy of Prematurity) önerileri doğrultusunda PR'nin yerleşim alanı, yayılımı, vasküler proliferasyonun evresi ve artı hastalık varlığına göre yapılmıştır.

1.*Yerleşim alanı*

Retinada üç farklı yerleşim alanı belirlenmiştir: ***Zon 1 (arka kutup, iç bölge):*** Merkezi optik disk olan ve optik diskten foveaya olan mesafenin iki katı yarıçapındaki alandır. Bu alan, 60 derecelik bir kavis oluşturur.

Zon 2: Zon 1 sınırından başlayan, nazalde ora serrataya, temporalde anatomik ekvatora uzanan dairesel bir alandır.

Zon 3: Temporal ora serratada sonlanan yarımay şeklinde alandır.

2.*Yayılım*

Hastalığın yayıldığı alan 1-12 saat kadranı veya 30 derecelik meridyenler (saat kadranı) ile ifade edilir.

3.*Evreleme*

Hastalık vasküler proliferasyonun derecesine göre beş evrede sınıflandırılmıştır:

Evre 1 (demarkasyon hattı):

Vasküler ve avasküler retinayı birbirinden ayıran demarkasyon hattı.

Evre 2 (kalkık kenar veya "ridge"):

Evre 1'deki demarkasyon hattı üzerinde oluşan fibröz doku vitreusa doğru kabarıklık gösterir.

Evre 3 (ekstraretinal fibrovasküler proliferasyon):

Kalkık kenar boyunca yeni kan damarları ve fibröz doku büyüyerek vitreus içine doğru uzanması

Evre 4 (subtotal retina dekolmanı): Retinada kısmi ayrılma vardır.

Evre 5 (total retina dekolmanı): Retinanın tamamında dekolman gelişir.

V. Klinik Seyir

Prematüre retinopatisinin doğal seyri, postnatal yaştan daha çok PM yaş ile ilişkilidir. Prematüre retinopatisi, tipik olarak 34. haftada başlasa da, özellikle çok düşük gestasyon haftasındaki prematürelerde daha erken (30-32. haftada) gelişebilir. Normal gelişimini sürdüren retinada, PM 36-42. haftadan sonra hastalık gelişme riski düşüktür. Ancak, retinopati, PM 40-45. haftaya kadar ilerleyebilir veya bebeklerin büyük çoğunluğunda kendiliğinden geriler.

VI. Prematüre Bebeklerin Oftalmolojik İzlemi

Tanı ve Tarama

Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Oftalmoloji Akademisinin 2013 önerilerine göre DA ≤1500 gram ve/veya Gebelik yaşı (GY) ≤30 hafta doğan tüm bebekler ile GY 30 haftadan büyük, DA 1500–2000 gram arasında ve klinik olarak problemleri olan, kardiyopulmoner destek gerektiren bebeklerin taranması önerilmektedir.

Bununla birlikte Türkiye koşullarında ve ulusal çalışmaların ışığında GY seçiminin Amerikan Pediatri Akademisi ve Amerikan Oftalmoloji Akademisinin 2006 yılı önerilerinde olduğu gibi ≤32 hafta doğan tüm bebeklerin taranması uygun gözükmektedir.

Gebelik yaşı ≤32 hafta veya DA ≤1500 gram doğan tüm bebekler ile GY>32 hafta veya DA>1500 gram olup kardiyopulmoner destek tedavisi uygulanmış veya "bebeği takip eden klinisyenin PR gelişimi açısından riskli gördüğü" prematüre bebeklerin taranması uygundur.

Prematüre retinopati taramasına PM yaşa göre başlanmalıdır. Hastaların ilk oftalmolojik muayenesi GY 27 haftadan küçük olan bebeklerde PM 30-31. haftada, ≥ 27 haftada doğan bebeklerde ise postnatal 4. haftada yapılmalıdır.

VII. Muayene ve Dikkat Edilecek Noktalar

Retina muayenesi yetkin ve yeterli olan bir oftalmolog tarafından kapak spekulumu takıldıktan sonra binoküler indirekt

oftalmoskop ile 20 ve 28 dioptrilik lens kullanılarak yapılır.

Muayene esnasında; bebek sırtüstü yatar pozisyonda olmalıdır. Bebek hastanede yattığı sürece muayenenin yenidoğan ünitesi içinde ve yoğun bakım doktorlarının eşliğinde hasta monitorize edilerek yapılması idealdir.

〈 **Retina ve vitreusun görülebilmesi için pupilla dilate edilmelidir.** Pupilin iyi dilate edilmesi periferik retinanın muayene edilebilmesini sağlar ve PR'nin evrelenmesini kolaylaştırır. Muayeneden bir saat önce pupil dilate etme işlemine başlanır. Önerilen; 5 dakika ara ile 2-3 kez birer damla %2,5'luk fenilefrin ve %0,5'lik tropikamid ile pupillanın genişletilmesidir.

Gözün manipülasyonu ve kullanılan damlalara bağlı bradikardi, taşikardi, kardiak aritmi, apne, desaturasyon, hipertansiyon, kusma, gastrik rezidü, geçici paralitik ileus ve nadiren ölüm olabilir. Midriatik damlalar gözün etrafındaki deriden, korneadan, konjunktivadan, nazal mukozadan ve nazolakrimal kanaldan absorbe edilebilir. Emilimin azaltılması yan etki risklerini azaltır.

Prematüre retinopatisi muayenesi ve özellikle spekulum kullanılması ağrılı bir işlemdir. Topikal anestezi altında ve non-farmakolojik analjezi sağlamak önemlidir.

Göz muayeneleri esnasında enfeksiyon kontrol önlemlerine azami uyum sağlanmalıdır: aksi takdirde enfeksiyöz konjonktivit ve sistemik enfeksiyonlara yol açabilir. Oftalmologlar her muayene öncesi ellerini uygun bir şekilde yıkamalı ve tüm hijyenik kurallara uymalıdır. Her hasta için steril göz kapağı spekulumu ve sklera indentörü kullanılır.

VIII. TEDAVİ:

Prematüre retinopatisi tedavisinde amaç retinal ayrılma veya skar gelişiminin önlenmesi ve görmenin optimal şekilde sağlanmasıdır. Standart tedavi periferik avasküler retinanın kriyoterapi veya lazer fotokoagülasyon ile ablazyonudur, Anti-vasküler endotelyal büyüme faktörünün (anti-VEGF) intravitreal uygulanması günümüzde giderek kullanım alanı bulan ve seçilmiş vakalarda kullanılan bir diğer tedavi seçeneğidir. Cerrahi tedavi ise özellikle ileri evre PR olgularında kullanılmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Kong L, Fry M, Al-Samarraie M, Gilbert C, Steinkuller PG. An update on progress and the changing epidemiology of causes of childhood blindness worldwide. J AAPOS 2012;16:501-7.

2. Darlow BA, Zin AA, Beecroft G, Moreira ME, Gilbert CE. Capacity building of nurses providing neonatal care in Rio de Janeiro, Brazil: methods for the POINTS of care project to enhance nursing education and reduce adverse neonatal outcomes. BMC Nurs 2012;11:3.

3. Darlow BA, Hutchinson JL, Henderson-Smart DJ, Donoghue DA, Simpson JM, Evans NJ. Prenatal risk factors for severe retinopathy of prematurity among very preterm infants of the Australian and New Zealand Neonatal Network. Pediatrics 2005; 115:990-6.

4. Gilbert C, Fielder A, Gordillo L, et al. Characteristics of infants with severe retinopathy of prematurity in countries with low, moderate, and high levels of development: implications for screening programs. Pediatrics 2005; 115:e518-e25.

5. Bas AY, Koc E, Dilmen U, ROP Neonatal Study Group. Incidence and severity of retinopathy of prematurity in Turkey. Br J Ophthalmol 2015;0:1-4.

6. Gomella TL, Cunningham MD, Eyal FG. Neonatology: management, procedures, on-call, problems. Mc Graw Hill& Lange, 2013:844–9.

7. Sun Y, Hellström A, Smith LEH. Retinopathy of prematurity. In:Fanaroff AA, Martin RJ, Walsh M (eds). Neonatal Perinatal Medicine (9th ed). St Louis: Mosby, 1767-74.

8. International Committee for Classification of ROP: The International Classification of Retinopathy of Prematurity revisited. Arch Ophthalmol 2005; 123: 991-9.

9. Section on Ophthalmology, American Academy of Pediatrics; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus. Screening examination of premature infants for retinopathy of prematurity. *Pediatrics* 2013;131:189-95.

10. Kashani AH, Drenser KA, Capone A. Retinopathy of Prematurity. In: Yanoff M, Duker JS (ed). Ophtalmology (fourth ed). New York: Elsevier Saunders, 2014.

11. Koç E, Baş A Y, Özdek Ş, Ovalı F, Başmak H. TND ROP Çalışma Grubu,Türkiye prematüre retinopatisi rehberi. Türk Neonatoloji Derneği, 2016.

Otit / Sinüzit / Tonsilit (Olgular Eşliğinde)

Doç. Dr. Nevin Hatipoğlu

S.B. Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Üst solunum yolu hastalıkları çocukluk çağında sık rastlanan enfeksiyon hastalıkları arasındadır. Bu grup hastalıklar arasında akut otitis media, akut sinüzit, akut farenjit en önde gelen tanılardır.

OTİT

Akut otitis media (AOM, akut orta kulak iltihabı) orta kulakta akut iltihap bulgularıyla birlikte orta kulak boşluğunda sıvı toplanması durumudur. Özellikle küçük çocuklar ve sütçocuklarının hastalığıdır. Her beş çocuktan 3 veya dördü hayatının ilk 1 yılı içinde ve neredeyse tamamına yakını ilk 3 yıl içinde en az bir kez AOM geçirir. AOM geçirmeyi kolaylaştırıcı bazı durumlar vardır. Küçük yaş, benzer hastalıklı aile bireyinin olması, yuvaya gitmek, anne sütü almamış olmak, pasif sigara içiciliği, emzik kullanımı, damak anomalisi, alerjik rinitte AOM geçirme riski artmıştır.

Orta kulakta sıvı varlığı olmasına rağmen enfeksiyonun bulunmaması efüzyonlu otitis media (EOM) olarak tanımlanır.

AOM gelişiminde, genellikle öncesinde viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirilmiştir. Mukozası nispeten bozulmış olan orta kulak boşluğu böylece solunum yollarındaki patojenlerle kolonize hale gelir. Viruslar AOM'nın sık etkenleri olarak gösterilir. Respiratuvar sinsisyal virus, rhinovirus, enteroviruslar, influenza virus, adenovirus, metapnömovirus, koronaviruslar en çok saptanan viruslardır. Bakteriyel ajanlar arasında en sık pnömokoklar izole edilmiştir. *Haemophilus influenzae* suşları genellikle tiplendirilemeyen bakterilerdir ve yaklaşık yarısı beta-laktamaz üretmektedir. *Moraxella catarrhalis* AOM olgularının az bir kısmından sorumlu olup %90'dan fazlası beta-laktamaz üretir.

Orta kulak enfeksiyonunun semptom ve klinik bulguları özellikle küçük çocuklarda özgün değildir. Ateş, huzursuzluk, baş ağrısı, kusma veya ishal olabilir Kulak ağrısı en sık ve en yönlendirici bulgudur. Kulak zarı muayenede kabarık görünür, kulak akıntısı ve işitme kaybı olabilir. Komplikasyon gelişen hastalarda tinnitus, kulak çevresinde şişlik, vertigo, nistagmus, ve yüz felci görülebilir. Pnömatik otoskop, küçük çocuklarda kulak zarını değerlendirmede kolaylık sağlar.

Tedavide kulak ağrısı için analjezikler yararlı iken dekonjestan ve antihistaminikler önerilmez. Uygun antibiyotik tedavisile bulgular 24-72 saatte geriler. Altı ayın altındaki bebekler mutlaka antibiyotikle tedavi edilmelidir. Şiddetli kulak ağrısı, 48 saatten fazla süredir ağrı veya 39°C üzerinde ateşi olan veya iki taraflı enfeksiyonu olan 6 ay-2 yaş arasındaki bebeklere de tedavi uygulanmalıdır. İlk tercih olarak amoksisilin kullanılmalıdır. Timpanostomi tüpü olan çocuklarda kinolonlu kulak damlaları ağızdan antibiyotik kadar etkilidir. Çocuklarda akut otitis media tedavisinde önerilen antibiyotikler tablo 1'de verilmiştir.

İki yaştan büyük çocuklarda immun-baskılanma, yüz anomalisi, kulak akıntısı yoksa ve bulgular hafifse (2 günden kısa süredir şiddetli olmayan ağrı, ateş <39°C) hasta antibiyotiksiz izlenebilir. 48-72 saat içinde kötüye gidiş geliştiğinde antibiyotik başlanmalıdır.

Şiddetli kulak ağrısının giderilmesi için kulak zarının delinmesi ve içeriğin boşalması rahatlama sağlar. Ağrının devam etmesi mastoidit ve çevreye enfeksiyonun yayılımı gibi komplikasyonları düşündürür. Yetersiz tedavi edildiğinde menenjit, epidural apse, subdural ampiyem, beyi apsesi, lateral sinüs veya kavernöz sinüs trombozu, karotis arter trombozu gibi prognozu daha ciddi durumlar ortaya çıkabilir.

Orta kulaktaki iltihabın antibiyotikle uygun tedavisine rağmen boşlukta sıvı kalabilir ve yeni antibiyotik kullanımını gerektirmez.

Tam iyileşmeden sonra aynı klinik durumun 30 gün içinde ortaya çıkması tekrarlayan AOM olarak bilinir. Sigara dumanına maruz kalma, küçük yaş (<6 ay), anne sütüyle beslenememe, emzik kullanma, yuvaya gitme risk faktörleridir. Tedavisinde dirençli patojenler düşünülerek seftriakson veya levofloksasin önerilir. Son 6 ay içinde en az 3 veya son 12 ay içinde en az 4 ayrı enfeksiyon atağı geçiren çocuklara timpanostomi tüpü önerilebilir.

Enfeksiyon sonrası uzun dönem komplikasyonlar işitme kaybı ve konuşma gelişiminde yavaşlama, yüz felci ve kronik süpüratif otit (>6 haftadır akıntı) olarak sayılabilir.

Akut orta kulak enfeksiyonundan korunmada ülkemizde de rutin uygulanan 13 valanlı konjuge pnömokok aşısı, ayrıca 23 valanlı polisakkarid aşı ve grip aşısı yapılmalıdır.

SİNÜZİT

Akut sinüzit paranazal sinüslerin enfeksiyonuna bağlı ortaya çıkan hastalık tablosudur. En sık viral etkenlere bağlı gelişir. Sinüs içi

yanında burun mukozası da genellikle etkilenir ve ortaya çıkan tablo için akut rinosinüzit terimi daha doğrudur. Viral rinosinüzit 7-10 günde kendiliğinden düzelir. Bakterilerle oluşan enfeksiyon da antibiyoterapisiz ve kendiliğinden düzelebilir. Ancak antibiyotikler daha hızlı iyileşme sağlar.

Sinüs anatomisi incelendiğinde paranazal sinüsler burun boşluğunun uzantıları olarak değerlendirilebilir. Maksiller sinüsler doğumda mevcuttur ve çocuk 4 yaşa geldiğinde anatomik yapısı oldukça gelişmiş haldedir. Maksiller sinüsün burun boşluğuna açıklığını sağlayan sinüs ağzı mediyal duvarının üst kısmında yer alır. Sonuçta sinüs içindeki salgıların burun boşluğuna boşalması yerçekimine ters yönde bir harekettir ve bunun için siliyer aktivite çok önemlidir. Etmoid sinüsler de doğumda oluşmuştur. Sfenoid ve frontal sinüslerin gelişimi çocukluk döneminde devam eder ve 12 yaşa kadar erişkin boyutlarına yakın hale gelirler.

Akut bakteriyel rinosinüzit şu şekilde sınıflandırılır:

- *Akut:* Semptomlar 30 gün içinde tamamen geriler.
- *Subakut:* Semptomlar 30-90 gün içinde düzelir.
- *Tekrarlayan akut:* Altı aylık dönem içinde 30 günden kısa süren ve aralarında en az 10 gün iyilik hali olan en az 3; veya 12 ay içinde en az 4 enfeksiyon atağı olması ve her enfeksiyonun antibiyoterapiye yanıt vermesi.

Kronik sinüzit paranazal sinüs iltihabının ve hastanın semptomlarının 90 günden uzun sürmesi olarak tanımlanır. Alerji, kistik fibroz, siliyer diskinezi, gastroösofageal reflü ve çevresel irritanlar gibi altta yatan enfeksiyon dışı bir sebep bulunabilir.

Paranazal sinüs içi steril bir alandır. Burun ve nazofarenksi döşeyen zarlar sinüs içini de kapladığından bu bölgelerin bakteri kolonizasyonu sinüs içini de kontamine edebilir. Siliya epitelinin hasarı, mukus viskozitesinin bozulması veya sinüs ağzının tıkanması gibi nedenlerle sinüs içi bakteriyle dolar ve enfeksiyon gelişebilir. Viral üst solunum yolu enfeksiyonları, yuvaya gitmek, alerjik rinit, sigara, adenoid hipertrofi gibi durumlarda sinüzit gelişimi kolaylaşır.

Kesin tanı için sinüs aspirasyonu yapılarak etken araştırılabilir. Ancak zor bir tanı yöntemidir komplike olmayan vakalarda önerilmez. *Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae (tiplendirilemeyen)* ve *Moraxella catarrhalis* akut bakteriyel rinosinüzitin en sık etkenleridir. İki yaş altındaki, kreşe giden, son 1 ay içinde antibiyotik kullanmış olan veya son 5 ay içinde hastaneye yatmış olan çocuklarda dirençli patojen olma ihtimali yüksektir.

Klinik bulgular viral üst solunum yolu enfeksiyonundaki bulgulara benzer. Klinik seyrin, özellikle semptomların sebat etmesi viral ve bakteriyel etiyoloji ayırımında yararlıdır. Kuru veya balgamlı öksürük bakteriyel rinosinüzitin önemli bir semptomudur. Burun akıntısı sulu, seröz veya pürülan olabilir. Nefeste kötü koku, baş ve yüz ağrısı vardır. Viral sinüzitte genellikle ateş 2 günde sonlanır ve komplikasyon gelişmemişse çoğu 7-10 günde düzelir. Burun salgısı sulu ve berraktır; zamanla mukuslu hatta pürülan hale gelebilir.

En az 3 gündür 39°C ve üzerinde ateş şiddetli enfeksiyonu işaret eder. Semptomların 10 günden uzun sürmesi ve kötüleşmesi bakteriyel enfeksiyonu destekler. Tedavi edilmeyen vakalarda göz ve kafa içine yayılım ortaya çıkabilir.

Radyolojik çalışmalar enfeksiyonun viral veya bakteriyel olduğunu ayırt ettirememektedir ve rutin önerilmemektedir. Orbita veya kafa içi komplikasyon varlığında görüntülemeye başvurulmalıdır. Ağır hastalarda, yayılım gösteren enfeksiyonda, bağışıklık sistemi bozukluğunda, tekrarlayan veya tedaviye yanıt alınamayan durumlarda mikrobiyolojik inceleme önerilebilir.

Bakteriyel rinosinüzit klinik bulgularıyla başvuran çocuklarda antibiyotik tedavisi hemen başlanmalıdır (Tablo 2). Tedavi, *S. pneumoniae, H. influenzae ve M. catarrhalis*'e etkili olmalıdır. Ayrıca hastalığın şiddeti, komplikasyon ihtimali, dirençli patojenle enfeksiyon, uygulama kolaylığı ve yan etkiler de göz önüne alınmalıdır. İlk tercih olarak amoksisilin veya amoksisilin-klavulanat uygundur. Amoksisilin-klavulanat ampisiline dirençli beta-laktamaz üreten *H. influenzae ve M. catarrhalis* için de iyi bir tercihtir. Amoksisilin direnç ihtimali yoksa 45 mg/kg/gün, direnç ihtimali varsa 90 mg/kg/gün önerilmektedir. İkinci kuşak sefalosporinler (sefuroksim aksetil ve sefprozil), üçüncü kuşak sefalosporinler (sefpodoksim, sefdinir); beta-laktam anafilaksisi veya intoleransı varsa azitromisin veya klaritromisin, bunlar etkisizse ve daha güvenilir bir ajan yoksa levofloksasin uygun bir tedavi seçeneğidir. Hasta ağızdan ilaç alamıyorsa ampisilin-sulbaktam veya sefotaksim / seftriakson verilebilir. Tedavi süresi 10 gündür. Dirençli patojen, komplikasyon, enfeksiyon dışı neden ve immün yetersizlik gibi durumlarda tedaviye beklenen yanıt alınamaz. Bu durumda ayaktan hastalarda düşük doz amoksisilin (45 mg/kg/gün) kullanılmışsa dozun 2 katına çıkarılması veya antibiyotik sınıfının değiştirilmesi önerilebilir. Yatarak tedavi alanlarda klinik iyileşme yoksa radyolojik görüntüleme ile komplikasyon araştırılmalıdır. Yüksek dirençli pnömokoklar ve *Staphylococcus aureus* etken olasılığına karşı vankomisin ± metronidazol (anaerop bakteriler için) eklenmelidir. Tedavi değişikliği yapılan durumlarda hastanın semptomlarında düzelme gözlendikten sonra 1 hafta daha tedavi sürdürülmelidir.

Semptomatik tedavide sinüs drenajının artırılması için burnun tuzlu su ile yıkanması, topikal veya sistemik dekonjestanlar, antihistaminikler, burun içi steroid ve sinüs aspirasyonu gibi yöntemlerin çocuklarda etkinliği ile ilgili bilgiler sınırlıdır. Tuzlu su hem ucuz ve kolay uygulandığından önerilebilir. Altta yatan alerji/atopi sorunu olmayan çocuklara dekonjestan, antihistaminik veya burun içi steroid uygulaması önerilmez. Dekonjestanlar doku ödemini azaltarak rahatlama sağlayabilirler, diğer yandan salgıların

vikozitesini artırma, burun mukozasında kan akımını azaltma (antibiyotiklerin bölgeye ulaşmasını engeller) ve huzursuzluk gibi yan etkileri vardır.

TONSİLİT

Akut tonsilofarenjit, farenksin ve tonsillerin akut enfeksiyonudur. Tonsilit, tonsilofarenjit, farenjit ve nazofarenjit tanımlarının tümünü içerir.

Akut tonsilofarenjitin en sık nedeni viral etkenlerdir. Respiratuvar sinsisyal virus, parainfluenza virus, adenovirus, influenza A, Epstein-Barr virus, herpes simpleks, rinovirus, koronavirus, enteroviruslardan coxsackie ve echovirus akut tonsilofarenjit yapan viral ajanlardır. Bu etkenlere bağlı üst solunum yolu enfeksiyonları en sık kış aylarında görülür. Çocuklardaki bakteriyel farenjitin en sık etkeni Grup A streptokoklardır (GAS). Yüzde 15-30 oranında rastlanır. Daha seyrek olarak saptanan diğer bakteriler *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoea* ve *Arcanobacterium haemolyticum*'dur. Bakteriyel ajanlardan tiplendirilemeyen *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, viridans streptokoklar, *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis* ve *Moraxella catarrhalis* farenks ve nazofarenksin normal florasıdır.

Viral tonsilofarenjitler sessiz başlar. Ateş, halsizlik, iştahsızlık ve boğaz ağrısı, ses kısıklığı, rinit gibi semptomlar vardır. Yumuşak damakta ve farenkste ülserasyon, tonsillerde eksüdasyon görülebilir. Servikal lenf nodları büyümüş, sert ve ağrılıdır. Bu bulgular GAS farenjitinden ayırımını zorlaştırır. Hastalık 1-5 gün sürebilir.

GAS tonsilofarenjitinde boğaz ağrısı iki yaşından büyük çocukların en önemli şikayetlerinden biridir. Başağrısı, karın ağrısı ve kusma da olabilir. Ateş ilk 12 saatte başlar ve 40°C'ye kadar yükselebilir, 1-4 gün devam eder. Hastaların çoğunluğunda farenkste eritem vardır. Bazı çocuklarda tonsillerde büyüme, eksüdasyon, yumuşak damakta peteşi görülebilir. Ön servikal lenf bezlerinde büyüme vardır.

GAS'ların farenksteki kolonizasyonu aktif enfeksiyona veya asemptomatik taşıyıcılığa neden olabilir. Taşıyıcılık çocukların ortalama %10'unda görülür. Taşıyıcılarda romatizmal ateş riski yoktur. Başkalarına da bulaştırmazlar.

Hastanın yaşı, klinik bulgular, mevsim, epidemiyolojik veriler, ailede romatizmal ateş veya poststreptokokal glomerülonefritli bir kişinin bulunması GAS testlerinin yapılıp yapılmamasında etkili olmaktadır. Tanıda en önemli amaç tedavi gerektirmeyen viral tonsilofarenjiti, GAS'a bağlı akut tonsilofarenjitten ayırt etmektir.

Akut faz reaktanları tanıda hem viral hem de bakteriyel enfeksiyonlarda benzer sonuçlar verir.

Akut streptokok tonsilofarenjitinde boğaz kültürü altın standarttır. Uygun koşullarda duyarlılığı %95'dir. GAS farenjitinde hızlı tanı testleri boğaz sürüntüsünden GAS'ın ekstrasellüler antijenlerinin bir iki dakikada saptanmasına dayanır. Kültür pozitif olguların %15-20'sinde test negatif sonuç verir. Boğaz sürüntüsünde antijen negatif olanlarda kültür alınmalıdır. Pozitif olanlarda tedaviye başlanmalıdır, bu durumda kültüre gerek yoktur.

GAS taşıyıcısı viral farenjit geçirdiğinde tanı zorlaşmaktadır. Taşıyıcıdaki GAS ile akut enfeksiyonu birbirinden ayırt eden bir yöntem yoktur. GAS tonsiliti olan hasta ile aynı evde yaşayan geçirilmiş romatizmal ateş öyküsü olan birey varsa aile üyelerinde tarama testi ve gerekli olduğunda tedavi yapılmalıdır.

Tedaviden sonra boğaz kültürü romatizmal ateş açısından riski olan kişilere yapılmalıdır. Okullarda, çocuk bakım evlerinde rutin kültüre gerek yoktur, salgınlarda yapılmalıdır.

GAS farenjitinin neden olduğu akut morbidite dışında genel olarak tedavi edilmediğinde otitis media, sinüzit, peritonsiller, retrofarengeal apse ve süpüratif servikal adenit görülür. Akut romatizmal ateş ve akut glomerülonefrit GAS enfeksiyonunun süpüratif olmayan ancak hayati önemi olan ciddi komplikasyonlarıdır.

Viral tonsilofarenjitlerde tedavi semptomatiktir. Antibiyotik tedavisi yalnızca GAS tonsilofarenjitinde yapılır. Sivil toplumlarda tedavi edilmemiş GAS tonsilofarenjitinde %1 oranında romatizmal ateş (RA) ortaya çıkar. RA gelişmekte olan ülkelerde problem olmaya devam etmektedir. Etkili bir tedavi ile GAS tonsilofarenjitinde RA riski %90 oranında azalmaktadır. Yeterli tedaviye rağmen GAS %10 oranında farenkste varlığını devam ettirmektedir.

Akut GAS tonsilofarenjitinin tedavisinde amaç çocukları RA ve poststreptokokal glomerulonefrit gibi komplikasyonlardan korumak, hastalığı kontrol altına alarak kısa sürede iyileşmeyi sağlamak ve hastalığın yayılımını önlemektir. GAS tonsilofarenjitinin tedavisinde (Tablo 3) penisilin seçilecek ilaçtır. Tüm dünyada GAS'lar penisiline duyarlıdır. Alternatif olarak amoksisilin, azitromisin, klaritromisin ve 1, 2, 3'üncü jenerasyon sefalosporinler de önerilmektedir. Genel olarak bu tip antibiyotikler penisilinden çok daha pahalı ve çoğunlukla yan etkileri de daha fazladır. Penisilin ucuzdur, yan etkisi azdır. Antimikrobiyal tedavi klinik iyileşmeyi 12-24 saat içinde sağlar. Tedavinin hemen veya 48 saat sonra başlatılması hastalığın tekrarında bir farklılık yaratmamaktadır. Antimikrobiyal tedavinin en önemli yararı romatizmal ateşin önlenmesidir. Tedavi 9'uncu günde yapılsa bile RA'nın önlenmesi %100'dür. Dokuzuncu günden sonraki tedavide bile az da olsa önleyici yararı vardır. Antimikrobiyal tedavinin poststreptokokal

glomerülonefriti önleyip önlemediği kesin bilinmemekle beraber genel kanı etkisinin olmadığıdır.

Tedavi edilmiş hastaların semptomları tekrarlamadıkça kültürle izlenmesine gerek yoktur. Boğaz kültürü pozitif, tekrarlayan GAS farenjiti geçiren çocuklar özel bir sorundur. Aynı suş ile rölapslar kullanılan antibiyotiğe uyumsuzluktan kaynaklanabilir. Suş ön görülen antibiyotiğe direnç veya tolerans gösterebilir veya farengeal florada bulunan stafilokok veya anaeroblar beta-laktamaz oluşturarak beta-laktam antibiyotiği etkisiz hale getirebilirler. Penisilinin ince barsaktan kötü emilimi, tonsiller dokuya kötü penetrasyonu, tedavi süresinin yetersizliği, ekolojik bozukluklar, re-enfeksiyon, immünolojik defektler tedaviyi başarısız kılar. Tedaviyi etkili kılmak için amoksisilin-klavulanat veya klindamisin önerilir.

GAS taşıyıcılığında çok kere tedavi gereksizdir. Bu durum taşıyıcı kişiye de, çevresine de zarar vermez ancak bazı durumlarda farenkste GAS eradikasyonu gerekmektedir. Akut romatizmal ateş ve poststreptokokal glomerülonefrit salgınlarında, iç içe yaşayan toplumlardaki GAS farenjit salgınlarında, ailede RA öyküsü olduğunda, uygun antibiyotik tedavisine rağmen aile içinde GAS farenjitinin tekrarlaması, GAS enfeksiyonunun ailede aşırı derecede anksiyete yarattığı durumlarda, kronik GAS taşıyıcılığı nedeniyle tonsillektomi düşünüldüğünde, ev içi temasına bağlı GAS'ın neden olduğu toksik şok sendromu veya nekrotizan fassiit geliştiğinde, taşıyıcı tedavi edilmelidir (Tablo 4).

KAYNAKLAR

1. Aksaray N, Alhan E, Bakır M, Camcıoğlu Y, Hacımustafaoğlu M, Sıdal M, Öneş Ü, Örmeci AR, Yalçın I, eds. Çocuklarda akut tonsillofarenjit. Çocuklarda Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları. Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği. Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları Çalışma Grubu yayınları: İstanbul Elit Ofset, 2002: 35-48.
2. American Academy of Pediatrics. Group A streptococcal infections. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:732-44.
3. American Academy of Pediatrics. Principles of appropriate use of antimicrobial therapy for upper respiratory tract infections. In: Kimberlin DW, Brady MT, Jackson MA, Long SS, eds. Red Book: 2015 Report of the Committee on Infectious Diseases. 30th ed. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics; 2015:878-80.
4. American Academy of Pediatrics Subcommittee on Management of Acute Otitis Media. Diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2004; 113:1451-65.
5. American College of Radiology. ACR Appropriateness Criteria. Sinusitis -- Child. http://www.acr.org/secondarymainmenucategories/quality_safety/app_criteria/pdf/expertpanelonpediatricimaging/sinusitischilddoc8.aspx.
6. Arnold JC, Nizet VT. Pharyngitis. In: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 4th ed. Edinburgh: Elsevier Saunders, 2012: 199-205.
7. Bisno AL, Gerber MA, Gwaltney JM Jr, Kaplan EL, Schwartz RH. Infectious Diseases Society of America. Practice guidelines for the diagnosis and management of group A streptococcal pharyngitis. Clin Infect Dis 2012; 35:113-25.
8. Bradley JS, Jackson MA, Committee on Infectious Diseases, American Academy of Pediatrics. The use of systemic and topical fluoroquinolones. Pediatrics 2011; 128:e1034-e1045.
9. Cherry JD. Pharyngitis (Pharyngitis, tonsillitis, tonsillopharyngitis, and nasopharyngitis). In: Cherry JD, Harrison GJ, Kaplan SL, Steinbach WJ, Hotez P, eds. Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th ed. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2014: 156-65.
10. Cherry JD, Mundi J, Shapiro NL. Rhinosinusitis. In: Feigin and Cherry's Textbook of Pediatric Infectious Diseases, 7th ed, Cherry JD, Harrision GJ, Kaplan SL, et al. (Eds), Elsevier Saunders, Philadelphia 2014. p.193.
11. Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. Clin Infect Dis 2012; 54:e72-e112.
12. Coker TR, Chan LS, Newberry SJ, et al. Diagnosis, microbial epidemiology, and antibiotic treatment of acute otitis media in children: a systematic review. JAMA 2010; 304:2161-9.
13. DeMuri GP, Wald ER. Clinical practice. Acute bacterial sinusitis in children. N Engl J Med 2012; 367:1128-1134.
14. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics 2013; 131:e964-99.

15. Pichichero ME. Evaulating the need, timing and the best choice of antibiotic therapy for acute otitis media and tonsillopharyngitis infectious in children. Pediatr Infect Dis J 2000; 19 (12 Suppl): 131-40.

16. Pichichero ME, Green JL, Francis AB, Marsocci SM, et al. Recurrent group A streptoccal tonsillopharyngitis. Pediatr Infect Dis J 1998; 17: 809-15.

17. Shaikh N, Hoberman A, Rockette HE, Kurs-Lasky M. Development of an algorithm for the diagnosis of otitis media. Acad Pediatr 2012; 12:214-8.

18. Todd JK. Streptococcal infections. In: Gershon AA, Hotes PJ, Katz SL, eds. Krugman's Infectious Diseases of Children, 11th ed. Philadelphia: Mosby, 2004: 641-54.

19. Wald ER. Sinusitis. In: Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases, 4th ed, Long SS, Pickering LK, Prober CG. (Eds), Elsevier Saunders, Edinburgh 2012. p.227.

20. Wald ER, Applegate KE, Bordley C, et al. Clinical practice guideline for the diagnosis and management of acute bacterial sinusitis in children aged 1 to 18 years. Pediatrics 2013; 132:e262-280.

Tablo 1: Çocuklarda akut otitis media tedavisinde önerilen antibiyotikler.

Antibiyotik	Veriliş şekli	Doz	Günlük Maksimum Doz
İlk Tercih İlaçlar			
Amoksisilin	Ağızdan	90 mg/kg/gün iki dozda	3 g/gün
Amoksisilin-klavulanat*	Ağızdan	90 mg/kg/gün iki dozda	3 g/gün (amoksisilin bileşeni)
Penisiline hafif alerjik yanıtı olan çıocuklarda alternatif tedavi (anafilaksi, bronkospazm, veya anjiyoödem yok)			
Sefdinir	Ağızdan	14 mg/kg/gün bir ya da iki dozda	600 mg/gün
Sefpodoksim	Ağızdan	10 mg/kg/gün iki dozda	400 mg/gün
Sefuroksim	Ağızdan	30 mg/kg/gün iki dozda	1 g/gün
Seftriakson	Kas içi veya damar içi	50 mg/kg/gün tek dozda 1-3 gün	1 g/gün
Penisilin ve sefalosporinlere ciddi alerjisi olan çocuklarda alternatif tedavi (anafilaksi, bronkospazm, anjiyoödem veya ciddi ürtiker var)			
Azitromisin	Ağızdan	10 mg/kg/gün ilk gün tek dozda, sonra 5 mg/kg/gün tek dozda 2-5. günler	500 mg/gün ilk gün; 250 mg/gün 2-5. günler
Klaritromisin	Ağızdan	15 mg/kg/gün iki dozda	1 g/gün
Klindamisin	Ağızdan	30-40 mg/kg/gün üç dozda	1.8 g/gün
Eritromisin-sulfisoksazol	Ağızdan	50 mg/kg/gün (eritromisin bileşeni) 3-4 dozda	2 g/gün (eritromisin bileşeni)

* Son 30 gün içinde bir beta-laktam antibiyotik (ör, penisilinler, sefalosporinler) kullanmış olan veya beraberinde pürülan konjonktiviti olan veya amoksisiline yanıtsız tekrarlayan otiti olan çocuklarda seçilebilir.

Tablo 2: Çocuklarda akut bakteriyel sinüzit tedavisinde önerilen antibiyotikler.

Endikasyon	İlk Tercih	İkinci Tercih
İlk ampirik tedavi	• Amoksisilin klavulanat (45 mg/kg/gün 2 dozda)	• Amoksisilin klavulanat (90 mg/kg/gün 2 dozda)
β-laktam alerjisi		
Tip I aşırı duyarlılık		• Levofloksasin (10-20 mg/kg/gün 1-2 dozda)
Tip I dışı aşırı duyarlılık		• Klindamisin (30-40 mg/kg/gün 3 dozda) + Sefiksim (8 mg/kg/gün 2 dozda) YA DA Sefpodoksim (10 mg/kg/gün 2 dozda)]
Antibiyotik direnci olasılığı / İlk tedaviye yanıtsız		• Amoksisilin klavulanat (90 mg/kg/gün 2 dozda) • Klindamisin (30-40 mg/kg/gün 3 dozda) + Sefiksim (8 mg/kg/gün 2 dozda) YA DA Sefpodoksim (10 mg/kg/gün 2 dozda)] • Levofloksasin (10-20 mg/kg/gün 1-2 dozda)
Hastaneye yatış gerektiren ağır enfeksiyon		• Ampisilin-sulbaktam (200-400 mg/kg/gün 4 dozda) • Seftriakson (50 mg/kg/gün 2 dozda) • Sefotaksim (100-200 mg/kg/gün 4 dozda) • Levofloksasin (10-20 mg/kg/gün 1-2 dozda)

Tablo 3: Çocuklarda GAS tonsilofarenjit tedavisinde önerilen antibiyotikler.

İlaç, Veriliş Yolu	Doz	Süre
Penisilin alerjisi yok		
Penisilin V, ağızdan	Çocuk: 250 mg günde 2-3 kez Adölesan ve yetişkin: 250 mg günde 4 kez ya da 500 mg günde 2 kez	10 gün
Amoksisilin, ağızdan	50 mg/kg günde bir kez (maks. 1000 mg); alternatif 25 mg/kg (maks 500 mg) günde 2 kez	10 gün
Benzatin penisilin G, kas içi	< 27 kg: 600,000 Ü; ≥ 27 kg: 1,200,000 Ü	1 doz
Penisilin alerjisi var		
Sefaleksin[a], ağızdan	20 mg/kg/doz (maks. 500 mg) günde 2 kez	10 gün
Sefadroksil[a], ağızdan	30 mg/kg (maks. 1 g) günde tek doz	10 gün
Klindamisin, ağızdan	7 mg/kg/doz (maks. 300 mg) günde 3 kez	10 gün
Azitromisin[b], ağızdan	1. gün 12 mg/kg (maks. 500 mg), sonraki 4 gün 6 mg/kg (maks. 250 mg) , günde 1 kez	5 gün
Klaritromisin[b], ağızdan	7.5 mg/kg/doz (maks. 250 mg) günde 2 kez	10 gün

Tablo 4: Çocuklarda GAS kronik taşıyıcılığında önerilen antibiyotikler.

İlaç, Veriliş Yolu	Doz	Süre
Ağızdan		
Klindamisin	20-30 mg/kg/gün 3 dozda (maks. 300 mg/doz)	10 gün
Penisilin V + Rifampisin	50 mg/kg/gün 4 dozda (maks. 2000 mg/gün) + 20 mg/kg/gün tek doz (maks. 600 mg/gün)	10 gün + Tedavinin son 4 günü
Amoksisilin-klavulanat	40 mg amoksisilin/kg/gün 3 dozda (maks. 2000 mg amoksisilin/gün)	10 gün
Kas içi ve ağızdan		
Benzatin penisilin G (kas içi) + Rifampisin	< 27 kg: 600,000 Ü, ≥ 27 kg: 1,200,000 Ü + 20 mg/kg/gün 2 dozda (maks. 600 mg/gün)	1 doz + 4 gün

Hışıltılı Çocuğa Yaklaşım

Doç. Dr. Saniye Girit

Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Son yıllarda Hışıltılı çocuk (wheezy infant), pediatrinin gündeminde sıklıkla tartışılmakta ve bu konuda pek çok araştırma yapılmaktadır. Hışıltı süt çocukluğu ve okul öncesi dönemde çok sık karşılaşılan bir semptomdur. On sekiz yaş altında astım tedavisi alan hastaların % 27'sinin 0-4 yaş aralığındadır.

Havanın obstrüktif hava yollarında yaptığı turbulans ve hava yolları çeperlerinin oluşturduğu titreşime bağlı olarak duyulan ses hışıltı olarak tanımlanır. Pulmoner hastalıkların seyri esnasında ortaya çıkan inflamasyon, bronkospazm ve mukozal ödem; hava yollarında daralmaya yol açar. Daralmış hava yolunda ki türbülans ve titreşime bağlı hışıltı ortaya çıkar. Bu şekilde oluşan hışıltı, bazen tek bir atak şeklinde başlayıp bitebilir. Uzun süreli olabilir veya yineleyen ataklar şeklinde gelişebilir. Bu nedenle ''hışıltılı çocuk'' tanımlanırken hışıltının süresi önemlidir. Dört haftadan daha uzun sürmesi; persistan hışıltı, üç veya daha fazla atak şeklinde gelişmesi; yineleyen hışıltı olarak tanımlanmaktadır. Ayrıca bu hışıltı ataklarının bronkodilatatör veya antiinflamatuvar tedavi ile düzelmesi viral infeksiyonlarla da tetiklenebilmesi diğer bir özelliğidir. Her yaşta farklı etiyolojik etkenler akut, persistan veya yineleyen hışıltı nedeni olarak ortaya çıkabilirler.

Etiyolojide görülen nedenlerin tanıya giderken oldukça detaylı bir şekilde değerlendirilmesi, olgunun tanısının konması için iyi bir ayırıcı tanının yapılması gereklidir. Tanıya giderken iyi bir öykü ve fizik muayene yanısıra serum IgE düzeyi, Spesifik IgE, deri testleri (prick), akciğer grafileri, solunum fonksiyon testleri, reversibilite ve bronş provokasyon testleri yardımcıdır. İki yaşından büyük çocuklarda yineleyen, inatçı hışıltı ataklarının üçte biri astım tanısı almaktadır. Bu ataklar çoğunlukla viral üst solunum yolu enfeksiyonları ile tetiklenmektedir. Bu çocuklar sıklıkla atopik bulgulara da sahiptirler ve aile bireylerinde ıgE yüksekliği, astma, egzema, allerjik rinit gibi atopik bir hastalıklar görülebilir. Yine çocuğun kendisinde bir başka atopik hastalık (allerjik rinit, egzema) beraberinde bulunabilir. Ataklar egzersiz, soğuk hava inhalasyonu, üst solunum yolu enfeksiyonu, gülme, allergen teması ile ortaya çıkabilir. Bu reaksiyon bronkodilatatör tedavisine yanıt veriyorsa, bu olgularda astım düşünülmelidir.

Hışıltı etiyolojisini kolay ayırt edebilmek için, hışıltı tipik ve atipik olarak iki grupta incelenebilir. "Tipik" hışıltı; genellikle ilk yaş ya da ilk iki yıl içinde başlayıp, çocukluk çağına kadar devam eden, vakaların bazılarında atopik bir temelin, bazılarında ise viral infeksiyonlar ile ilişkinin bulunduğu ve altta yatan ciddi bir hastalığın olmadığı hışıltıdır. "Atipik" hışıltı ise herhangi bir zamanda başlayan, atopi ya da viral infeksiyonlar ile ilişkili olmayan, bazen yaşamı tehdit edici olabilen ve altta yatan ciddi bir hastalığın (kistik fibroz, immotil silia sendromu, konjenital kalp hastalıkları vb.) bulunduğu hışıltıdır. Tipik ve atipik hışıltının klinik ve laboratuvar farklılıkları Tablo 1'de özetlenmiştir. Atipik hışıltıya yaklaşırken ilk yapılması gereken, semptom yaşına göre neden olabilen hastalıklar açısından ayırıcı tanı yapmak olacaktır. Atipik hışıltıya yol açan belli başlı nedenler Tablo 2'de, etiyolojiyi saptamaya yönelik yapılması gereken tetkikler de Tablo 3'de gösterilmiştir .

Tablo 1: Tipik ve Atipik hışıltı arasındaki farklılıklar

	Tipik hışıltı	Atipik hışıltı
Öykü	Erken başlangıç Epizodik ataklar Semptomsuz aralar Muhtemel atopi öyküsü Büyüme gelişme normal Göğüs deformitesi yok Muhtemel viral infeksiyon Beslenme ile ilişkisiz Çomak parmak yok	Her yaş (çok erken/çok geç!) Genellikle devamlı bulgular Semptomsuz dönemler azdır Atopi ile ilişkisiz infeksiyon ile ilişkisiz Muhtemelen beslenme ile ilişkili

Fizik muayene	Üst solunum yolu hastalığı yok Jeneralize hışıltı Jeneralize solunum seslerinde azalma Müzikal polifonik hışıltı Nörolojik bulgu yok	Büyüme gelişme geriliği Göğüs deformitesi olabilir Çomak parmak olabilir Üst solunum yolu hastalığı olabilir Lokalize hışıltı Lokalize solunum seslerinde azalma Kaba ya da monofonik hışıltı Nörolojik bulgu olabilir (aspirasyon!)
Laboratuvar	Normal grafi ya da jeneralize hiperaerasyon Grafide infiltrasyon yok ya da lokal bulgular var Serum IgE yüksekliği Eozinofili ile ilişkili	Grafide lokalize hiperaerasyon Yaygın infiltrasyonlar olabilir IgE ile ilişkisiz Eozinofili ile ilişkisiz

Tablo 2: Atipik hışıltının sık rastlanan nedenleri.

0-3 ay	3-12 ay	1-6 yaş
Bronkopulmoner displazi Konjenital larenks anomalileri (laringomalazi, subglottik stenoz, laringeal web, hemanjiom, kist) Konjenital trakea ve büyük hava yolu anomalileri (trakeomalazi, trakeoözofageal fistül, bronkomalazi) Konjenital akciğer anomalileri Vasküler halka	Gastroözofageal reflü/aspirasyon Kistik fibroz Kardiyak anomaliler (VSD, PDA) Krup sendromları	Yabancı cisim aspirasyonu İmmotil silya sendromu Bronşiolitis obliterans Konjenital akciğer anomalileri (konjenital lober amfizem, sekestrasyon) İmmun yetersizlikler

Tablo 3: Atipik hışıltılı hastada yapılması gereken tetkikler.

Kistik fibroz:	Ter testi Genetik analiz Dışkıda yağ ve elastaz

İmmotil silia sendromu:	Sakarin testi Nasal NO testi Elektron mikroskopik inceleme Videofloroskopik mikroskobik inceleme Genetik analiz
Yapısal hava yolu anomalileri:	Bronkoskopi
Yabancı cisim aspirasyonu:	Üç boyutlu BT Bronkoskopi
Özofagus hastalıkları (GÖR, TÖF):	pH manometri Baryumlu özofagus grafisi Özofagoskopi
Yutma disfonksiyonu (nöromusküler hastalığına bağlı):	Videofloroskopi
Kardiyovasküler hastalık:	Ekokardiyografi, Anjiografi (BT ya da MRG)
İmmun yetersizlik:	İmmunglobulin ve alt grupları Aşı spesifik antikorlar Lenfosit alt grupları Anti-HIV Nötrofil fonksiyon testleri

Sonuç olarak, hışıltı nedeni ile başvuran çocuklarda öncelikle tipik/atipik hışıltı ayrımının yapılması, atipik hışıltı düşünülen ve özellikle de antiastmatik tedaviye yanıt alınamayan hastalarda altta yatan neden araştırılmalıdır. Etiyolojide saptanan hastalığa yönelik olarak tedavisi yapılmalıdır.

Kaynaklar

1. Busse Horwts RJ, Reed CE.: Asthma definition and pathogenesis. Middleton E, Reed CE, Ellis Efi etal. (eds) Allergy and Principles and Practice, Vol.II. V.ed. USA Mosby Comp. 847,1998.
2. Hogan M.B., Wilson N.W.: The wheezing infant in Pettersons Allergic Diseases ed. Gramer L.C., Greenberger P.A. sixth ed Lippincott Williams and Wilkins. Philadelphia London 2002; 785-795.
3. Hiat P, Reccurent or persistent lower respiratory tract symptoms. Oski's Pediatrics, McMillan JA, De Angelis CD, Feigin RD.(eds). 3th.Edition, Lippincott Williams and Wilkins, 1276, 1999.
4. Tager I, Hanrahan J, Tosteson T, Lung function, pre-and postnatal smoke exposure, and wheezing in the first year of life. Am Rev.Respir.Dis. 147:811,1993.
5. Wright A,Holberg C, Martinez FD,The relationship of parental smoking to wheezing and non-wheezing lower respiratory illness in infancy. J.Pediatr. 118:207, 1991..

6. Von Mutius E,Nicolai T, Martinez FD, Prematurity as a risk factor for asthma in preadolescent children. J. Pediatr 123:223,1993.

7. Wright A.L.: the epidemyology of the child. Who is at risk for what. J. Allergy Clin. Immunol. 2004; 113: 1, s2-s3.

8. von Mutius E, Morgan WJ, Acute,chronic and wheezy bronchitis in Pediatric Respiratory Medicine, Taussıg and Landau (eds), Mosby Comp. 547-556, 1999.

9. Taussing L.M., Wright A.L., Holberg C.J., Halonen M., Morgan W.S., Martinez F.D.: Tuscon Children's Respiratory. Study: 1980 to present. J. Allergy Clin. Immunol. 2003; 111: 661-675.

10. Isaacs D, Bronchiolitis. Br.Med.J. 310:4, 1995.

11. Castro-Rodriguez JA, Halberg CJ, Wright AL, Martina FD. A clinical index to define risk of asthma in young children with recurrent wheezy, Am.J.Respir.Crit.Care Med. 162:1403-1406, 2000.

12. Rutlan J,Cole PJ, Noninvasive sampling of nasal cilia for measurement of beat frequency and study of ultrastructure, Lancet 2:564-565, 1980.

13. Fisher SE, Painter M., Swalowing disorders in infancy, Pediatr Clin.North Am., 31:937-941, 1981.

14. De Maets F, Kint J, Paıwels R. IgG subclass deficiency in children with reccurent bronchitis, Eur. J.Pediatr. 151: 274-278, 1992.

15. Holberg CJ, Wright AL, Martinez FD, etal: Child day care,smoking by caregivers, and lower respiratory tract ilness in the first 3 years of life., Pediatrics 91: 885-892, 1993.

16. von Mutius e, Martinez FD, Fritzsch C etall, Prevalance of asthma and atopy in two areas of West and East Germany, Am.J.Respi. Crit Care Med. 149:358-364, 1994.

17. von Mutius E, Sherrill DL, Fritzsch C, Martinez FD, Lebowitz MD, Air pollution and upper respiratory symptoms in children in East Germany, Eur.Respir.J. 8 (5): 723-728, 1995.

18. Martinez F.D., Asthma phenotypes, Schwartz RF (eds) Immunology and Allergy Clinics of North America, 18:1, 25-33, 1998.

19. Sheeran P, Jafri H, Carubelli C, Elevated cytocine concentrations in the nasopharyngeal and tracheal secretions of children with respiratory syncytial virus disease, Pediatri Infect Dis J., 18:115-122, 1999.

20. Hall CB, Respiratory syncytial virus in Feigen RD, Cherry JD (eds). Textbooks of Pediatrics Infectious Diseases 4th ed. Philadelphia, W.B.Saunders Com Vol.2, 2084-2111, 1998.

Çocuk Hekiminin Hukuksal Sorumluluğu

Prof. Dr. Ayfer Uyanık Çavuşoğlu
Mef Üniversitesi, Hukuk Fakültesi, İstanbul

Sağlık personeli aleyhine açılan tazminat ve ceza davalarında son yıllarda bir artış gözlemlenmektedir. Her ne kadar sorumluluk sigortasının bir alt branşı olan hekim mesleki sorumluluk sigortası hem hekime, hem de zarar gören kişilere ekonomik açıdan koruma sağlamaktaysa da, hekimin cezai sorumluluğunu bertaraf etmediği gibi, bazı hekimlerin malpraktis davalarından kaçınmak amacıyla tıbben gerekliliği olmadığı halde hastalarını tıbbi tetkik yöntemlerine yönlendirmeleri veya yüksek riskli hastalara sağlık hizmeti vermekten kaçınmalarına (defansif tıp uygulamaları) engel olamamaktadır. Tıbbi malpraktis veya defansif tıbbi uygulamalar neticesinde hasta herhangi bir zarara uğramışsa, hekimin yasal sorumluluğu gündeme gelir. Ancak sağlık çalışanlarının büyük bir çoğunluğu, hukuki sorumluluğunun nerede başladığı, nerede bittiğini bilememektedir. Tıp hukukunun kapsamı içerisinde yer alan hekimin hukuki sorumluluğu gibi konular tek bir yasa içerisinde düzenlenmemiştir, aksine konuya ilişkin çok sayıda dağınık hukuki düzenlemeler bulunmaktadır. Bu kapsamda kanunlar, tüzükler, yönetmeliklerin yanı sıra, sağlık hakkı ile ilgili uluslararası belgeler ve meslek kuralları ve özellikle tıbbi ve teknolojik gelişmeye paralel sürekli gelişen içtihatlar bulunmaktadır. Tıp hukukunun kaynaklarının çokluğu ve dağınıklığı, sağlık çalışanlarının yapacakları müdahalelerin hangi sınırlar içinde hukuka uygun kaldığı ve bu alandaki çağdaş hukuki ölçütlerin neler olduğunun bilinmesi özetle, hukuki sorumluluk sınırının belirlenmesinin önünde bir engeldir. Sağlık çalışanların haklarını ve sorumluluklarını bilmeleri, bizatihi kendilerini koruyan bir etkisi vardır. Bu bağlamda örneğin hekimlerin cezai sorumluluğu açısından "kanunları bilmemek mazeret sayılmaz" içerikli Türk Ceza Kanunu'nun 4. Maddesi hatırlanmalıdır.

Korumak ve korunmak için temel hukuk bilgisinin tüm sağlık personeli tarafından bilinmesinin bir gereklilik olduğu esas fikrine dayanarak aşağıda özetlemeye çalıştığımız konular hukuki bir bakış açısı ile sunulmaya çalışılacaktır.

"Çocuk hekiminin hukuksal sorumluluğu" temel olarak üç hukuk disiplini olan özel hukuk, *idare hukuku* ve *ceza hukuku* açısından ele alınacaktır. Hatalı tıbbi müdahale dolayısıyla hekimler bakımından meslek örgütlerinin *disiplin yaptırımı* da ayrıca gündeme gelebilir. Bütün bunların yanı sıra, sağlık çalışanların sağlık hizmetinin uygulanması ile bağlantılı olmayan örneğin suçu bildirme yükümlülüğü gibi *diğer hukuki sorumlulukları* da bulunmaktadır.

Sunum kapsamında üzerinde durulacak konular: hekimlerin başlıca hakları olan; etik kuralları gözeterek sağlık uygulamasında bulunma hakkı, mesleğini baskı altında olmaksızın uygulama hakkı, hastayı reddetme hakkı, çağdaş bilimsel olanaklardan yararlanma hakkı, mesleki risklerden korunma hakkı, konsültasyon hakkı. Ayrıca, hekimlere karşı haksız şikayetlere ve şiddete karşı hak arama yollarının neler olduğunun bilinmesi gerekmektedir. Diğer taraftan hastanın çocuk olması durumda, başta çocuk haklarına ilişkin uluslararası belgeler olmak üzere Hasta Hakları Yönetmeliği kapsamındaki hakların neler olduğunun bilinmesi sağlık çalışanlarının, devletin ve yasal temsilcinin hukuki sorumluluklarının kapsamı ve sınırı açısından önemlidir. Çocuk hastalığı ve sağlığı uzmanı olan hekimler açısından özel bir öneme sahip olan "çocuk" kavramı, hasta çocuğun kendi kaderini belirleme hakkının olup olmadığı sorunsalı çerçevesinde tıbbi müdahaleye rıza ehliyeti; çocuğun dinlenmesi, hasta çocuğun temsili; yasal temsilcinin tıbbi müdahaleye rıza göstermemesi gibi konular üzerinde durulacaktır. Tıp hukuku açısından hasta hakları olarak kabul görülen, hekimi tanıma-seçme-değiştirme hakkı, öncelik sırasının belirlenmesi, genelde; tıbbi gereklere uygun teşhis-tedavi-bakım hakkı, mahremiyete saygı, kayıtların incelenmesi gibi konulara ilişkin yasal düzenlemelerin içeriği ve kapsamı özellikle mahkeme kararlarına konu olan örnekleri ile aktarılmaya çalışılacaktır.

Kötü Haberi Nasıl Verelim?

Prof. Dr. Mustafa Dikici

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun

- Hangi tıp disiplini olursa olsun, kötü, üzücü ve zor bilgilerin hasta ile hasta yakınına verilmesi gerekir ve bu, hekim açısından *beceri* ve *duyarlılık* gerektiren zor bir görevdir.

- *Terminal dönem hastalıkları*
- *Çok ciddi yaralanmalar*
- *Ölüm*

Günümüzde terminal bir hastalığı hastaya söyleyip söylememekten çok, bu bilgiyi onunla nasıl paylaşacağımız önemlidir.

Kötü haberi verirken *sistematik* bir yaklaşım, bizler için duygusal olarak bu süreci daha az yıpratıcı kılar ve sürecin ilerleyişini tahmin edilebilir olmasını sağlar.

- Kötü haber verme süreci 6 bölüme ayrılabilir:

1.Hazırlık

2.Ortam

3.Haberi verme

4.Duygusal destek

5.Bilgilendirme

6.Sonlandırma

En kuvvetli tanı olasılığı kanser olduğunda, mümkün olan en erken görüşmede bunu hastayla tartışmayı düşünün.

Haberi ne şekilde edinmek istediğini hasta ile birlikte planlayın.

"Hastanın daha önceden kötü haberlere karşı gösterdiği tepki hakkında bilgi sahibi olmak yararlı olabilir ancak her zaman hastanın tepkisinin önceden tahminini sağlamaz."

Kötü haberi şahsen her zaman hastanın kendisine vermek en doğrusudur.

Hasta telefonla öğrenmek istiyorsa en iyisi yalan söylememektir. Konuşmaya temel bir bilgi verilerek başlanmalı ve en kısa zamanda yanınıza (hastane, ofis) gelmesi rica edilerek sonlandırılmalıdır.

Her zaman kötü haberi verme sorumluluğunu üzerinize alın.

Hastalarla konuşmak için sakin ve özel bir yer bulun.

Hasta ile göz seviyesine gelecek şekilde oturun ve tüm dikkatinizi, ilginizi hastaya yoğunlaştırın.

Hastanın haberi duymaya hazır olup olmadığını saptayın

Unutmayın ki hastalar hastalıkları süresince bir şekilde sağlık danışmanları ile hastalıkları hakkında neyin yanlış gittiği, ne anlama geldiği ve ne yapılabileceği hakkında bir ***"bilişsel hastalık modeli"*** oluşturur.

Bu modelin bilinmesi durumunda hastanın yanlış anlamalarının önüne geçebiliriz. Bu nedenle hastaların ***anlayış şekli*** *ve* ***kaygıları*** sorulmalıdır.

Konuşma sırasında, özellikle duyguların belirlenebilmesi için sessizliğe ve gözyaşına izin verin.

Hastalık, muayene ve tedavi hakkında konuşmaktan kaçının.

Detaylı bilgi verme hekimlerin kendi anksiyetelerini azaltmasına yardımcı olmasına rağmen, kötü haberi ilk kez duyan hasta için nadiren yardımcıdır.

Bazı hastalar

- *Hemen tanının kanser olup olmadığını sorar ve bu konuda bir an önce ve direkt konuşulmasını ister.*
- *Sözel ya da sözsüz şekilde hekimin daha yavaş gitmesini ister.*

  Durumu basamaklandırarak ortaya koyun.

Hastayı kötü habere hazırlayacak açıklayıcı kılavuz bir cümle ile başlayın.

- İlk olarak umut verici haberlerle başlayın.
- Kötü haber verildikten sonra söylenenlerin çok azını hatırlarlar.
- Haber yavaş yavaş algılandığında, hasta tipik olarak karmaşık ***duygular, kaygılar ve daha ayrıntılı bilgi*** *ile* ***rehberlik isteği*** ile karakterize reaksiyon gösterir.
- Daha fazla bilgi vermeden önce, hastanın duyguları ve kaygıları doğrultusunda bir süre bekleyin, hasta söyleyeceklerinizi duyma ve içine sindirmeye hazır olmayabilir.
- Hastanın duygu ve kaygılarının kaynağını bulmaya çalışın, çünkü bunlar aile veya arkadaşlarının yaşadıkları deneyimlere bağlı yanlış algılamalardan kaynaklanabilir.
- Kötü bir haber alma, bilişselden çok duygusaldır. *Sıklıkla korku, öfke, keder, şok ve duygusal uyuşukluk şeklinde görülür.*
- Hekim yoğun duygusal reaksiyonlar gösteren hastalarının yanında kalmalı ve üzüntülerini hoş görmelidir
- Hastaların çoğu, ele veya omuza olan bir dokunuşu destekleyici ve rahatlatıcı bulurlar.
- Yanında birisi olmayan hastaya haberi vermek için arayabilecekleri herhangi birinin olup olmadığının sorulması da önemlidir.
- Sağduyusu çok olan veya iletişim açısından çok şaşkın olan hastalarda duyguların değerlendirilmesi zordur.
- Kişiler, acılarını yalnızken ortaya koymayı veya bir arkadaşları ile paylaşmayı isteyebilirler.
- Hekimler haberin zor olduğunu bilmeli ve duyguların gelecekte ifade edilmesine yönlendirebilmelidir.
- Hastalar çoğunlukla gerçekten kanser olup olmadıklarını, yayılma durumunu, tedavi edilebilir olup olmadığını ve ne tip bir tedavi almaları gerekeceğini öğrenmek isterler.
- Ayrıca bazı hastalar ölüp ölmeyeceklerini ve ne kadar ömürleri kaldığını bilmek isterler.
- *"Bu durumdaki kişilerin ne kadar yaşadığına dair istatistikler bulunmakta ve ben bunları sizinle paylaşabilirim, ancak bunlar sadece ortalama sürelerdir. Sizin ne kadar yaşayacağınız hakkında hiç kimse bir şey söyleyemez."*
- Başlangıçta hastaların çoğu şaşırmış olsalar bile, kendilerine hızla bir yön ve destek belirlerler.
- Görüşmeyi sonlandırmak için en etkin yol yakın ***gelecek için plan*** yapmaktır. Sonraki haftalar için görüşme programı çıkarılmalı ve görüşmeler arası soru ve kaygılarını not etmeleri istenmelidir.
- Anksiyete, depresyon ve uykusuzluk gibi şikayetler sorulmalıdır.
- Bu şikayetler için kısa dönem ilaç önerilse de, kötü bir haber alındıktan sonra uykuda sorun yaşamanın ya da kendini öfkeli hissetmenin doğal olduğunu da hastalara açıklanması gerekir.

Neonatal Hidronefroz: Ne Zaman Çocuk Nefrolojiye Danışalım?

Prof. Dr. Lale Sever

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Neonatal dönemde hidronefroz, çoğu defa asemptomatik bir yenidoğanda, antenatal ultrasonografi (US) incelemesinde saptanmış bir bulgu olarak karşımıza gelir. Nadiren de batında kitle, ya da üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle araştırılan yenidoğanlarda doğumdan sonra ortaya çıkarılır. Materno-fetal US uygulamasının yaygınlaşması ve US cihazlarının teknolojisinin gelişmesi ile "hidronefroz" ve böbrek ve üriner sistem anomalilerinin ["Congenital Anomalies of the Kidney and Urinary Tract" (CAKUT)] prenatal ve neonatal dönemde tanılandırılması mümkün olmuştur. Bu durum bir yandan erken tanı ve dolayısıyla erken tedavi imkanı sağlamış, öte yandan da asemptomatik yenidoğanlarda "gereksiz" araştırmaların yapılmasına yol açmıştır.

Tanım ve epidemiyoloji

Antenatal ve neonatal dönemde hidronefroz,"böbrek pelvisi antero-posterior (A-P) çapının 5mm'den büyük olması" şeklinde tanımlanır. İnsidansı yaklaşık %1.5 olarak bildirilmektedir. Hidronefroz, erkeklerde kızlara göre iki misli daha sıktır. Olguların %20 -40'ında çift taraflıdır. Hidronefroz, CAKUT'a işaret eden US bulguları içinde en sık rastlanılandır. Pelvis dilatasyonu tek bulgu ise ve pelvis A-P çapı üçüncü trimesterde 10mm'nin altında bulunmuşsa, sıklıkla geçici bir durumdur ve çoğu kez klinik olarak bir problem oluşturmaz. Buna karşılık, daha büyük pelvis çapı ve hidronefrozla birlikte başka patolojik US bulgularının saptanması, girişim gerektirebilecek malformasyonları gösterebilir.

Neonatal hidronefroza eşlik edebilecek bulgular

Altta yatan malformasyonun özelliklerine göre değişmek üzere hidronefroz görüntüsüne başka US bulguları da eşlik edebilir. Bunlar şöyle sıralanabilir:

- Böbrek kalislerinde dilatasyon
- Böbrek lokalizasyonunda, boyutlarında değişiklik, parenkimde kistler, incelme ve/veya ekojenite değişikliği
- Üreter dilatasyonu
- Mesane anomalileri (büyük mesane, duvarı kalın mesane, üreterosel, genişlemiş posterior üretra)
- Ürinoma
- Oligohidramniyoz

Ultrasonografi görüntüsünün yanısıra, bazı fizik muayene ve laboratuar bulguları da neonatal hidronefrozun değerlendirilmesinde önemlidir. CAKUT ile ilgili olarak yenidoğanlarda, büyük böbrekler, dolu ya da duvarı kalınlaşmış mesane palpe edilebilir. İdrar miktarı değişiklikleri, erkek bebeklerde kesik kesik ve damla damla işeme gözlenebilir. Biyokimyasal olarak böbrek fonksiyon bozukluğu saptanabilir.

CAKUT bazen sendromların bir parçası olabilir. Böyle bir durumda, yenidoğanda bu sendromlara ait diğer sistem belirti ve bulguları da dikkati çekebilir.

Neonatal hidronefrozla karşımıza çıkan böbrek ve üriner sistem anomalileri

CAKUT olgularının pek çoğu "neonatal hidronefroz" bulgusu ile karşımıza çıkar. Bu anomalileri şöyle sıralayabiliriz:

- Üreteropelvik bileşke darlığı
- Multikistik displastik böbrek
- Üreterovezikal bileşke darlığı
- Çift sistem anomalileri
- Vezikoüreteral reflü (VUR)
- Posterior üretral valv (PUV)

Neonatal hidronefroza yaklaşım

Yenidoğanda hidronefrozu değerlendirirken amaç, bir yandan "geçici" hidronefrozu öngörebilmek, öte yandan da klinik olarak "önemli" CAKUT olgularına tanı koyabilmektir. Bunun için hidronefrozun derecelendirilmesi, patolojinin tek veya çift taraflı oluşunun ve eşlik eden diğer bulguların varlığının dikkkate alınması gerekir.

Hidronefrozun derecelendirilmesi: Hidronefroz, böbrek pelvisi ölçümüne veya Fetal Üroloji Çalışma Grubu ["Society of Fetal Urology" (SFU)] kriterlerine göre sınıflandırılır. Hidronefrozun pelvis çapına göre değerlendirilmesi, US incelemesinde böbrek pelvisi A-P çapının, transvers kesitteki ölçümüne dayanır. Buna karşılık SFU kriterleri pelvis çapının yanısıra kalis dilatasyonu ve parenkim görüntüsünü de kapsar (Tablo 1 ve 2).

Tablo 1. Neronatal hidronefrozun pelvis A-P çapına göre sınıflandırılması

	Üçüncü trimester ve yenidoğanda pelvis AP çapı (mm)
Hafif	< 10
Orta	10-15
Ağır	> 15

Tablo 2. Neonatal hidronefrozun SFU kriterlerine göre derecelendirilmesi

	Ultrasonografi görüntüsü
0. derece	Normal
1. derece	Sadece hafif pelvis dilatasyonu
2. derece	Orta derecede pelvis dilatasyonu ile birlikte birkaç kalisin dilatasyonu
3. derece	Pelvis dilatasyonu ile birlikte pek çok kalisin de dilatasyonu
4. derece	3. derece hidronefroz bulgularına ek olarak parenkim incelmesi

Ultrasonografi izlemi: Antenatal dönemde hidronefroz saptanmış olan yenidoğanlarda böbrekler ve üriner sistemin US ile değerlendirilmesi gerekir. Bunun zamanlaması antenatal hidronefroz bulgusunun özelliklerine göre değişir. Tek taraflı ve başka bir bulgunun eşlik etmediği hidronefroz durumunda postnatal ilk US acil değildir; bebeğin idrar miktarının arttığı 5-7. günlerde veya sonrasında (ilk 3-4 hafta içinde) yapılması uygundur. Çok erken US incelemelerinde, idrar akımının az oluşu hidronefrozun gerçekte olduğundan daha hafif olarak görünmesine yol açar. Buna karşılık erken girişimin önemli olabileceği durumlarda (antenatal tanılı tek veya iki taraflı, A-P çapına göre ağır ya da SFU 3 ve 4. derece hidronefroz olguları; prenatal US'de hidronefrozla beraber üreter dilatasyonu, mesane anomalileri, ürinoma ve oligohidramniyoz bulgularının da saptandığı yenidoğanlar) postnatal ilk US, ilk 48 saat içinde yapılmalıdır.

Daha sonraki izlem, ilk postnatal US bulgularına göre planlanır. Postnatal ilk US incelemesi normal olarak değerlendirilenler ile hafif-orta hidronefroz bulgusu saptananlarda US 3. ayda tekrarlanmalıdır. Ciddi olgularda daha sık olarak US gerekebilir.

Antibiyotik proflaksisi ve işeme sisto-üretragrafisi [voiding cystourethrogram (VCUG)]: Son yıllarda, antenatal tanılı hidronefroz olgularının hepsine rutin olarak postnatal antibiyotik proflaksisi başlanması ve VUR'u ortaya çıkarmak üzere VCUG çekilmesinden vazgeçilmiştir. Proflaktik dozda antibiyotik (10-15 mg/kg/gün amoksislin) uygulanması ve VCUG çekilmesi, ağır hidronefrozlu yenidoğanlarda ve/veya üreter dilatasyonu saptananlar ile PUV şüphesi olanlarda önerilmektedir. Antibiyotiğe doğumdan hemen sonra başlanmalıdır; VCUG, PUV düşünülenlerde hemen, diğer olgularda ise birinci ay tamamlandıktan sonra planlanmalıdır.

Ayrıca, üriner enfeksiyon ya da ürosepsisle karşımıza çıkan ve US' de hidronefroz gözlenen tüm yenidoğanlara da VCUG yapılmalıdır.

Nükleer renografi: Devam eden orta-ağır hidronefrozlarda MAG-3 sintigrafisi ile hem böbrek fonksiyonları ortaya çıkarılabilir, hem de obstrüksiyon gösterilebilir. MAG-3 incelemesi en erken 1. ay sonunda yapılmalıdır.

Ne zaman çocuk nefrolojiye danışalım?

Antenatal US bulguları ile PUV düşünülenler ile ürinoma ya da oligohidramniyoz saptanmış olanlar doğumdan hemen sonra (hatta doğum öncesinde) nefrolojiye danışılmalıdır. Antenatal tanılı diğer neonatal hidronefroz olguları için postnatal ilk US planlamasını

yenidoğan uzmanı veya çocuk hekimi yapabilir. Postnatal ilk US'de ağır (SFU 4. derece) hidronefroz ve/veya ciddi üreter dilatasyonu saptanırsa ya da mesane ile ilgili patoloji görülürse çocuk nefroloji uzmanının görüşünün alınması gerekir.

Ayrıca, üriner sisteme ait fizik muayene bulguları veya idrar yolu enfeksiyonu ile karşımıza gelen tüm neonatal hidronefroz olguları da çocuk nefrolojiye danışılmalıdır.

Başlıca kaynaklar

1. Baskin LS. Overview of fetal hydronephrosis. UpToDate Ağustos 2016 Available: http://www.uptodate.com/contents/overview-of- fetal-hydronephrosis. Erişim: Kasım 2016

2. Baskin LS. Postnatal management of fetal hydronephrosis. UpToDate Ağustos 2016 Available: http://www.uptodate.com/contents/postnatal-managenet- of- fetal-hydronephrosis. Erişim: Kasım 2016

3. Diamond DA, Lee RS. Clinical Perinatal Urology. In: Avner ED, Harmon WE, Niaudet P, Yoshikawa N, Emma F, Goldstein SL (eds) Pediatric Nephrology. 7. th ed. Berlin: Springer; 2016. p.97-113

4. Nguyen HT, Herndon CD, Cooper C, Gatti J, Kirsch A, Kokorowski P, et al. The Society for Fetal Urology consensus statement on the evaluation and management of antenatal hydronephrosis. J Pediatr Urol 2010; 6:212-31

Hemolitik Üremik Sendrom: Yeni Ne Var?

Prof. Dr. Ozan Özkaya

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Hemolitik üremik sendrom (HÜS) mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarı ile karakterize klinik bir tablodur. Çocukluk çağındaki akut böbrek hasarının en sık nedenlerinden biridir. Temelde altta yatan neden trombotik mikroanjiopatidir .Trombotik mikroanjiyopatiler nedenine ya da tutulumun olduğu dokuya bakılmaksızın, mikroanjiyopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve mikrovasküler tromboz ile karakterize bir grup hastalıktan oluşur. Farklı nedenler trombotik mikroanjiopati tablosuna yol açabilir. İki temel hastalık grubu vardır; HÜS ve trombotik trombositopenik purpura (TTP). Trombotik trombositik purpura, von Willebrand faktörü yıkan metalloproteinaz (ADAMTS 13) eksikliği ya da buna karşı oluşmuş antikor varlığında ortaya çıkar. Etiyoloji patogenez ve klinik farklılıklar nedeniyle HÜS günümüze kadar değişik şekilde sınıflandırılmıştır. Geleneksel olarak HÜS diyare pozitif HÜS (D+HÜS) ve diyare negatif HÜS (D-HÜS) olarak sınıflandırılır ve D+HÜS tipik HÜS ile D-HÜS ise atipik HÜS (aHÜS) ile eşdeğer kabul edilirdi. Ancak süreç içerisinde aHÜS olgularının %25-30'unda ishalin tetikleyici bir neden olduğunun gözlenmesi nedeniyle son yıllarda D+HÜS ve D-HÜS sınıflamasından uzaklaşılmaya başlanmıştır. 2006 yılında Avrupa Pediyatrik HÜS Çalışma grubu tarafından yeni bir sınıflanma önerilmiş, 2016 yılında ise uluslararası uzlaşı raporunda HÜS sınıflaması güncellenmiş ve aHÜS tanımının sadece kompleman ilişkili HÜS ile sınırlandırılmasının tartışmalı olduğu belirtilmiştir (Tablo 1).

Tablo 1. Trombotik mikroanjiopati (TMA) sınıflaması (3)

Trombotik Trombositik Purpura (TTP)

Konjenital ADAMTS 13 eksikliği

Anti-ADAMTS 13 antikorları

HELLP sendromu

HÜS

- STEC-HÜS
- Streptococcus pneumoniae ilişkili HÜS
- H1N1 ve Infuenza ilişkili HÜS
- Herediter kobalamin metabolizması bozukluğu
- DGKE mutasyonu ilişkili HÜS
- *Kompleman ilişkili HÜS*

Kompleman gen mutasyonları

Kompleman faktör H antikoru

- Eşlik eden hastalıklarla oluşan HÜS

Enfeksiyonlar (HIV)

Solid organ ve hematopoetik kök hücre nakli

Malign hastalıklar

Oto-immün hastalıklar (SLE, APS, skleroderma)

İlaçlar (KNİ, *sirolimus)*

Malign hipertansiyon

❖ Açıklanamayan HÜS

STEC-HÜS: Tüm HÜS olgularının %90'ından sorumlu olan STEC-HÜS, Shiga-toksin üreten enterohemorajik E. coli (EHEC) ya da Shigella dysenteria ile gelişen akut gastroenterit sonrası ortaya çıkar. En sık etken E. coli O157:H7 serotipidir. Bağırsaktaki bakteri tarafından salgılanan Stx (Stx 1 ve Stx 2) sindirim sistemi epitelinden emilirek sistemik dolaşıma karışır. Hedef organ epitelinde glikopeptid reseptörü globotriaosylceramide (Gb3)'e bağlanır, protein sentezini baskılar, endotel hasarına, hücre ölümüne, enflamatuar yanıtta artışa ve trombosit aktivasyonuna neden olur. Hastalarda hemolitik anemi, trombositopeni, periferik yaymada fragmente eritrositler, LDH düzeyinde yükselme, haptoglobulin düzeylerinde düşüklük ve değişik derecelerde böbrek hasarlanması görülür. Sıvı ve elektrolit dengesinin düzenlenmesi, kan basıncı yüksekliğinin kontrolü, diyaliz ve hematolojik değişkenlerin düzenlenmesi tedavinin ana ilkelerini oluşturur. Plazma verilmesi ya da plazma değişiminin STEC-HÜS'de yararlı olduğuna dair yeterli kanıt yoktur.

KOMPLEMAN İLİŞKİLİ HÜS : Çocuklarda görülen HUS'lerin %10 kadarını kompleman ilişkili HÜS oluşturur. Alternatif kompleman yolunun kontrolsüz aktivasyonu sonucu ortaya çıkarlar. Kompleman sisteminin kalıtsal veya edinsel bozuklukları önemli rol oynar. Alternatif kompleman yolunun düzenleyici proteinleri olan kompleman faktör H (CFH), kompleman faktör I (CFI), membran kofaktör protein (MCP ya da CD46) ve trombomodulin (THBD) ile C3 konvertaz proteinleri olan C3 ve kompleman faktör B (CFB) proteindeki genetik mutasyonlar bu gruptaki kompleman ilişkili HÜS'e yol açarlar. Ayrica, kompleman FH'ya karşı oto antikorlar da aHUS nedenidirler. Olguların yarısından fazlasında hastalığı tetikleyici bir bir üst solunum yolu enfeksiyonu ya da bir akut ishal vardır. Mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek hasarına ait klinik ve laboratuvar bulgular ile kompleman sisteminin düzenlenmesindeki bozukluğun gösterilmesi ile tanı konur. Son 15 gün içinde ishal öyküsü olmayan, 6 aydan küçük, yineleyen HÜS'ü, ailede HÜS öyküsü olan, nakil sonrası tekrarlayan HÜS olanlarda ve kompleman 3 düzeyi düşük olan hastalarda kompleman ilişkili HÜS'ten şüphenilmelidir. Serum C3 düşüklüğü tanı açısından yardımcıdır ancak normal olması tanıyı dışlamaz. Kesin tanı alternatif kompleman sistemine ait serolojik ve genetik testler ile konur. Öncelikli tedavi plazma değişimidir, yapılamadığı durumlarda plazma tedavisi önerilir. Loirat ve ark. tarafından yayınlanan uzlaşı raporunda bir rekombinan monoklonal C5 antikoru olan Eculizumab'ın ın özellikle çocuklarda birinci basamak tedavi olması önerilmektedir. Eculizumab tedavisinin 24-48 saat içinde başlatılamadığı hastalarda plazma değişim tedavisi yada plazma infüzyonu önerilmektedir. Anti-faktör H antikoru olan HÜS olgularında plazma değişimine ek olarak kortikosteroidler, siklofosfamid ve rituksimab tedavileri önerilmektedir.

Bu sunumda, HÜS STEC-HÜS, kompleman ilişkili HÜS ve HÜS'e neden olan nedenleri ve sınıflandırılması ile ilgili son bilgiler tartışılarak tedavi yaklaşımları gözden geçirilecektir.

Kaynaklar

1. Besbas N, Karpman D, Landau D, et al. European Paediatric Research Group for HUS. A classification of hemolytic uremic syndrome and thrombotic thrombocytopenic purpura and related disorders. Kidney Int 2006;70(3):423-31.

2. Scheiring J, Andreoli SP, Zimmerhackl LB. Treatment and outcome of Shiga-toxin-associated hemolytic uremic syndrome (HUS). Pediatr Nephrol 2008;23(10):1749-60.

3. Loirat C, Fakhouri F, Ariceta G, et al. An international consensus approach to the management of atypical he- molytic uremic syndrome in children. Pediatr Nephrol. 2016 Jan;31(1):15-39

4. Johnson S, Stojanovic J, Ariceta G, et al. An audit analysis of a guideline for the investigation and initial therapy of diarrhea negative (atypical) hemolytic uremic syndrome. Pediatr Nephrol. 2014 Oct;29(10):1967-78

5. Zuber J.Fakhouri F, Roumenina LT, Loirat C, Frémeaux-Bacchi V; French StudyGroup for aHUS/C3G. Use of eculizumab for atypical haemolytic uraemic syndrome and C3 glomerulopathies. Nat Rev Nephrol. 2012 Nov;8(11):643-57

Hipoglisemi

Prof. Dr. Ayhan Taştekin

İstanbul Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan BD, İstanbul

Giriş

Hipoglisemi yenidoğan bebeklerde nörogelişimsel geriliğe yol açabilen bir durumdur. Semptomatik bebekler agresif bir şekilde tedavi edilmeli, asemptomatik riskli bebekler taranmalıdır.

Fetusa transplasental yoldan sürekli geçen maternal glukozun doğumla birlikte kesilmesi neticesinde yenidoğan bebekte kan glukozu (KG) 70-80'li rakamlardan 50-60'li rakamlara düşer ve geçiş sürecindeki bu fizyolojik düşüklük genelde 40 mg/dl'den daha aşağıda değildir. Buna yenidoğanın geçici hipoglisemisi denir ve doğumdan sonra ilk 48 saatlik süre içinde görülür. Bu dönemde maternal glukoz akışının kesilmesi sonrasında bir yandan glikojenoliz ve glukoneogenez ile sağlanan glukoz ve öbür yandan emzirilme ile birlikte KG düzeyi yavaşça artarak 48-72 saat sonunda ortalama 55-65 mg/dl'den 70-100 mg/dl'ye çıkar.

Tedavi ile nörogelişimsel geriliğin önlenebildiği kritik KG değeri net olarak bilinmemektedir. Bazı bebeklerde düşük KG düzeylerine rağmen bir semptom görülmediği halde bazı bebeklerde aynı, hatta daha yüksek KG değerlerinde hipoglisemi semptomları ortaya çıkabilmektedir. Hangi düzeyde ve ne kadar süre ile düşük KG'nun nörogelişimsel geriliğe yol açtığı konusunda yeterli veri bulunmamaktadır.

Nörogelişimsel gerilik ile ilişkili kritik KG değeri her ne kadar bilinmiyor olsa da müdahale edilmesi gereken KG değerleri tahmini olarak belirlenmiştir. Buna göre semptomatik bebeklerde ilk 48 saatte 50 mg/dl ve ilk 48 saatten sonra 60 mg/dl altındaki değerler, asemptomatik ama risk grubundaki bebeklerde ise ilk 4 saat 25 mg/dl, 4-24 saat arası 35 mg/dl, 24-48 saat arası 50 mg/dl ve 48 saatten sonra 60 mg/dl altındaki değerlerin tedavi edilmesi tavsiye edilmektedir.

Patolojik veya persistan hipoglisemi etyolojisine bakıldığında, glukoz üretimi yetersiz (yetersiz glikojen deposu, glukoneogenez bozukluğu) veya glukoz kullanımı fazla olabilir. Prematüre ve fetal büyüme geriliği olan bebeklerde glikojen deposu yetersiz veya hiperinsülinemisi olan bebeklerde glukoz tüketimi fazladır.

Hipoglisemide semptomlar sempatik aktivasyona bağlı olarak ortaya çıkan nörojenik (otonomik) semptomlar ve beyinde glukoz eksikliğine bağlı olarak ortaya çıkan nöroglikopenik semptomlar olmak üzere iki grupta değerlendirilir. Bunun dışında ek bazı semptomlar da görülür:

- Nörojenik semptomlar: jitterines, terleme, irritabilite, taşipne, solukluk
- Nöroglikopenik semptomlar: zayıf emme, zayıf ağlama, letarji, hipotoni, konvülziyon
- Diğer semptomlar: apne, bradikardi, siyanoz, hipotermi

Doğum sonrası sağlıklı term bebeklerde KG bakmaya gerek yoktur.

Ancak şu risk grubundaki bebeklerde KG bakılmalıdır:

- Tüm prematüreler (erken veya geç)
- İri bebek (LGA)
- Fetal büyüme geriliği (FGR)
- Diabetik anne bebeği
- Perinatal stres yaşayan bebekler
    - Asfiksi
    - Gebeliğin hipertansif hastalıkları
    - Mekonyum aspirasyon sendromu
    - Eritroblastozis fetalis

  - Polistemi
- Postmatür bebekler
- Yoğun bakıma yatanlar
- Maternal beta adrenerjik veya oral hipoglisemik ilaç kullanımı
- Genetik hipoglisemi öyküsü
  - Konjenital sendromlar (Beckwith Wideman)
  - Anormal fizik bulgular (Orta hat defektleri, mikrofallus)

Eğer hipoglisemi semptomu varsa hemen KG bakılmalıdır. Risk grubundaki asemptomatik bebeklerde ilk 1 saat içinde yapılan ilk beslemeden sonra ve daha sonra 3-6 saatte bir, beslenme öncesi KG ölçümü yapılmalı ve 48 saat süre ile bu ölçümlere devam edilmelidir. KG düşük saptanan bebeklerde normal KG seviyeleri görülene kadar (ilk 48 saat >50 mg/dl, 48 saatten sonra >60 mg/dl) ölçümlere devam edilir. 48 saatten sonra hala KG <60 mg/dl ise hipoglisemi hastalığı düşünülmeli ve ileri tetkiklere yönelmelidir.

Hipoglisemi tedavisinde amaç, semptomatik hastada KG'nu düzeltmek,risk grubunda semptomatik hipoglisemiyi önlemek, geçici KG düşüklüğünde gereksiz tedavilerden vermemek, altta yatan ciddi hipoglisemik hastalığı olan bebekleri ayırt etmek ve nörolojik sekeli önlemektir.

Semptomatik hipoglisemi beyin hasarına yol açabildiğinden KG hemen yükseltilmelidir. Laboratuar doğrulaması için tedavi ertelenmemelidir. Semptomatik hipoglisemide çoğunda KG <25 mg/dl (ancak bazı bebekler asemptomatik bebeklerle aynı veya daha yüksek değerlerde semptomatik olabilir) olarak saptanmıştır. Ancak KG için semptomatik olmayı belirleyen bir eşik değer ortaya konmamıştır.

Semptomatik hastalarda 200 mg/kg (%10 D 2 ml/kg) IV bolus (5 dk içinde) yapılıp sonrasında 6-8 mg/kg/dk infüzyona devam edilmelidir. Bolustan 20 dakika sonra KG bakılır, hipoglisemi düzelmedi ise (ilk 48 saat >50 mg/dl ve 48 saatten sonra >60 mg/dl) glukoz infüzyon hızı (GİH) artırılır. KG stabil olduktan sonra beslenme arttıkça GİH yavaşça azaltılarak 2-4 gün içinde glukoz infüzyonu kesilir (azaltarak kesme süresince her beslenme öncesi (3-4 saatte bir) KG bakılmalıdır)

Maksimum dekstroz infüzyonuna rağmen KG <50 mg/dl ise glukagon verilmelidir. Steroid (hidrokortizon) kullanılacak ise nörogelişim üzerine olumsuz etkileri nedeniyle kısa süreli (1-2 gün) kullanılmalıdır.

Maksimum konsantrasyonda ve uzun süreli glukoz infüzyonu gerekiyorsa ve gösterilmiş bir neden yoksa pediatrik endokrinoloji konsültasyonu istenmelidir.

Risk grubunda yer alan asemptomatik hastalarda ilk tedavi oral beslenmedir.Ek oral beslenme endikasyonları şunlardır:

- 4 saatten önce KG<25 mg/dl. KG yükselmez ise IV infüzyon, yükselirse 2-3 saatte bir beslemeye devam edilir, besleme öncesi KG bakılır
- 4-24 saat arası KG<35 mg/dl. KG yükselmez ise IV infüzyon, yükselir ise 2-3 saatte bir beslemeye devam edilir, besleme öncesi KG bakılır
- 3 oral besleme sonrası KG <45 mg/dl veya semptomatik ise IV infüzyon
- Preterm bebekte hedef değer >50-60 mg/dl.

Asemptomatik şiddetli hipoglisemi (KG<25 mg/dl) varsa veya oral beslemeye rağmen hipoglisemi devam ediyorsa glukoz infüzyonu (4-6 mg/kg/dk) başlatılmalı, IV bolus yapılmamalıdır (bu hastalarda IV bolus 2 yaşta kötü nörogelişim ile ilişkili bulunmuştur).

KAYNAKLAR

1. Rozance PJ. Pathogenesis, screening, and diagnosis of neonatal hypoglycemia. In: UpToDate, Kim MS (Ed), UpToDate, Waltham, MA. (This topic last updated: Sep 08, 2016.)
2. Rozance PJ. Management and outcome of neonatal hypoglycemia. In: UpToDate, Kim MS (Ed), UpToDate, Waltham, MA.

(This topic last updated: Dec 08, 2016.)

3. Adamkin DH, Polin RA. Imperfect Advice: Neonatal Hypoglycemia. J Pediatr. 2016;176:195-6.
4. Adamkin DH. Neonatal hypoglycemia. Semin Fetal Neonatal Med. 2017;22(1):36-41.
5. Thornton PS, Stanley CA, De Leon DD, et al.; Pediatric Endocrine Society. Recommendations from the Pediatric Endocrine Society for Evaluation and Management of Persistent Hypoglycemia in Neonates, Infants, and Children. J Pediatr. 2015;167(2):238-45.
6. Stanley CA, Rozance PJ, Thornton PS, et al. Re-evaluating "transitional neonatal hypoglycemia": mechanism and implications for management. J Pediatr. 2015;166(6):1520-5.

Ne Zaman Metabolik Hastalık Düşünelim?

Doç. Dr. Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi , Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Doğumsal metabolizma hastalıkları tek tek düşünüldüklerinde ender olmakla birlikte çok sayıda alt tipi olması nedeni ile toplamda önemli bir hastalık grubunu oluştururlar. Çoğunlukla otozomal resesif kalıtım ile katılan bu hastalıklar ülkemizde, akraba evliliklerinin sıklığının da etkisi ile, toplum sağlığını ciddi oranda etkilemektedirler. Bir kısmının tedavi edilebilir olmasına ve toplamda sık görülmelerine rağmen metabolizma hastalıkları genellikle geç tanı alırlar. Bunun başlıca nedenleri arasında;

1. Klinisyenler genellikle metabolik hastalıkların nadir olduğunu düşünerek, sepsis gibi, hastada benzer klinik tablolara yol açacak patolojilerin olmadığını gösterdikten sonra metabolik hastalıkları düşünmeleri;
2. Hastalıkların sadece yenidoğan ve sütçocukluğu döneminde bulgu vereceği düşünülmesi, bu nedenle geç çocukluk dönemi, adolesan ya da erişkin yaşlarda genellikle akla gelmemesi;
3. Metabolik hastalıkların sadce belli klinik tablolara yol açacağı düşünülmesi, farklı klinik tabloların oluşturduğu ipuçları ayrıntılı değerlendirilmemesi
4. Bu tip hastalıklara ancak karmaşık testler ile tanı konulabileceği düşünülmesi;
5. Hastaların bir kısmının ilk müdaheleden sonra düzelmesi yeterli araştırma yapılmadan hastaneden taburcu edilmesi sayılabilir.

Metabolik hastalıklar fizyopatolojik açıdan 3 ana gruba ayrılırlar:

- **Zehirlenme** (Entoksikasyon) **tipi metabolik hastalıklar**: Zehirli maddelerin birikime bağlı olarak akut ya da ilerleyici zehirlenme tipi klinik bulgulara yol açarlar. Bu grup hastalıklar arasında: aminoasit katabolizması bozuklukları (fenilketonüri, akçaağaç kokulu idrar hastalığı, tirozinemi, homosistnüri vb), organik asidemiler (izovalerik asidemi, propiyonik asidemi, metilmalonik asidemi vb), üre döngüsü bozuklukları (sitrullinemi, argininemi, ornitin transkarbomoilaz esikliği, karbomoilfosfat sentetaz eksikliği vb), şeker entoleransları (galaktozemi, fruktozemi vb), metal entoksikasyonları (Wilson hastalığı, Menkes hastalığı, hemokromatoz vb), porfiriler bu grupta yer alırlar. Bu grup hastalıklar genellikle embriyo ve fetus gelişimini etkilemezler. Saatler, günler, haftalar bazen de aylar-yıllar süren semptomsuz bir dönem ardından akut (kusma, letarji, konfüzyon, koma, karaciğer disfonksiyonu, hematolojik bulgular vb) ya da kronik (büyüme-gelişme geriliği, kazanılmış fonksiyon kaybı, kardiyomiyopati, göz bulguları, gastrointestinal sistem bulguları vb) entoksikasyon bulguları ile ortaya çıkarlar. Ateş, açlık, araya giren enfeksiyonlar, açlık gibi katabolizmayı arttıran ya da duyarlı olunan besinin tüketilmesi gibi nedenler akut metabolik ataklara yol açar. Klinik bulgular yineleyen tarzdadır. Bu grup hastalığın çoğu tedavi edilebilir olup, tedavi zehirli maddenin vücuttan uzaklaştırılması temeline dayanır.
- **Enerji Metabolizması Bozuklukları**: Mitokondriyal ya da sitoplazmik enerji bozuklukları olarak ikiye ayrılabilirler. Genellikle kaslar, karaciğer, kalp kası, beyin ya da diğer dokularda enerji üretimi ya da kullanımındaki bozukluklar sonucunda ortaya çıkarlar. Çoğunlukla hipoglisemi, hiperlaktatemi, hepatomegali, hipotoni, kardiyo(miyo)pati, gelişme geriliği, ani bebek ölümü, beyin gelişiminde bozukluk gibi klinik bulgulara yol açarlar. Mitokondriyal enerji bozuklukları genellikle daha ağır klinik bulgular ile seyrederler: Konjenital laktik asidemiler (piruvat karboksilaz eksikliği, piruvat dehidrogenaz eksikliği, Krebs döngüsü bozuklukları, piruvat taşıma bozuklukları, mitokondriyal solunum zinciri bozuklukları, yağ asidi oksidasyon bozuklukları ve keton cisimcikleri metabolizma bozuklukları bu grup içersinde yer alır. Sitoplazmik enerji bozuklukları ise generllikle daha hafif klinik bulgulara yol açarlar. Glikoliz metabolizması bozuklukları, glikojen metabolizması bozuklukları, glukoneogenez bozuklukları, hiperinsulinizm, kreatin metabolizması bozuklukları, pentoz fosfat yolağı bozuklukları vb hastalıklar bu grupta yer alırlar.
- **Karmaşık molekül hastalıkları:** Hücre organellerini ilgilendiren, karmaşık moleküllerin sentez ya da yıkımını etkileyen hastalıklardır. Klinik bulgular kalıcı ve ilerleyicidir. Lizozomal depo hastalıkları, peroksizomal hastalıklar, konjenital glikozilasyon bozuklukları, alfa-1-antitripsin eksikliği, kolesterol sentez bozuklukları bu grup içersinde yer alan hastalıklardır.

Yenidoğan taramaları ile henüz klinik bulgu vermeden yakalanan hastalar dışında, 4 ana klinik tablo varlığında bir doğumsal metabolizma hastalığı olasılığı mutlaka düşünülmelidir:

- Antenatal (malformasyonlar, displaziler, intrauterin gelişme geriliği, hidrops fötalis, hepatosplenomegali, mikrosefali, kaba

yüz görünümü) ya da yenidoğan dönemde başlayan (hipotoni, emmede azalma, kusma, ishal, dehidratasyon, letarji, nöbetler, karaciğer disfonksiyonu, kardiyomiyopati, vb) erken bulgular

- Daha geç başlangıçlı akut (ve yineleyici) semptomlar (kusma, asdoz, hiperamonyemi, egzersiz entoleransı, kardiyak-renal-hepatik yetersizlikler, koma, ataksi vb)
- Kronik ve ilerleyici nörolojik bulgular (gelişme geriliği, zeka geriliği, nöbetler, nörolojik bozulma, psikiyatrik bulgular)
- Organa ya da sisteme özgü bulgular (Kardiyak, dermatolojik, endokrinolojik, gastroenterolojik, hematolojik, immunolojik, oftalmolojik, romatolojik bulgular)

Bu sunumda ayrıntılı olarak klinik bulgular gözden geçirilecek ve bu bulgular eşliğinde metabolik hastalığa yaklaşım tartışılacaktır.

Nedeni Bilinmeyen Uzamış Ateşli Çocuk

Prof. Dr. Ergin Çiftçi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

Ateş, çocukluk çağında en sık görülen yakınmalardan biridir. Hekimler ateşin nedenini bir an önce belirlemek ve nedene yönelik tedaviye başlamak isterler. Ancak bazı hastalarda muayene, laboratuar incelemeleri ve görüntüleme yöntemlerine rağmen ateşin nedeni saptanamaz. Ateş nedeninin bulunamaması hekim, hasta ve ailede endişe yaratır.

Nedeni bilinmeyen uzamış ateş, odağı belirlenemeyen akut ateş dışında kalan heterojen bir hasta grubunu tanımlamak için kullanılabilir. "Nedeni bilinmeyen ateş", ilk kez Petersdorf ve Beeson tarafından en az üç hafta süren ve bir hafta süreyle hastanede yapılan incelemelere karşın nedeni belirlenemeyen 38,3°C ve üzerindeki ateş olarak tanımlanmıştır. Zaman içinde tanı testleri gelişmiş, immünitesi baskılanmış hasta sayısında artış olmuş ve klasik nedeni bilinmeyen ateş tanımı yetersiz kalmıştır. Bu nedenle 1991 yılında Durack ve Street klasik nedeni bilinmeyen ateş yanında nozokomiyal, nötropenik ve HIV enfeksiyonunda nedeni bilinmeyen ateş tanımlamalarını yapmışlardır.

Klasik nedeni bilinmeyen ateş: 3 haftadan daha uzun süren, 38,3°C ve daha yüksek olan ateşin, en az 3 ayaktan değerlendirme veya hastanede 1 haftalık (en az 3 gün) incelemeler sonucunda nedeninin saptanamadığı durumdur.

Nozokomiyal nedeni bilinmeyen ateş: Hastaneye yatışında enfeksiyonu olmayan ya da enfeksiyonun kuluçka süresi içinde olmayan hastada, 38,3°C ve üzerinde ateş olması, 1 haftalık (en az 3 gün) yatış süresi sonunda, bu ateşin kaynağının saptanamadığı durumdur.

Nötropenik nedeni bilinmeyen ateş: Periferik kanda total nötrofil sayısının 500/mm^3'ün altında olan hastalarda, ateşin 1 haftadan uzun süredir (en az 3 gün) 38,3°C ve üzerinde bulunması ve iki günlük kültür sonuçlarının negatif olması durumudur.

HIV ilişkili nedeni bilinmeyen ateş: HIV enfeksiyonu varlığı doğrulanmış hastalarda, ayaktan hastalarda 3 haftadan, hastanede yatan hastalarda 1 haftadan (en az 3 gün) uzun süredir süren 38,3°C ve üzerinde ateşin olması durumudur.

Çocuk hastalardaki nedeni bilinmeyen uzamış ateş nedenleri ülkenin coğrafik bölgesi ve gelişmişlik düzeyine büyük oranda bağımlılık gösteren bir çeşitlilik göstermektedir. Nedeni bilinmeyen uzamış ateş nedenleri arasında enfeksiyonlar, maligniteler, otoimmün hastalıklar ve diğer nedenler yer alır. Enfeksiyon hastalıkları, çocukluk çağında nedeni bilinmeyen uzamış ateşin en sık nedenidir. Ancak, bazı olgularda ileri incelemelere rağmen ateş nedeni olan tanı bulunmaz.

Hipernatremi

Doç. Dr. Derya Büyükkayhan

Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

HİPERNATREMİK DEHİDRATASYON

Serum sodyum konsantrasyonunun normal değerleri 135-145 mEq/L arasındadır. Sodyum konsantrasyonunun 150 mEq/L üzerinde olması hipernatremi olarak tanımlanır. Serum sodyum konsantrasyonu yenidoğanda vücut sıvı dengesinin izleminde en önemli parametrelerden birisidir. Serum sodyum düzeyi; anne yanında izlenmekte olan bir yenidoğanda yeterli anne sütü alımı ile ilgili bir gösterge iken, yenidoğan yoğun bakımda izlenmekte olan bir pretermde parenteral sıvı kompozisyonunun oluşturulmasında vazgeçilmez bir unsurdur.

Preterm ve term yenidoğanda böbrek fonksiyonlarında matürite ile ilişkili farklılıklar nedeniyle hipernatremiye yaklaşımda farklıdır. Ağır hipernatreminin yaşam boyu sürecek nörolojik sekellerle sonuçlanacağı unutulmamalıdır. Öncelikli hedef izlenmekte olan yenidoğanda, serum sodyum düzeylerinin normal sınırlarda tutulması ve hipernatreminin önlenmesidir. Hipernatremik yenidoğanda ise etiyolojinin en hızlı ve doğru şekilde tanımlanması ve uygun tedavi yaklaşımı önem taşır. Hipernatremi tedavisinde serum sodyum düzeylerinde dalgalanmalara yol açmayan, yumuşak ve güvenli bir iniş süreci tercih edilmelidir.

1. KA Marinelli, SL Gill, C Lavagno. Breastfeeding-associated hypernatremia: a systematic review of the literatüre. Journal of Human Lactation. 2016; 32.
2. Moritz ML. Preventing breastfeeding-associated hypernatraemia: an argument for supplemental feeding. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed. 2013;98(5):F378-F379.
3. Bilgin LK, Akcay F, Altinkaynak K, Altindag H. Hypernatremia in breastfed newborns: a review of 149 cases. J Trop Pediatr. 2012;58(4):332-334
4. Ergenekon E, Unal S, Gücüyener K, . Hypernatremic dehydration in the newborn period and long-term follow up. Pediatr Int. 2007;49(1):19-23
5. Çağlar MK, Altugan F, Özer I. Exclusively breastfeeding and hypernatremic dehydration. Iran J Public Health. 2005;34(1):1-11.
6. Çağlar MK, Özer I, Altugan FS. Risk factors for excess weight loss and hypernatremia in exclusively breast-fed infants. Braz J Med Biol Res. 2006;39(4):539-544
7. Musapasaoglu H, Agildere AM, Teksam M, Tarcan A, Gurakan B. Hypernatraemic dehydration in a neonate: brain MRI findings. Br J Radiol. 2008;81(962):e57-e60
8. Unal S, Arhan E, Kara N, Uncu N, Aliefendioğlu D. Breast-feeding-associated hypernatremia: retrospective analysis of 169 term newborns. Pediatr Int. 2008;50(1):29-34
9. Uras N, Karadag A, Dogan G, Tonbul A, Tatli MM. Moderate hypernatremic dehydration in newborn infants: retrospective evaluation of 64 cases. J Matern Fetal Neonatal Med. 2007;20(6):449-452
10. Yldzdaş HY, Satar M, Tutak E, Narl N, Büyükçelik M, Ozlü F. May the best friend be an enemy if not recognized early: hypernatremic dehydration due to breastfeeding. Pediatr Emerg Care. 2005;21(7):445-448
11. Tarcan A, Tiker F, Vatandaş NS, Haberal A, Gürakan B. Weight loss and hypernatremia in breast-fed babies: frequency in neonates with non-hemolytic jaundice. J Paediatr Child Health. 2005;41(9-10):484-487
12. J Dalton, RE Dechert, S Sarkar. Assessment of association between rapid fluctuations in serum sodium and intraventricular hemorrhage in hypernatremic preterm infants. American journal of perinatology. 2015.
13. S Uslu, H Ozdemir, A Bulbul, S Comert. A comparison of different methods of temperature measurements in sick newborns. J Trop Pediatr (2011) 57 (6): 418-423
14. A Bülbül, E Can, S Uslu, A Nuhoğlu. Miadında doğan bebeklerde hipernatremik dehidratasyon. Türk Pediatri Arşivi, 2009
15. A Bülbül, S Uslu. Fluid and electrolyte homeostasis in neonatal period. Şişli Etfal Tıp Bülteni, 2012

Hiperglisemi

Doç. Dr. Özgül Salihoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Yenidoğanda hiperglisemi yüzyıldan fazla bir süredir bilinmektedir (1). Klasik diabetes mellitus yenidoğan döneminde görülebilmekle birlikte, yenidoğanda hiperglisemi sıklıkla kendi kendini sınırlayan bir neonatal metabolik adaptasyon bozukluğu olarak karşımıza çıkar. Preterm bebeklerde (<37 tamamlanmış gebelik haftası) term bebeklere kıyasla daha fazla görülür (doğum ağırlığı <1000 g olan bebeklerde % 60-80).

Farklı tanımlamalar olmakla birlikte, gebelik haftası, doğum ağırlığı ya da postnatal yaşdan bağımsız olarak glikoz konsantrasyonu tam kanda >125 mg/dl (6.9 mmol/L) ya da plazmada >150 mg/dl 8.3 mmol/L) ise yenidoğan hiperglisemisi olarak tanımlanır (2). Plazma glikoz değerleri tam kan değerlerinden yaklaşık %10-15 daha yüksektir. Her 18 mg/dl plazma glikoz konsantrasyonu artışında plazma ozmolaritesi 1 mosmol/L artar.

Tanıda glikoz stikleri (glikoz oksidaz) kullanılabilir olsa da saptanan değer laboratuvar ölçümü ile doğrulanmalıdır. İdrarda glikozüri takip edilmelidir. Hipergliseminin derecesi ve böbreğin glikoz için tubüler geri emilim kapasitesi, hiperglisemik yenidoğanda idrarda glikoz atılımını belirler ve hasta yenidoğanlarda ya da pretermlerde düşük olabilir (normalde glikoz eşik değeri 140-190 mg/dl (3)). Tek başına glikozüri iyi bir belirteç değildir. Normal glikoz konsantrasyonlarında da görülebilir (4). Burada proksimal tubül immatüritesi rol oynar.

Hiperglisemi mekanizmaları yüksek glikoz üretimi ya da infüzyon hızı ya da düşük glikoz alım hızı olarak açıklanabilir (5).

Risk faktörleri olarak prematürite, intrauterin büyüme kısıtlılığı (İUBK), stres hormon düzeylerinde artma (artmış katekolamin infüzyonu, artmış glukokortikoid konsantrasyonu (antenatal steroid uygulaması, postnatal glukokortikoid uygulaması, stres), artmış glukagon konsantrasyonu), erken intravenöz (iv) lipit infüzyonu ve yüksek hızda iv lipit infüzyonu (>0.25 g/kg/saat, önerilen infüzyon hızı ≤ 0.15 g/kg/saat), gereksinimden fazla iv glikoz infüzyon hızı (>10-12 mg/kg/dk, normal bazal glikoz kullanım hızı 4-6 mg/kg/dk), yetersiz pankreatik insülin salınımı (preterm ve İUBK), enteral beslenmenin yokluğu (inkretin sekresyon ve salınımının azalması nedeniyle insülin salınımının sınırlanması), sepsis (özellikle fungal sepsis), hiperozmolar formüla, hipoksi, bazı ilaçlar (gebelikte maternal diazoksid kullanımı, yenidoğanda teofilin, kafein, fenitoin, prostaglandin E1 kullanımı) bilinmektedir. Setten iv bolus glikoz vererek ya da glikoz içeren damardan kan örneği alarak yapay hiperglisemiye neden olunabilinir. Glikoz stikleri hatalı ölçüm yapmış olabilir.

Çok yüksek kan glikoz düzeylerinde (>250-270 g/dl), glikozüri ve ozmotik diürez sıvı-elektrolit dengesizliği ve dehidratasyona yol açabilir (6). Yenidoğan hiperglisemisi artmış mortalite ve morbidite (sepsis, prematüre retinopatisi, prematüre beyin hasarı, nekrotizan enterokolit ve bronkopulmoner displazi) ile ilişkilendirilmekle birlikte kesin neden sonuç ilişkisine ait bir bulgu yoktur (7). Kan glikozu ~ ≥360 mg/dl olmadıkça beyin hasarı ve olumsuz nörogelişimsel prognoz direkt hiperglisemi sonucu olarak gösterilememiştir (5).

Daha önce normoglisemik (güvenli plazma glikoz konsantrasyonu aralığı 60-150 mg/dl) olup hiperglisemi saptanan yenidoğanda altta yatan ciddi neden araştırılmalı ve tedavi edilmelidir. Egzojen glikoz infüzyon hızı ve uygulanan ilaçlar not edilmelidir. İdrar çıkışı, idrar glikoz konsantrasyonu, plazma glikoz konsantrasyonu potansiyel dehidratasyon ve ozmotik diürez gelişimi açısından ölçülmelidir. Serum elektrolitleri sıvı replasmanı için belirlenmelidir. Hidrasyon durumunu değerlendirmek için mutlaka bebek tartılmalıdır. Bebeğe verilen glikoz infüzyon hızı eğer 4-6 mg/kg/dk üzerinde ve kan şekeri >180-200 mg/dl ise dekstroz konsantrasyonu %5'ten az olmamak koşuluyla normoglisemiye ulaşana kadar her 2-4 saatte bir 1-2 mg/kg/dk'lık düşüşlerle minimum 4 mg/kg/dk'ya inilir. Somatik büyümeye gerekli proteini korumak için 40-60 kcal/kg/gün enerji gereksinimi hatırda tutulmalıdır. Beslenmenin kesilmesi gereken ciddi bir klinik durum olmadıkça bebekler beslenmelidir. Erken iv parenteral aminoasit infüzyonunun hiperglisemi ve hiperpotasemi sıklık ve ciddiyetini azalttığı saptanmıştır (2). Enteral beslenme pankreas fonksiyonlarını ve insülin salınımını sağlar. Minimal enteral beslenme ile de barsaktan inkretinlerin (enteroinsüler hormonlar) salınımı indüklenir. Ciddi hiperglisemi (>250 mg/dl) sebat ederse egzojen insülin uygulaması gerekebilir (2, 6). İnsülin normoglisemi sağlanana kadar kısa süreli kullanılmalıdır. Hiperglisemiyi önlemek için erken insülin tedavisi önerilmemektedir (8).

Yenidoğan diyabeti nadir görülen bir durumdur. Geçici (%45) ya da kalıcı (%45) olabilir. Sendromlarla birlikte %10 oranında görülür. Görülme sıklığı 1:500.000 doğum olarak bildirilmektedir (9). Hayatın ilk aylarında başlayan, 2 haftadan uzun süren ve insülin tedavisi gerektiren kalıcı hiperglisemi (plazma glikoz konsantrasyonu >150-200 mg/dl) olarak tanımlanır. Yenidoğan döneminde hiperglisemi, poliüri, glikozüri (ketonemi, ketonüri veya metabolik asidoz eşlik edebilir ya da etmeyebilir), düşük plazma insülin ve C peptid düzeyleri, dehidratasyon, ateş, tartı kaybı ile kendisini gösterir. Geçici yenidoğan diyabetinin %70'inde 6q24 kromozomunda genetik mutasyonlar ya da epigenetik anomaliler saptanmıştır (10). Diğer %30'un %15'ini ABCC8 (SUR1) mutasyonları, %10'unu KCNC11 (KIR6) mutasyonu oluşturur. İnsülin gen mutasyonu ve daha az oranda HNF-1β ya da SLCA2A mutasyonu kalan %5'i oluşturur (11). Ciddi İUBK eşlik eder. Makroglossi ve umbilikal herni sıklıkla saptanır (12). Ortalama

tanı alma yaşı 6 gündür (1-81 gün). Çoğu olgu sıklıkla kendiliğinden geriler, ancak insülin tedavisi gerekebilir. Kalıcı diyabet genellikle yaşamın ilk 3 ayında kendini gösterir. Olguların %25'i IUBK'dır (10). Neden olan durumlar mitokondriyal hastalıklar, pankreas hipoplazisi ya da aplazisi, anormal pankreatik glukokinaz aktivitesi (kalıcı diyabet olgularının %3'ü), pankreatik K_{ATP} kanal mutasyonları (kalıcı diyabet olgularının %50'si KCNJ11 (KIR6.2) mutasyonu, %15'i ABCC8 (SUR1) mutasyonu) dır. Pankreas hipoplazisi ya da aplazisi (egzokrin pankreas bozukluğu ile birlikte) ile doğanlar genellikle doğumdan hemen sonra bulgu verirler. Yenidoğan diyabetine gelişme geriliği, iskelet displazisi ve intestinal atrezi eşlik edebilir. Tedavi sıvı-elektrolit dengesizlikleri ve hipergliseminin düzeltilmesini içerir. İnsülin tedavisi (önce iv sonra subkutan) plazma glikoz konsantrasyonu, glikozüri ya da her ikisi beraber takip edilerek ayarlanmalıdır. Yenidoğanda subkutan yerleştirilen insülin pompası ile tedavi önerilen yeni yaklaşımdır. Etyolojide KIR6 ve SUR1 mutasyonları saptanır ise oral sülfonilüre tedavisine geçilebilir.

Kaynaklar:

1. Kitselle JF. Kinder leipsic XVIII 1852:313
2. Hemachandra AH, Cowett RM. Neonatal Hyperglycemia. Pediatrics in Review 1999;20;e16
3. Jackson W, Marine N, Vinik A. The signifance of glucosuria. Lancet 1968;933-6
4. Wilkins BH. Renal function in sick very low birthweight infants: 4. Glucose excretion. Arch Dis Child 1992;67:1162-5
5. Hawdon JM. Homeostasis of carbohydrate and other fuels. In: Avery's Neonatology Pathophysiology and Management of the Newborn. Seventh edition. MacDonald MG, Seshia MMK (eds). Wolters Kluwer, Singapore, 2016 pp. 670-82
6. Kültürsay N, Bilgen H, Türkyılmaz C. Türk Neonatoloji Derneği Prematüre ve Hasta Term Bebeğin Beslenmesi Rehberi. 2014
7. Morgan C. The potential risks and benefits of insulin treatment in hyperglycaemic preterm neonates. Early Hum Dev 2015;91:655-9
8. Sinclair JC, Bottino M, Cowett RM. Interventions for prevention of neonatal hyperglycemia in very low birth weight infants. Cochrane Database Syst Rev 2011;(10):CD007615
9. Rubio-Cabezas O, Ellard S. Diabetes mellitus in neonates and infants: genetic heterogeneity, clinical approach to diagnosis, and therapeutic options. Horm Res Paediatr 2013;80:137-46
10. Rozance PJ, McGovan J, Price-Douglas W, Hay WWJr. Glucose homeostasis. In: Meren Stein & Gardner's Handbooh of Neonatal Intensive Care. Eighth edition. Gardner SL, Carter BS, Hines ME, Hernandez JA (eds). Elsevier, St. Louis, Missouri, 2016 pp. 337-59
11. Sperling MA. Neonatal diabetes mellitus. In: Pediatric Endocrynology. Fourth edition. Sperling MA (ed). Elsevier Saunders, United States of America, 2014 pp. 277-90
12. Temple IK, Mackay DJG, Docherty LE. Diabetes Mellitus, 6q24-Related Transient Neonatal. 2005 Oct 10 [updated 2015 Jan 15]. In: Pagon RA, Adam MP, Ardinger HH,Wallace SE, Amemiya A, Bean LJH, Bird TD, Ledbetter N, Mefford HC, Smith RJH,Stephens K, editors. GeneReviews® [Internet]. Seattle (WA): University of Washington, Seattle; 1993-2017

Hiperbilirubinemi

Doç. Dr. H. Sinan Uslu

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Yenidoğan sağlığı ile uğraşan sağlık personelinin en sık karşılaştığı problem yenidoğan sarılığıdır. Hastaneye tekrar yatışların da en önemli nedeni olan yenidoğan hiperbilirubinemisi kandaki bilirubin düzeyinin artması sonucu cilt, sklera ve müköz membranların sarı renk alması olarak tanımlanmaktadır. Zamanında doğan yenidoğan bebeklerin yaklaŞık %60-70'i, preterm yenidoğanların ise hemen hemen tamamı yaşamın ilk günlerinde hiperbilirubinemi sorunu ile karşı karşıya kalırlar. Total serum bilirubin (TSB) değerinin bilirubin nomogramında yaşa (saat) göre >95. persentili aşması patolojik olarak nitelenir ve uygun metodlarla tedaviyi gerektirir.

Sağlıklı anne –bebek çiftinin erken taburcu olması neticesi sarılığın en yüksek olduğu dönem evde geçirilmektedir. Bu riskin yönetimi aynı zamanda yenidoğan sarılığının bilirubinin indüklediği nörolojik disfonksiyon, akut bilirubin ensefalopatisi, kern ikterus gibi kabul edilemez sonuçlarını önlemeye yönelik olmalıdır. Bu çalışmada yenidoğan sağlığı ile ilgilenen tüm sağlık çalışanlarına yönelik olarak olgular eşliğinde hiperbilirübinemi risk yönetimi, tanısal ve tedavisel yaklaşımı tartışılacaktır.

Bilirubin Metabolizması

Hiperbilirubinemi risk ve hasta yönetimini yapan sağlık çalışanları bilirubin metabolizması ve yenidoğanda farklılıkları bilmelidir. Bilirubinin %80-90'ı fetal eritrositlerin hemolizi sonucunda hemoglobinin parçalanmasıyla açığa çıkan hem'den, az bir kısmı ise diğer hemoproteinlerden meydana gelir. Retiküloendotelyal hücreler tarafından eritrositlerin parçalanması sonucunda ortaya çıkan hemoglobin, hem ve globin şeklinde katabolize edilir. Bilirubinin meydana gelmesinde ilk adım hem'in hem oksijenaz enzimi tarafından biliverdine oksitlenmesidir. İkinci aşamada biliverdin redüktaz enzimi katalizörlüğünde nikotin adenin dinükleotid fosfat dehidrogenaz ile birlikte biliverdinden bilirubin meydana gelir. İndirekt bilirubinin olarak adlandırılan maddenin özelliği, tamamının (4Z,15Z) izomer şeklinde intramoleküler hidrojen bağları nedeniyle suda erimeyen bir yapıya sahip olmasıdır. İndirekt bilirubin albümine bağlı olarak kanda taşınır. Bir gram albumin yüksek afiniteli bağlanma bölgeleri ile 8,3 mg bilirubin bağlar. Plazmada çok düşük düzeylerde bulunan serbest bilirubinin fizyolojik rolü çok önemlidir. Kan beyin bariyeri, karaciğer sinuzoidal membranı gibi biyolojik membranlardan geçebilen bu fraksiyon, kernikterusa neden olan formdur. Ancak serbet bilirubinin laboratuvarda ölçümü henüz standardize olmadığı için rutin kullanıma girmemiştir. İntraselüler reseptöre (Y ve Z proteini) bağlanmak suretiyle karaciğer hücrelerine alınan indirekt bilirubin, uridildifosfat glukronil transferaz (UDPG-T) enzimiyle (termlerde erişkinlerin %1, pretermlerde %0.1) konjuge olarak direkt bilirubine dönüşür. Sterkobilinojen şeklinde dışkı ile ürobilinojen şeklinde ise idrarla atılır. Direkt bilirubinin bir kısmı erişkinin 10 katı fazlalıkta bulunan β-glukronidaz enzimi yardımıyla tekrar indirekt bilirubine dönüşerek enterohepatik dolaşım ile karaciğere geri alınır.

Bilirubin yapım miktarının fazla olması, hepatosite uptake ve transport kusuru, yetersiz konjugasyon, ekskresyon kusuru ve barsakta reabsorbsiyonda artış yenidoğanda bilirübin yükünü arttıran temel farklılıklardır.

Olgu:

36 GH'de, 3980 g, LGA, erkek bebek, G2P2 normal spontan vajinal yolla sağlıklı doğuyor.

Fizik bakısında (1X0.5 cm sefal hematom dışında) ve postnatal adaptasyonunda sorun yok

Sadece anne sütü ile beslenirken yaşamının 36. saatinde TcB (8.4 mg/dl) bakılıyor

48. saatinde;-bebek aktif, anne sütünün çok az geldiğini bebeğin emmeye çalıştığını belirtiyor,

-anne kan grubu A Rh(+) ve doktora göre bebek fazla sarı gözükmüyor

Doktor ne yapsın? Taburcu ediyor

Bebek yaşamının 84. saatinde (taburculuğunun 36. saatinde) polikliniğe kontrole getiriliyor.

Aşırı alert, sürekli emme isteği olan, tonusu artmış ve tiz sesle ağlayan bebeğin sararmış olduğu izleniyor. TSB: 27.4 mg/dl

Hiperbilirubineminin neden olduğu problemleri önleme stratejileri

Her ünitenin yenidoğan sarılığına yönelik yazılı stratejileri belirlemesi çok önemlidir.

A. Birincil Koruma:

A.1. Yeterli ve başarılı emzirme:

- Emzirmeye erken başlama
- Emzirme sıklığını arttırma
- Tek başına anne sütüyle beslenme
- AS ile beslenmeyi teşvik eden programlar
- AS ile beslenirken tartı kontrolü
- Yetersiz beslenme bulgularının takibi
- AS dışında (su ve şekerli su) beslenme öğelerine sıfır tolerans

B. İkincil Koruma:

B.1. Kan gruplarının belirlenmesi

- Tüm gebelerin kan grupları belirlenmeli
- Kan grubu bilinmeyen veya Anne kan grubu 0 veya Rh (-) olan bebekler için kordon kanından kan gruplarına bakılmalı ve D.Coombs testi istenmeli

B.2. Doğru klinik değerlendirme (gözle karar verilmez!!)

- Gözle değerlendirme (Crammer metodu)
- Cilde parmakla basarak değerlendirme
- Cilt renginin değerlendirilmesi (Gosset'in ikterometresi)

B.3. Risk faktörlerinin belirlenmesi

- Taburculuk öncesi TSB veya TcB yüksek risk bölgesinde bulunması
- İlk 24 saatte sarılık
- Kan grubu uyuşmazlığı ile (+) direkt antiglobulin test, diğer bilinen hemolitik hastalık (örn, G6PD eksikliği), yüksek ETCO
- Düşük gebelik haftası (<38, özellikle 35-36 gebelik yaşı)
- Önceki kardeşlerde FT öyküsü
- Sefal hematom veya yaygın ekimoz
- Sadece anne sütü ile beslen(eme)me ve aşırı kilo kaybı
- Doğu Asya ırkı

B.4. Bilirubin ölçüm metodlarının rasyonel kullanımı

Kan değerleri Kimyasal reaksiyon (diazo, altın standart) ve fotometrik cihazlar

Transkutanöz bilirubin ölçümü TcB>12 mg/dl, ilk 24 saatteki sarılık, tedavi kararı verilenler

ve fototerapi alan bebeklerde güvenli değil

B.5. Taburculuk öncesi risk değerlendirme ve bilirubin momogramının doğru kullanımı

- Bebek&anne çifti taburcu olmadan önce TcB veya TSB ölçümü yapılmalıdır
- En az iki ölçüm yapılması çok daha anlamlı
- Risk grubuna dahil olup olmadığı saptanmalıdır
- Türk Neonatoloji Derneği önerilerinin kullanılması son derece yararlı

B.6. Taburculuk sonrası kontrol planı

- Genel kural olarak ilk 72 saat içinde taburcu olanlar, taburcu oldukları 2 gün içinde kontrole çağrılmalıdır
- Daha çok risk faktörü olan bebekler daha erken (24-48 saat içinde) kontrole çağrılmalı
- Coğrafi, iklimsel, sosyo-ekonomik veya başka nedenlerle bebeğin kontrole getirilmesinden emin olunamıyorsa ve ciddi hiperbilirubinemi gelişme riski yüksek bulunmuşsa taburculuk ertelenmeli (72-96 saate kadar)

B.7. Özel durumlarda tetkik planı (TND-2014 önerileri)

Endikasyonlar	Değerlendirme
İlk 24 saatte ortaya çıkan sarılık	STB ölçün
Bebeğin normalden daha sarı görülmesi	TcB ve/veya STB ölçün
Fototerapi alan veya STB hızla yükselen ve öykü ve fizik muayene ile nedeni açıklanamayan sarılık	Kan grubu ve Coombs testi Tam kan sayımı ve periferik yayma Direkt bilirubin ölçümü Retikulosit sayısı, G6PD, idrarda redüktan madde Bebeğin yaşı ve STB'ye göre 4-24 saat içinde tekrarla
Kan değişimi gerektirecek düzeyde olan veya fototerapiye yanıt vermeyen STB	Albumin

B.8. Fototerapi alan bebeklerde takip planı (TND-2014 önerileri)

STB =20-25 mg/dl	3-4 saatte tekrar
STB< 20 mg/dl	4-6 saatte tekrar
STB düşüyor	8-12 saatte tekrar
STB aynı ve KD yakın	Kan değişimini düşün
STB < 13-14 mg/dl	Fototerapiyi kes
Fototerapi sonrası	12-24 saat sonra STB bak?*

STB: serum total bilirubini, KD: kan değişimi

* Hemoliz, direkt Coombs pozitifliği, gebelik haftası <37 hafta, ilk 3 günde FT alan bebeklerde FT kesildikten sonra STB kontrol edilir (*"Rebound"* bakılır). Ancak bunun için bebeğin hastanede kalması gerekmez.

Gluten İlişkili Hastalıklar

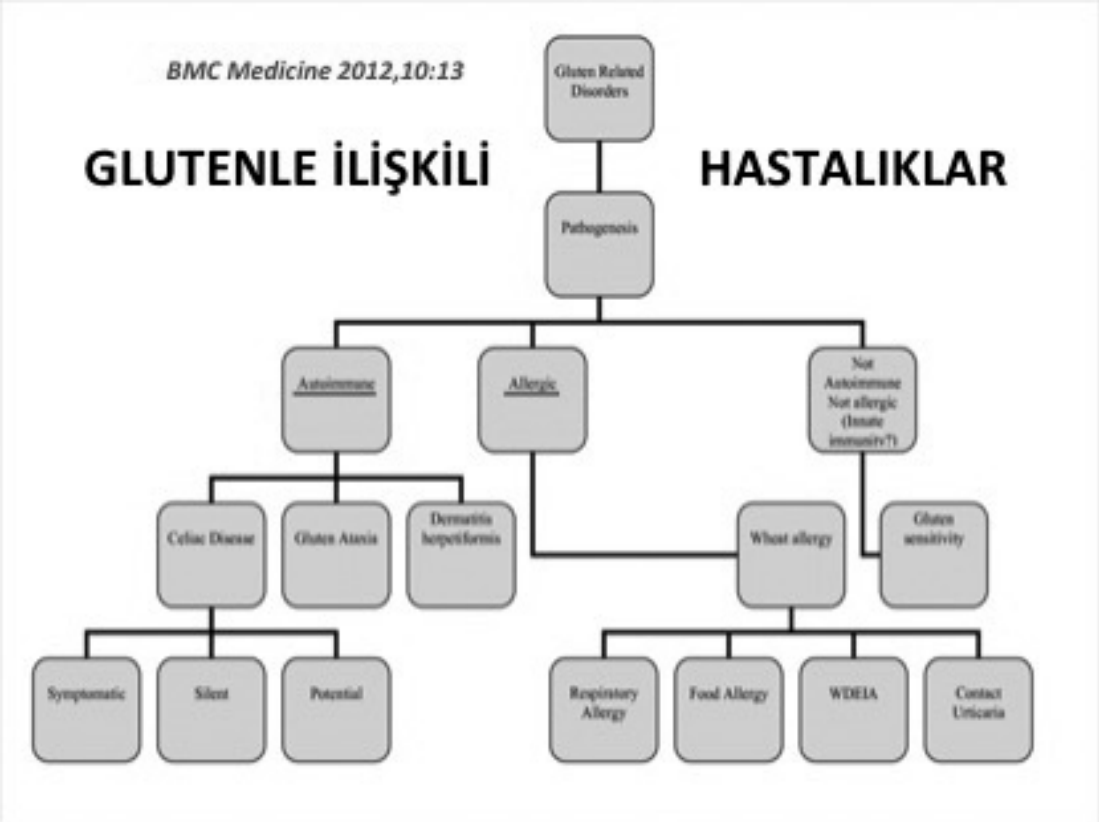
Prof. Dr. Sema Aydoğdu

Ege Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İzmir

Günümüzde gluten ilişkili hastalıkların görülme sıklığı, özellikle son 50 yılda, giderek artmakta ve global prevalans %5 dolayında bildirilmektedir. Buna paralel glutensiz ürünlerin pazar payı da yükseliş eğilimindedir ve %10'lara ulaşmış bulunmaktadır.

Gluten; buğdayın temel yapısal proteinidir. Gliadin ve glutenin isimli, sindirimi zor iki fraksiyondan oluşmaktadır. Arpa ve çavdarda da benzer homolog proteinler bulunmaktadır. Son yıllarda buğdayın karbonhidrat fraksiyonu, nişastanın da özel bir duyarlılığa yol açtığı bildirilmektedir.

Glutenle ilişkili hastalıklar 2012'den itibaren otoimmun, alerjik ve non-otoimmun, non-alerjik olmak üzere 3 ana başlıkta ele alınmaktadır.



Bu tabloya göre; dermatitis herpetiformis çölyak hastalığından ayrı bir sorun olarak kabul edilmektedir. Duodenal histopatoloji daha hafiftir ve tedavide deriye yönelik farmakolojik ajanların yanı sıra glutensiz diyette yer almaktadır. Gluten ataksisi ise, çocuklarda görülmeyen, çoğunlukla orta yaş erişkinlerde rastlanan ve glutensiz diyete yanıtlı ayrı bir antitedir. Bu nedenlerle çocuklarda gluten ilişkili hastalıklar başlığı altında 3 medikal sorun ele alınacaktır; Çölyak Hastalığı, Buğday Alerjisi ve Çölyak Olmayan Gluten Duyarlılığı *(Non-Celiac Gluten Sensitivity-NCGS)*. Her biri farklı mekanizmalarla ortaya çıkmaktadır. Çölyak hastalığı; gluten peptidlerinin tetiklediği, T hücre bağımlı otoimmun bir enteropatidir ve genetik yatkınlık zemininde gelişir. Buğday alerjisi ise; gluten dışı alfa-amilaz/tripsin inhibitor, non-spesifik lipid transfer protein *(nsLTP)* gibi alerjik proteinlerin IgE bağımlı olarak oluşturdukları inflamatuvar bir süreçtir. Üçüncü sorun Çölyak Olmayan Gluten Duyarlılığı ise; temel mekanizması tam anlaşılamamış, non-immun, non-alerjik bir reaksiyondur.

ÇÖLYAK HASTALIĞI

Epidemiyolojik çalışmalara göre; dünya çapında, yaklaşık, 100 kişide 1 sıklıkla görülmektedir. Genetik yatkınlığı oluşturan HLA tip II DQ2/DQ8 allellerini taşıyan kişilerde, enterositin hücre dışı matriks enzimi doku transglutaminaz tip-2'ye karşı T hücre kökenli immun reaksiyonun neden olduğu mukozal hasar ve villöz atrofi ile karşımıza gelir. Glutenin gliadin fraksiyonu (özellikle

33 aminoasitli peptidi) direk sitotoksik etki ile hastalık sürecini başlatır. Çölyaklıların %95'i HLA-DQ2 heterodimeri, kalan %5'i ise HLA-DQ8 taşıyıcısıdır.

Klinik şüphe uyandıran durumlar; açıklanamayan kronik gastrointestinal semptomlar veya boy kısalığı, demir eksikliği anemisi, kronik halsizlik, kilo kaybı, puberte gecikmesi, amenore, tekrarlayan kemik kırıkları, diş mine defektleri, izole aminotransferaz yüksekliği gibi ekstraintestinal belirtilerdir. Down, Turner, Williams sendromlu, izole IgA eksikliği, otoimmun tiroidit, tip-1 diabetes veya otoimmun karaciğer hastalığı olan tüm çocuk ve adolesanlar, çölyaklıların 1. ve 2. derece akrabaları çölyak yönünden araştırılmalıdır.

SEROLOJİK TESTLER: İki yaştan büyüklerde IgA tipi TTG *(doku transglutaminaz)* ve EMA *(endomisium)*, daha küçüklerde ise, TTG ve DGP *(deamide gliadin peptid)* antikor kombinasyonları kullanılmalıdır. İzole IgA eksikliğinde bu antikorların IgG tipi üzerinden tanıya ulaşılmalıdır. Serolojik pozitiflik durumunda üst gastrointestinal endoskopi ve duodenal biyopsi ile tanı kesinleştirilmelidir. Batılı yayınlarda TTG'nin normalin 10 katından yüksek olması ve HLA DQ2/DQ8 varlığında endoskopi yapılmadan, 6 aylık glutensiz diyete tam yanıt halinde de tanı koyulabileceği bildirilmektedir. Ancak; bu durum ülkemiz çocuklarına uygulanamaz. Çünkü; bizde çölyak hastalığını taklit eden giardiasis, helikobakter pilori duodeniti, çevresel enteropati gibi durumlar çok sık görülmektedir. Günümüz olanakları ile çölyak tanısı alanlar ömür boyu ve mutlak olarak glutensiz beslenmek zorundadır. Aksi takdirde otoimmun hastalık, kanser gibi farklı süreçlerle karşılaşabilirler ve yaşam süreleri kısalır. Diyet dışı tedavi yöntemleri henüz araştırma düzeyindedir ve uygulamaya girmemiştir.

BUĞDAY ALERJİSİ

Epidemiyolojik çalışmalara göre; çocuklarda prevalans %0.4 dolayındadır. IgE bağımlı alerjik bir reaksiyondur ve buğdaylı gıdanın alımından sonra dakikalar içinde oluşan klinik belirtiler *(ürtiker, anjioödem, bronkospazm, bulantı, karın ağrısı)* ve özellikle anaflaksi ile karakterizedir. Sıklıkla okul çağı çocuklarının sorunudur ve inek sütü ve yumurta alerjisi ile birlikte olabilir. Erişkinlerde buğdaylı gıda alımından sonra 2 saat içinde yapılan egsersiz (*wheat-dependent exercise-induced anaphylaxis-WDEIA)* ve aspirin alımından sonraki 4-5 saat içindeki egsersizin uyardığı anafilaktik reaksiyonlarda bu başlık altında ele alınmaktadır. Roma İmparatorluğu döneminden beri bilinen, buğday ununun solunması ile ortaya çıkan fırıncı astımı ve rinitte bu başlık altında yer almaktadır. Alerjen olarak 21 farklı buğday proteini tespit edilmiştir. Alfa-amilaz/tripsin inhibitor, non-spesifik lipid transfer protein *(nsLTP)* solunum semptomlarından, omega-5 gliadin WDEIA'dan, HMW glutenin ürtikerden sorumlu tutulmaktadır.

Tanıda ilk aşamada buğday spesifik IgE (f4) ve skin prick test kullanılmalıdır. Bu testler sadece yol göstericidir. Spesifite %70-80, sensitivite %60 dolayındadır ve f4 ile çim polenleri çapraz reaksiyon göstermektedir. Tanının kesinleşmesinde altın standart yöntem çift kör, plasebo kontrol gıda testidir. Ancak; klinik ve laboratuvar bulgularının düzeyine göre açık gıda testi de uygulanabilir. Tedavi mutlak glutensiz beslenmeyi gerektirir. Diğer glutenli gıdalar çapraz reaksiyon oluşturabilir ve anaflaktoid reaksiyonlara yol açabilir, unutulmamalıdır.

ÇÖLYAK OLMAYAN GLUTEN DUYARLILIĞI

1980'lerden bu yana bilinen bu konudaki pediatrik literatür zayıftır. Sorun çoğunlukla genç ve orta yaşlı erişkinlerde ve kadınlarda görülmektedir. HLA DQ2/DQ8 doku tipi olguların ancak %50'sinde saptanmaktadır. Son yayınlarda buğday ve diğer tahıllarda bulunan az sindirilen veya sindirilemeyen oligosakkaridlerin *(früktan, lektin, agglutinin v.b.)* osmotik etkileri ve fermentasyon ile başta gaz olmak üzere çeşitli intestinal semptomlar oluşturması sorumlu tutulmaktadır. Bu tür küçük karbonhidratlar FODMAPs *(**f**ermentable, **o**ligo-, **d**i-, **m**onosaccharides, **a**nd **p**olyols)* olarak adlandırılmakta ve IBS *(irritable bowel syndrome)* ile ilişkilendirilmektedir. Batılı verilere göre; bu durumun görülme sıklığı %1-13 arasında değişmektedir. Yeni Zelanda'dan, 2012'de yayınlanan iki çalışma pediatri açısından önem taşımaktadır. İlk çalışmada; çocuklarda gluten duyarlılığının çölyak hastalığından 5 kat daha fazla görüldüğü bildirilmiştir (%1'e karşın %5). İkinci çalışmada ise; irritabilite, diyare, kilo kaybı, duygu durum bozukluğu, gelişimsel bozukluklar gibi klinik bulgular ve ailede çölyak öyküsünün bağımsız faktörler olduğu ileri sürülmüştür. Otizm ve gluten tüketimi arasında da anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Klinik belirtiler çölyak hastalığında olduğu gibi intestinal veya ekstraintestinal özellikler göstermektedir. Ancak; belirtiler çölyak hastalığının aksine, gıdanın alımından hemen sonra ortaya çıkmaktadır. Günümüzde çocuklara yönelik bir rehber olmamakla birlikte, çölyak hastalığı ve buğday alerjisinin dışlanması ve en az 8 haftalık glutensiz beslenmenin ardından, gıda testinin yapılması ile tanıya gidilebileceği ileri sürülmektedir. Bu hastalarda TTG, EMA, DGP antikorları negatiftir. Yaklaşık %50'sinde AGA IgG *(antigliadin antikor)*, %7'sinde AGA IgA pozitif bulunabilir. Ancak endoskopik biyopsi ile enteropatinin olmadığı gösterilmelidir.

KAYNAKLAR

1. Elli L, Branchi F, Tomba C, et al. Diagnosis of gluten related disorders: Celiac disease, wheat allergy and non-celiac gluten sensitivity. World J Gastroenterol. 2015; 21(23): 7110–7119.

2. Catassi C, Bai JC, Bonaz B, Bouma G, et al. Non-Celiac Gluten sensitivity: the new frontier of gluten related disorders. Nutrients. 2013;5:3839–3853.

3. Hill ID, Fasano A, Guandalini S, et al. NASPGHAN Clinical Report on the Diagnosis and Treatment of Gluten-related Disorders. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2016 ;63(1):156-65.

4. Ludvigsson JF, Leffler DA, Bai JC, et al. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms. Gut. 2013;62:43–52

5. Catassi C, Bai JC, Bonaz B, et al. Non-Celiac Gluten sensitivity: the new frontier of gluten related disorders. Nutrients. 2013;5:3839–3853.

6. Tanpowpong P, Ingham TR, Lampshire PK, et al. Coeliac disease and gluten avoidance in New Zealand children. Arch Dis Child. 2012;97:12–16.

7. Husby S, Koletzko S, Korponay-Szabó IR, et al. European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition guidelines for the diagnosis of coeliac disease. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2012;54:136–160.

8. Shepherd SJ, Halmos E, Glance S. The role of FODMAPs in irritable bowel syndrome. Curr Opin Clin Nutr Metab Care. 2014;17:605–609.

Konjenital Kalp Hastalıkları Taramasında Son Durum: Neden? Kime? Nasıl?

Doç. Dr. Fuat Emre Canpolat

Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Ankara

Kritik konjenital kalp hastalığının tanısının gecikmesi yenidoğanlarda ölüme ve kalıcı sorunlara yolaçabilir. Çoğunlukla ülkeler antenatal ultrasonografi taraması ve fizik muayene ile yenidoğanlardaki kalp hastalıklarına tanı koymakta ve günümüzde de genellikle yaklaşım böyle olmaktadır. Ancak bu yaklaşım bazı bebeklerin geç tanı almasına ya da tanı alamamasına ve ilerde morbidite ve ölümle sonuçlanabilmektedir. Bazı çalışmalar bebeklerim nabız oksimetre ile taramalarının yapılması ile bazı kritik konjenital kalp hastalıklarının tanısının erken konmasına yardımcı olabilmektedir. Nabız oksimetreler yenidoğan bakımı veren merkezlerde yaygın olarak kullanılan, invazif olmayan, ağrıya girişime yol açmayan ve yenidoğanların ruti bakımında kullanılabilen bir yöntemdir.

Öncelikle bazı noktaları vurgulamak gerekir;

- Bu tarama anne yanında izlenen sağlıklı yenidoğanları hedeflemektedir
- Hareket toleransı olan problar kullanılmalı, tek kullanımlı veya çok kullanımlı olanlar olabilir
- 24 saatten önce yapılmamalı ama erken taburculuk olacaksa yapılabilir bu durumda yanlış pozitif sonuçların daha fazla olacağı bilinmelidir
- Sağ elden ve ayaktan ölçüm yapılmalıdır
- Herhangi bir ekstremiteden ≥%95 saturasyon ölçüldü ise ve iki ekstremite arasındaki fark ≤%3 den az ise bebek taramadan geçer ve tarama sona erer.
- Daha önce geçemeyen bebeklerede test tekrar edilebilir
- Saturasyonu %90'ın altında olan bebeklerin acilen değerlendirilmesi gerekir.
- İrtifa farkı ve deniz seviyesinden yükseklik daha düşük sonuçlara neden olabilir.
- Pozitif tarama sonucunda ekokardiyografik olarak bebeğin değerlendirilmesi gerekir, enfeksiyonlar ve akciğer kaynaklı sorunlar da pozitif tarama sonuçlarının çıkmasına neden olabileceği unutulmamalıdır.

Doğum sayısının çok yüksek olduğu erken taburculuk yapılmak zorunda kalınan büyük doğumevlerinde anne yanında izlenen bebeklerde kritik konjenital kalp hastalığı taraması yapılmasının kalp hastalıkları dışında bazı diğer yenidoğan hastalıklarını da tespit etmede yararı olacağını düşündüren bazı bulguları yaptığımız taramalarda tespit ettik. 22.000 üzerinde bebekte yapılan tarama sonuçlarımızı katılımcılarla bu vesile ile paylaşmayı düşündük.

Eyvah Bebeğim Morardı!

Doç. Dr. Ayşegül Zenciroğlu

SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı Hastalıkları SUAM, Yenidoğan Kliniği, Ankara

Siyanoz redükte hemoglobin (Hb) miktarına bağlıdır. Redükte Hb seviyesinin kapiller yatakta 5 g/dL, arteriyel kanda 3 g/dL'nin üzerinde olduğunda ortaya çıkan deri, tırnak yatağı veya mukozaların mavimsi-mor renk değişikliğidir. Hb rengi oksijen (O_2) yeterli ise kırmızıdır, azalınca mavi/mora dönüşür. Renk değişikliğinin sebebi budur. Genellikle arteriyel O_2 satürasyonu (Sat O_2) %90'nın ve arteriyel oksijen basıncın (PO_2) 60 mmHg'nın altındadır. Yenidoğanda ciddi ve yaşamsal önemli hastalığa işaret edebilir, hızla değerlendirilmelidir.

Yalnızca ekstremitelerdeyse **periferik siyanoz** olarak adlandırılır. Ağız ve göz çevresinde de fark edilebilir. Sistemik Sat O_2 normaldir. Periferik kapiller yataktaki akımın yavaşlaması sonucu ortaya çıkan arteriyovenöz O_2 satürasyon farkı fazladır. Ekstremiteler soğuk ve nemli olabilir. **Akrosiyanoz** genellikle sağlıklı yenidoğanlarda görülen periferik siyanozdur. Santral siyanozdan mukozaların pembe olmasıyla ayırt edilir. Doğumdan sonraki ilk 24-48 saatte görülür ve çoğunlukla önemli bir sorun oluşturmaz.

SantraI siyanoz mukozalar ve dilde daha belirgin olmak üzere tüm vücutta görülür. Sat O_2 azalmıştır. Doğumdan sonraki ilk 5-10 dakikada Sat O_2'nun % 85-95 arasında olduğu geçici bir santral siyanoz olabilir. Persistan siyanoz her zaman patolojiktir ve ayrıntılı araştırmalıdır.

Siyanozun fark edilmesini etkileyen faktörler:

1. Hb konsantrasyonu; Yüksek Hb düzeyleri siyanozun kolay fark edilmesine yardım eder. Ciddi anemisi olan bebeklerde Sat O_2 çok düştüğünde bile belirgin olmayabilir.

2. Fetal Hb *düzeyi*; Plasentadan daha çok O_2 alabilmek için O_2'e erişkin Hb'e göre daha güçlü bağlanır ve dokulara O_2 dağılımı daha azdır. Fetal Hb'i yüksek olan bebeklerde siyanozun ortaya çıkabilmesi için O_2 miktarında önemli bir düşme gereklidir.

3. Derinin pigmentasyonu: Esmer bebeklerde siyanoz daha az belirgindir. Bu nedenle siyanotik hastalarda tırnak yatakları, dil ve mukozalar da değerlendirilmelidir.

4. Diğer fizyolojik faktörler:

a. Hb'in O_2'e duyarlılığını artıran etkenler (alkaloz, hiperventilasyon, soğuk, azalmış 2,3 difosfogliserat düzeyi): Siyanozun belirginleştiği PaO_2 değeri düşer.

b. Hb'in O_2'e duyarlılığını azaltan etkenler (asidoz, ateş, artmış erişkin Hb miktarı): Siyanoz daha yüksek PaO2 değerlerinde fark edilebilir.

Yenidoğanın doğum sonrası normal geçiş süreci

Doğum sonrası bebeğin nefes alıp vermeye adaptasyonu için kardiyovasküler ve solunum sistemlerinde önemli değişiklikler olur. İntrauterin Sat O_2 %50-60 iken yaklaşık 5-10 dakikada normal (%90-95) değerlere ulaşır. Sağlıklı, term, solunum çabası yeterli, aktif bebekte ilk dakikalarda siyanoz varsa hemen O_2 başlanmamalı normal geçiş için zaman tanınmalıdır.

Yenidoğanda Siyanozun Etiyolojisi

1. Havayolu sorunları: Üst ve alt havayolları sorunları genellikle doğum sonrası kısa sürede bulgu verir (ör; koanal atrezi, mikrognati, retrognati, yarık damak, laringomalazi, subglotik darlık, vokal kord paralizisi, trakeayı içeriden/dışarıdan daraltan hastalıklar, vasküler halkalar ve "sling", teratomlar veya kistik higromalar, subglotik hemanjiyomlar)

2. Solunum ve akciğer sorunları: Neonatal pnömoni, respiratuar distres sendromu (RDS) yenidoğanın geçici takipnesi (YGT), akciğer anomalileri, diyafram hernisi, pulmoner hipolazi, kistik adenomatoid malformasyon, pulmoner sekestrasyon, lobar amfizem

3. Kalp ve dolaşım sorunları: Polisitemi, anemi, methemoglobinemi, doğumsal kalp hastalıkları (DKH)

4. Yenidoğanın persistan pulmoner hipertansiyonu (PPHN)

5. Diğer organ ve sistem sorunları: Nörolojik hasar, hipoksik iskemik ensefalopati (HİE), doğum travması (frenik sinir hasarı→ diyafram parezileri →hipoventilasyon), hipoglisemi, gastrointestinal sorunlar veya batında büyük kitleler

Siyanotik Yenidoğanın Değerlendirmesi

1. ***Öykü:*** Sebeplere yönelik olarak sistematik bir değerlendirme yapılmalı, gebelik, doğum ve yenidoğana ait risk faktörleri araştırılmalıdır.

a. Gebelik: Diyabetes mellitus (RDS, YGT, hipoglisemi, DKH, polisitemi), oligohidramniyoz (akciğer hipoplazisi), polihidramniyoz (havayolu, ösefagus veya nörolojik anormallikler), hipertansiyon (polisitemi, anemi), ilaç alımı (lityum "Ebstein anomalisi), enfeksiyonlar

b. Doğum: Erken membran rüptürü, ateş, (sepsis, pnömoni), analjezikler, anestezi (solunum depresyonu, apne), sezaryen doğum (YGT, PPHN), prematürite (RDS, apne), mekonyumlu doğum (mekonyum aspirasyon sendromu), doğum travması, zor doğum (kafa içi kanamalar ve frenik sinir paralizisi)

2. Fizik inceleme: Bebek ısıtılıp sakinleştirildikten sonra başlanmalıdır.

a. Santral-periferik siyanoz ayrımı: Nabız oksimetre ile sağ el ve ayaktan eş zamanlı ölçüm

b. Vital bulguların değerlendirilmesi: Akciğer hastalıklarında çekilmeler, burun kanadı solunumu, takipne fark edilir. Kalp hastalığında solunum sıkıntısı olmayabilir. Septik bebeklerde siyanozla birlikte taşikardi, takipne, hipotansiyon, hipo/hipertermi olabilir. Ancak bu bulgular sol taraflı obstrüktif kalp hastalıklarında da olabilir.

c. Üst havayolları değerlendirilmeli, özellikle burun deliklerinden sonda geçirilmelidir.

d. Ayrıntılı kardiyolojik değerlendirme: Kalp hızı, nabızlar, perfüzyon, oskültasyon

e. Karın muayenesi: Diyafragma hernisi, karında kitleler ve distansiyon araştırılmalıdır.

f. Nörolojik muayene: Tonus, aktivite, yavaş ve düzensiz solunum, periyodik solunum, apne nöbetleri, Erb paralizisi, tiz sesle ağlama gibi bulgular araştırılmalıdır.

3. Laboratuar bulgularının değerlendirilmesi

Ayırıcı tanıda öncelikle tam kan sayımı, kan şekeri (KŞ), akciğer grafisi ve arteriyel kan gazı değerlendirmelidir. Gereken hastalarda methemoglobin **düzeyi**, EKG, hiperoksi testi, ekokardiyografi ve biyokimyasal parametreler değerlendirilir.

4. Tedavi

a. Acil durumlarda öncelikle havayolları açık tutulmalı ve solunum (gerekirse ventilatör) desteği sağlanmalıdır.

b. Hemen damar yolu açılarak İV sıvı verilmeye başlanmalı, mümkünse göbek ven ve arter kateterizasyonu yapılmalıdır. Enteral beslenme kesilmeli, vücut ısısı kontrol edilmeli, KŞ 55 mg/dL üzerinde tutulmalı, asidoz ve hipokalsemi varsa düzeltilmelidir.

c. Muhtemel riskler de değerlendirilerek (% 100'den kaçınılmalı) O_2 desteği verilmelidir. % 40-60 başlanması, O_2 tedavisine yanıt vermeyen ve PGE1 ihtiyacı olasılığı olan kalp hastalıklı bebekler için önemlidir. O_2, duktusun kapanmasını da hızlandırabilir.

d. Pulmoner kan akımının veya yeterli karışımın sağlanması için duktusun açık kalması gerekenlerde PGE1 infüzyonu verilmelidir, (doz 0.01-0.05 mcg/kg/dk). Kliniğe göre titre edilerek artırılır veya azaltılır. En önemli yan etkisi apnedir ve kısa sürede nakil gerekiyorsa entübasyon da düşünülmelidir. Kesin bir kontrendikasyonu olmamakla birlikte total pulmoner venöz dönüş anomalisi olanlarda pulmoner ödemi artırabilir.

e. Methemoglobinemi tedavi için metilen mavisi kullanılır (doz % 1' lik solüsyondan 0,3-1 mg/kg, 3-5 dk içerisinde verilir.), 30 dakika içerisinde etkisini gösterir.

f. Enfeksiyon saptanmışsa uygun antibiyotik tedavisi planlanır.

Akut Romatizmal Ateş: Yeni Ne Var?

Dr. Özben Ceylan

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş: Akut romatizmal ateş (ARA) Grup A Streptokok (GAS) enfeksiyonu, çevre ve yatkın birey arasında kompleks etkileşim sonucu gelişir. GAS enfeksiyonuna anormal immün cevap: eklemler, beyin, kalp ve/veya derinin etkilendiği akut enflamatuvar hastalığa yol açar

Epidemiyoloji: Gelişmekte olan ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Çocuklar ve genç erişkinlerde edinsel kalp hastalığının en sık nedenidir. Kardit dışında diğer bulgular sekelsiz iyileşir. Kardit, romatizmal kalp hastalığı (RKH) neden olarak önemli morbidite ve mortaliteye yol açar. Dünya da her yıl, tüm yaş gruplarında, 470,000 ARA vakası görülür. 340,000 vaka 5-14 yaş arasınddır. Az gelişmiş ve yerli populasyonlarda insidans 200-500/ 100,000, gelişmiş ülkelerde insidans 0.5-3/100,000, Türkiye'de ise insidans 7.4-21.0/100,000 arasındadır. Prevalans: dünyada <0.5-78/1,000, Türkiyede: ise 2-10/1000 arasındadır. Dünyada 15 -20 milyon, RKH, 2.4 milyonu çocuktur Gelişmekte olan ülkelerde tüm kardiyak başvuruların %12- 65 RKH bağlıdır. Her yıl 233,000 - 492,000 RKH bağlı ölmektedir ve bunun % 95'i az gelişmiş ülkelerdedir.

Çevre**:** Gelişmekte olan ülkelerde, kalabalık yaşam, yoksulluk, zayıf beslenme, kötü hijyen, sağlık hizmetlerine ulaşımda yetersizlik, hızlı yayılım (solunum damlacıkları) ve artmış GAS virulansıyla ilişkilidir. Hem GAS farenjiti hem de ARA Kış ve ilkbahar da daha sık görülür.

Konak: En sık 5-15 yaşları arasında görülür. 2 yaşın altında ve 35 yaş üzerinde görülmez. Konağın ARA'ya eğilimini gösteren çok sayıda kanıt vardır: 1. GAS farenjitinin küçük bir grubunda ARA gelişir. 2. Rekürren ARA: Kardiyak tutulumlu ARA öyküsü olanlarda GAS ferenjiti sonrası ARA geliştirme inisdansı % 50 artar, 3.Ailesel yatkınlık: tek yumurta ve çift yumurta ikizleri arasında yüksek konkordans (18.7% vs. 2.5%) vardır. 4.Bazı etnik gruplarda (Maori, Pasifik Adalarında, Yeni Zelanda, Samoa, Hawaii, ve Avustralya Aborjin pupulasyonda ARA ve RHD yüksek oranda rapor edilmektedir

GAS enfeksiyonu: Çocukların çoğu her yıl en az bir farenjit epizodu geçirirler ve %10-30 GAS'a bağlıdır. GAS bakteriyel farenjitin en sık nedenidir. GAS farenjiti 5-15 yaşları arasında olur ve 2 yaşın altında nadirdir. GAS taşıyıcılığı prevalansı %5- 30 arasındadır. Nonepidemi sırasında yaklaşık 0.3%, epidemi sırasında %3.0-5.0 ARA gelişir. ARA olgularının 2/3 ü hafif ve asemptomatik farenjit sonrası gelişir

GAS suşu ve virulansı: GAS suşu ve virulansı da ARA gelişmini etkiler. Bazı GAS suşları daha çok ARA'ya neden olur ("romatojenik"), diğerleri "nonromatojenik"tir. M proteini majör virülansı faktörüdür. M tipine göre 130 dan fazla suş var. M tip 1, 3, 5, 6, 14, 18, 19, 24, 27, ve 29 ARA salgınlarına yol açar. M tip 2, 4, 12, 22, ve 28 nadiren ARA ya yol açar. M proteini açısından zengin, ağır hyaluronik asit ile kapsüllenmiş ("mucoid") olan suşlar daha virulanslıdır. Spesifik GAS romatojenik suşların ARA'ya yol açtığı aktif bir tartışma konusudur. ARA endemik olduğu Avustralya'da GAS tiplendirmesi klasik tanımlanan romatojonik suşların M serotiplerine karşılık gelmediği saptanmış ve Grup C ve G streptokoklar GAS'dan daha yaygın bulunmuş. Ayrıca bu bölgelerde impetigo, farenjite göre daha yaygındır.

Patogenez-Organizma: Yatkın kişilerde romatojenik GAS suşlarına cevap olarak gelişen gecikmiş otoimmün cevap: GAS antijenik komponentleri normal insan dokusu ile benzerlik gösterir ve anormal otoimmün humoral ve hücresel cevaba yol açar (Molecular mimicry).

GAS farenjiti sonrası ARA geliştiğine dair kanıtlar:1. GAS farenjiti epidemisi ile ARA arasında belgelenmiş ilişki**, 2.** İmmünolojik kanıt olarak GAS geçirdiğine dair artan antikor titresi**, 3.** GAS farenjitinin uygun tedavisi, ARA gelişimini önler**, 4.** Antibiyotik profilaksisi ARA rekürrensini önler, **5.** Askeri ve sivil populasyonlarda penisilin ile profilaksisi yapıldığında ARA epidemisini sonlandırır

Duyarlı konak: Bazı HLA class II alelleri daha fazla ARA/RKH gelişimine katkıda bulunur**.** ARA/RKH otoimmün reaksiyonda, kromozom 6 da yer alan major histocompatibility complex HLA class II alleles (DR, DQ) rol oynar. Spesifik B-hücre alloantigenleri (D8/17) ARA hastalarının >85% D8/17 salgılanırken, kontrol grubunda <15% bulunmuş.

HLA genleri: Class I genler, Class II genler**:** DR7 (en sık))

Gen polimorfizmi: MBL2**,** FCN2**,** TLR, FCGR2A, TNF**,** İnterleukin6,10, IL1RN, TGF*B*1, STAT 3 ve 5, CTLA4, ACE

İmmunopatogenez**- Molecular mimicry:** GAS antijenleri ile kalp proteinleri arasında çapraz rekasiyon (molecular mimicry). İmmün cevap sonucu anikor ve sitokinler üretilir**.** Antikorlar kapak endoteline hasara yol açar: VCAM-1 upregülasyonu ve hücresel infiltrasyon meydana gelir**.** Subendotelyal yapılar olan :vimentin ve laminin ortaya çıkar. T hücreleri : GAS M protein ile kardiyak myosin ve laminin çapraz reaksiyon verir. CD4+ T hücereler , TNF-α ve IFNγ, İL-4 RKH geiliminde ana rol oynar**.**

*N*acetylβdglucosamine ile D1,D2 dopamin reseptörleri lysoganglioside ve tubulin arasında; M proteini ile tropomyosin, miyozin, laminin, keratin arasında benzerlik var. Molecular mimicry: Multisitem tutulum, Miyokardın korunmasın. Spesifik olarak kapağın tutulması tam olarak açıklamaz

Yeni bir mekanizma : M tip 3 ve 18 suşları, subendotelyal bazal membranda yer alan tip IV kollajen ile kompleks oluşturur. GGS fibrinogen-binding protein (FOG) ve M protein oktapeptide dizilişi-AlaXTyrLeuZZLeuAsn -PARF, tip IV kollajenin CB3 bölgesine yüksek afinite gösterir. Antikorlar direkt olarak kollajen karşı oluşur ve M proteini ile çapraz reaksiyon vermez**.** Hem kollajene karşı oluşan antikorlar hem de M ve FOG karşı oluşan anktikor kanda yükselir

Doğal seyir: Başlangıçtaki karditin şiddetine ve rekürrense bağlıdır**.** Hafif kardit genellikle iyileşir**.** Akut MY %30-40 persiste eder**.** Çoğu klinik düzelme hastalığın ilk 6 ayında olur**.** Ağır kardit, RKH daha çok ilerler**.** AY, MY göre daha az kaybolur. RHD gelişimi 60% - 90%'dan 35%- 65% düşmüş. <5 yaş, daha ciddi kardit ve RHD geliştirme eğilimindedir

Patoloji : Perivasküler ve intertisyel alanda enflamasyon görülür. Miyosit nekrozu yok**.** Eksudatif faz: ilk birkaç hafta**,** Proliferatif (granulomatöz) faz: ay-yıl sürer. Aschoff nodule: ("owl eye") patognomoniktir. Pericarditis, Myocarditis, Endocarditis olabilir.

Klinik bulgular –Tanı: Patognomonik bir test olmadığından tanı Jones krtiterlerine (T. Duckett Jones 1944. Göre) konulur. En son 2015 olmak üzere 5 kez revizyon geçirmiş. Son revizyon hariç diğer revizyonlarda özgüllük artırılmış ancak duyarlılık azalmıştır**.** Amaç 'overdiagnosis' kaçınmaktır.

Orijinal Jones Kriterleri (1944): Major kriterler: kardit, artralji, kore, subkutan nodül, geçirilmiş romatizmal ateş veya romatizmal kalp hastalığı. **Minör kriterler:** ateş, karın ağrısı, göğüs ağrısı, eritema marginatum, epistaksis, akciğer bulguları, laboratuvar bulguları, ekg anomalileri, mikrositer anemi, artmış wbc , sedimantasyon yükseliği

ARA şüphesinde testler**:** WBC, ESR, CRP, EKG, Akciğer grafisi (klinik kardit var ise), Boğaz kültür, Antistreptolysin O (ASO) , Antide-oxyribonuclease B (anti-DNase b)

Artrit: Latent süre 10 gün -5 hafta sürer. Migratuvar poliartrtit en sık 40% -70% şeklidir. Büyük eklemler (Diz, ayak bileği, dirsek ve bilek) etkilenir. Bazı ülkelerede monoartrit görülür. Sekelsiz 3-4 hafta iyileşir. Eklem ve kalp tutulumu genellikle birliktedir ve tulumun şidddeti açısında aralarında zıt bir ilişkşi vardır. Apirine 48-72 saat içinde cevap verir

Poliartrtit ve ateş nedenleri: Bakteriyel artrit (septik artrit, Lyme hastalığı, Mikobakteriyel ve fungal artrit), Viral artrit**,** Postenfeksiyöz veya reaktif (enterik, reiter sendromu, İBH, ARA)**,** JIA**,** Diğer (SLE, FMF, HSP, KH, BH, Maligniteler, Sarkoidoz)

PSRA: Kısa latent periyod (7-10 gün), nonmigratuvar ve persistan**,** küçük eklem ve axial iskeleti tutar. Aspirine dramatik yanıt vermez, Artmış kalp tutulumu riski yok.

Sidenham koresi: Bazal ganglia, serebral korteks ve serebellum etkilenir. %10-30 sıklıkta görülür. İstemsiz, amaçsız hareketler, kas koordinasyon bozukluğu ve/veya zayıflığı ve duygusal çöküntü ardır. Hareketleri ani ve düzensiz, genellikle yüz ve kol-bacak kaslarını etkiler. Duyu kaybı yok. Bilateral veya unilateral olabilir. İstrahat ile azalır, eforla artar. 1-2 hafta, 2-3 yıl sürebilir (median15 hafta), %75 ilk 6 ayda kaybolur. GAS karbohidrat epitopu *N*acetyl-βdglucosamine ile D1, D2, lysoganglioside, tubulin ile çapraz reaksiyon verir. Bulgular: Fidgetiness (yerinde duramama), Facial grimaces (yüz ekşitmek)**,** Bag of worms (dilin solucanvari hareketi)**,** Pronator bulgusu**,** aksak ve patlayıcı konuşma, Milkmaid's grip, Spooning**,** ve Clumsiness (sakarlık)dir.

Kardit : ARA/RKH gelişmekte olan ülkelerde çocuk ve genç ergenlerde edinsel kalp hastalığının en önemli nedenidir. %30-70 sıklıkta görülür. Pankardit denilmesine rağmen gerçekte bir *valvulitistir*.**.** %80 kardit ilk 2 haftada gelişir**.** Hafif kardit zamanla iyileşirken, orta ve ağır ağır kardit RHD ilerler**.** Önemli kapak yetmezliği yok ise RHD kalp yetmezliği gelişmez.

Eritema Marjinatum: Ortadan solmaya başlayan, parlak pembe bir makül veya papül.**,** serpinjinöz sınırlı**,** ağrısız, kaşıntısız, basmak ile solar**.** Gövde ve proksimal ekstremitelerde görülür. Hızlı kaybolur. Sıcak bir banyo veya duştan sonra artar.

Subkutan Nodül: Çapı 0.5-2.0 cm, yuvarlak, sert, serbestçe hareket eder. Enflamasyon belirtisi yok. Bilek, diz, ayak bileği, kafa derisi, spinous processes ekstansör yüzeylerinde görülür. Birkaç gün haftaya kadar sürebilir.

Minör kriteler ve diğer klinik bulgular: ateş**,** artralji**,** uzamış PR aralığı (1/3 hastada)**,** CRP/ESR yükselme, epistaxis, karın ağrısı (epigastrik veya periumbilikal),

TEDAVİ: Genel önlemler: Aktivitenin kısıtlanması (kardit için 4-6 hf), Primer profilaksi**,** Sekonder profilaksi**.** **Antienflamatuvar tedavi (4-6 hafta):** Hafif-orta kardit: Aspirin: 80–100 mg/kg/d, 4 dozda. Ağır kardit: steroid (prednisone 2 mg/kg/d) 2 hafta, sonra azalt, kesmeden 1 hafta önce reboundu önlemek için Aspirin başlanır. **Primer profilkasi (GAS farenjit tedavisi):** Benzathine penicillin G**:** ≤ 27 kg 600,000 U İM **,** > 27 kg 1.2 milyon U İM veya Phenoxymethylpenicillin (penicillin V) **:** ≤ 27 kg 250 mg oral BID , 10 gün **,** > 27 kg 500 mg oral BID, 10 gün veya Amoxicillin 50 mg/kg oral günde bir kez 10 gün (max 1 g/doz). Penisiline alerjik hastalar**:** Klindamisin: 20 mg/kg/d , 3 dozda, oral, 10 gün(max 1.8 g/d)**,** Azitromisin: 12 mg/kg , tek doz, oral, 10 gün (max 500 mg)**,** Klaritromisin :15 mg/kg/d , 2 dozda, oral, 10 gün (max 250 mg)

Sekonder profilaksi: ≤ 27 kg Benzathine penicillin G 600,000 U İM 3–4 hf, > 27 kg 1.2 million U İM 3–4 hf veya Phenoxymethylpenicillin (penicillin V) 250 mg oral, günde 2 kez veya Sulfadiazine ≤ 27 kg 0.5 g oral, günde 1 kez**,** > 27 kg 1 g oral, günde 1 kez**,** Penisiline alerjik ise makrolidler**.**

Enfektif endokardit profilaksisi: Önerilmiyor

Aşı: Farklı GAS suşları, aynı şuş içinde antijenik varyasyon, potansiyel otoimmün cevap aşı geliştirmemnin zorluklarıdır. Şimdiye kadar aşı geliştirmek için GAS'ların M protein, C5a peptidase (SCPA), fibronectin binding protein, GAS pilus, Grup A CHO, cysteine protease (Spe B), opacity factor, lipoproteins, Spes (super antigens) kullanılmıştır. J8i aşısı (M protein C terminal) ve StreptInCor (M protein C terminal) aşıları için faz 1 çalışmalarının yakın zamanda başlanması öngörülüyor.

Kalp Yetmezliğinde Yenilikler

Doç. Dr. Alper Güzeltaş

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Tanım; Kalbin dokuların metabolik gereksinimlerini karşılayacak miktarda kanı perifere pompalayamaması sonucu oluşan sistemik ve pulmoner konjesyon ile karakterize klinik duruma kalp Yetersizliği denir.

Patofizyoloji; Kalp debisi (CO) =Kalp hızı X stroke volümdür.

Stroke volüm başlıca myokardiyal kasılma, preload(ön yük) ve afterload(ard yük)'ten etkilenmektedir. Bu faktörlerden birinde bozulma olursa kalp yetersizliği gelişir.

Kalp Yetersizliğine Adaptif Yanıt;

A) Frank Starling Yasası : Bu yasanın başlıca temelleri ;Ventrikülün önyükü (venöz dönüş) artınca diyastol sonu volümü artması, kardiyomyositte sarkomer uzunluğu artınca aktin-myozin köprüleşmesinin optimal olması, kontraksiyon kuvvetlenmesi, gerilmeye karşı kalp kasının kasılma yeteneğinin artmasıdır.

A) Nörohumaral Sistem Yanıtları : Renin-anjiotensin-aldosteron sistemi, Sempatik sinir sistemi, Arjinin-vazopresin sistemi ve Antidiüretik Hormon Sistemi tarafından oluşturulur.

Etyoloji;

Etyoloji **y**aş gruplarına göre nedenler farklılık göstermektedir.

Yenidoğan döneminde hipoplastik sol kalpsendromu, kritik aort stenozu, aort koarktasyonu, obstrüksiyonlu total anormal pulmoner venöz dönüş anomalisi(TAPVD), supravenriküler taşikardi, AV malformasyon; süt çocukluğu döneminde; ağır aort stenozu, aort koarktasyonu, AVSD, PDA, TAPVD, truncus arteriosus, SVT, sol koroner arterin pulmoner arterden çıkışı (ALCAPA) ve myokardit ve çocukluk çağında myokardit, akut romatizmal ateş, dilate kardiyomiyopati, nöro-muskuler hastalıklar, doxorubicin vb ilaç kullanımı ve infektif endokardit başlıca etyolojik nedenlerdir.

Klinik;

Myokard performans bozukluğu (kardiyomegali, taşikardi, gallop ritmi,zayıf periferik nabızlar ve buna bağlı soğuk ve soluk ekstremiteler,pulsus paradoksus,pulsus alternans), *pulmoner konjesyon* (takipne,wheezing, raller, siyanoz, efor dispnesi ve öksürük) ve *sistemik konjesyon* (hepatomegali,boyun venlerinde distansiyon,periferik ödem) bulgularıyla karekterizedir. NYHA ve Ross sınıflaması ile derecesi belirlenir.

Tanı; Öykü, Fizik muayene, EKG, telekardiyografi, ekokardiyografi, biyolojik belirteçler ile koyulur. En önemli biyolojik belirteç BNP'dir.

Tedavi ve Yenilikler;

- ❑ Altta yatan nedenin tedavisi
- ❑ Enfeksiyon,ateş, anemi gibi olayı presipite eden nedenin ortadan kaldırılması
- ❑ İlaç tedavisi(diüretik,inotrop,vazodilatör)
- ❑ Cerrahi
- ❑ ECLS/VAD
- ❑ Transplantasyona köprü tedaviler
- ❑ Kalp transplantasyonu

olarak özetlenebilir.

A) **<u>Medikal tedavi</u>**; Sistemik ve venöz konjesyonu olan olgularda diüretik kullanılabilir. Afterload azaltmak için ACE inhibitörleri kullanılabilir.Alfa,beta selektif güçleri farklılık gösteren katekolaminler başlıca inotroplardır.Son dönemlerde selektif PGE III inhibitörü olan milrinone yaygın olarak kullanılmaktadır.

Milrinon **;** PGE III selektif inhibitörüdür. Lusitropik, inotropik, kronotropik ve vazodilatatör etkilidir.Yan etkileri; taşikardi, aritmi

riskinde artış,hipotansiyon,trombositopeni, ishal ve kusmadır.

***Levosimendan*;** TnC'ye bağlanarak miyoflamanların kalsiyum duyarlılığını↑, O2 tüketimini artırmadan kardiyak debide artış, vasküler düz kasta ve miyositlerde ATP duyarlı K+ kanallarını açmasıdır. Kalp hızı, CO ve LV stroke volümü artırır. LVEDP ve SVR azalır.

Nesiritide; İntrasellüler cyclic quanosine monophosphate'ı artırır. Natriürezis ve diüresiz yapar. Ön yük ve ard yükü azaltır. Aritmi yaratmaz. Kardiyak debiyi artırır.Kalp hızını arttırmaz.O2 tüketimini artırmaz. Kalp yetersizliğinde serum Renin, ET-1 ve Aldosterone düzeylerini azaltır.

B) **ExtraCorporeal Life Support (ECLS):** Belirli bir süre için, kalp ve akciğer fonksiyonlarını desteklemek amacıyla vücut dışı dolaşım ve/veya solunum desteği sağlanmasıdır. Sınıflandırılması;

- Kısa Süreli (< 30 gün)

ExtraCorporeal Membrane Oxygenation (ECMO)

Venovenöz(VV)

Venoarteryel(VA)

- Uzun Süreli (> 30 gün)

Ventriküler destek cihazları (VAD)

Yapay kalp (TAH) şeklindedir.

VAD; VAD cihazı cerrahi olarak vücuda yerleştirilen mekanik pompa-türü bir aygıttır. Kendi başına etkin biçimde çalışamayan bir kalbin pompalama görevini sürdürmesine yardım eder.

B) **Kardiyak Resenkronizasyon Tedavisi(CRT):** Bu tedavide sağ atriyuma, sağ ventrikül apeksine ve sol ventrikül epikardiyal yüzeyine (koroner sinüs yoluyla retrograd olarak veya cerrahi olarak) yerleştirilen 3 adet ''lead" yardımı ile intraventriküler ve interventriküler kontraksiyon bozukluğu düzeltilerek ejeksiyon fraksiyonu ve kardiyak output artırılmaktadır. CRT tedavisinin hemodinamik etkileri, kardiyak outputun artması, sistolik kan basıncının azalması, pulmoner kapiller kama basıncının düşmesidir. Cerrahi ve transvenöz olarak uygulanabilmektedir.

B) **Pulmoner Banding:** Çocukluk çağında kalp transplantasyon sayısı hem ülkemiz hem de dünya üzerinde kısıtlıdır. Transplantasyon yapılamayan semptomatik olgular konjestif kalp yetersizliği ve aritmilere bağlı ani kardiyak arrest ile kaybedilirler. Pulmoner banding (PAB) 60 yıl önce tanımlanmış olup günümüzde akciğer kan akımının azaltılması veya kompleks ventriküler şantlı hastalarda sistemik –pulmoner sirkülasyon dengesini ayarlamak için kullanılır. DKMP için PAB fikri konjenital düzeltilmiş büyük damar transipozisyonlu (CCTGA) infantlarda subsistemik ventrikülün anatomik düzeltme için hazırlanması açısından PAB ile remodeling sağlanması fikrine dayanmaktadır. CCTGA hastalarına uygulanan pulmoner band sonrası sistemik pozisyondaki morfolojik sağ ventrikülün (RV) fonksiyonlarında düzelme triküspid yetersizliğinde azalma gözlenmiştir. Ventriküler septumun sola kayması sonucunda sol ventrikül (LV) end-diastolik volümde azalma, LV Frank-Starling eğrisinde düşme ,Böylece LV ters remodeling sağlanarak LV EF'sinde artış ve LV dolum dinamikleri ve end-diastolik basınçta azalma gözlenir.Aday hastalar; Korunmuş RV fonksiyonları, yapısal olarak normal bir RV ,Ross klinik fonksiyonel durumun 4 olması, LV end-diastolik çap (EDD) z skoru > + 4, LVEF < %30---inotrop ve anti-konjestif tedavi almasına rağmen ve hastanın <3 yaş olmasıdır.

C) **Kök Hücre tedavisi:**

Henüz rutin kullanımda olmamakla birlikte erişkin hastalarda kullanımıyla ilgili literatürler mevcuttur. Aşağıda belirlenen faktörler henüz tam olarak açıklığa kavuşmamıştır**.**

- Optimal kök hücre sayısı bilinmemektedir.
- Olgu sunumlarında endojen kök hücre aktivasyonu nedeniyle mi düzelme oluyor?
- İdeal verilme metodu?
- Kök hücrenin uzun süreli fonksiyonlara etkisi?
- Aritmojenik potansiyel?

Gelecek : Biventriküler etkileşim, Mikro RNA, Fibrozisin moleküler hedefleri, Antifibrotik tedavi, Miyokardiyal rejenerasyon, hücre iskeleti çalışmalarındadır.

RDS Güncellemeleri

Prof. Dr. Nuray Duman

Dokuz Eylül Üniversitesi, Yenidoğan BD, İzmir

Respiratuvar distres sendromu (RDS) perinatal ve neonatal bakımdaki gelişmelere rağmen halen en önemli neonatal mortalite ve farklı kronik morbiditelerin nedenidir. RDS insidansı ve şiddeti düşük gebelik yaşı, perinatal asfiksi, erkek cinsiyet, hipotermi, prenatal steroid tedavisi yokluğu ve sezaryen doğum ile ilişkilidir. RDS akciğerlerde surfaktan üretimi ve fonksiyonundaki gelişimsel yetersizliğin yanı sıra anatomik ve yapısal immatürite nedeniyle gelişir. Surfaktan proteinlerinin genetik bozuklukları da RDS nedeni olabilir.

RDS'de akciğerlerde yetersiz ve immatür surfaktan varlığı nedeniyle ilerleyici atelektaziler ve fonksiyon bozukluğu gelişir. Ekspirasyon sonunda, alveoller kollapsa eğilimli olduğu için fonksiyonel rezidüel kapasite azalır. Akciğerleri havalandırmak için gereken basınç artar, akciğer kompliyansı azalır, tidal hacim azalır, fizyolojik ölü boşluk artar ve solunum işi çok artar. Alveolar ventilasyonu sürdürebilmek için artan solunum sayısı da bir süre sonra dakika ventilasyonunu arttırmada yetersiz kalır. Özellikle mekanik ventilasyon yapılan bebeklerde akciğerlerde atelektazi ile birlikte aşırı havalanan alanlar birlikte bulunabilir ve bu durum ventilasyon-perfüzyon dengesizliğine, sağdan-sola intrapulmoner şantlara neden olabilir. Bu durum gaz değişiminin bozulmasına, oksijenasyonun ve karbondioksit atılımının azalmasına ve sonuç olarak hipoksemi ve respiratuvar asidoz gelişmesine neden olur. Persistan hipoksemi metabolik asidoza, kardiyak debinin azalmasına ve hipotansiyona yol açar. Bu nedenle ağır RDS'de metabolik ve respiratuvar asidoz birlikte görülür. Asidoz surfaktan üretimini daha da azaltır, pulmoner hipertansiyona yol açar. Alveolar ventilasyonun sürdürülebilmesi için artan plevral basınç, interkostal ve subkostal retraksiyonlara neden olur ve bu artmış solunum işinin en belirgin göstergesidir. Respiratuvar distres sendromu gelişen bir bebek doğumdan hemen sonra veya birkaç saat içinde takipne, retraksiyon, inleme ve siyanozun eşlik ettği solunum sıkıntısı bulguları gösterir. RDS'nin tipik akciğer grafisi bulguları "buzlu cam" veya "retikülogranüler" görünümündeki parankim ile birlikte akciğer periferinde "hava- bronkogramları" görünümüdür. Totale yakın atelektazi olan ağır vakalarda akciğer alanlarında tam opasifikasyon görünümü olur.

RDS tanı ve tedavisindeki önemli gelişmeler ile birlikte hastalığın mortalite ve morbiditesinde belirgin azalma gözlenmiştir. RDS tedavisindeki yeni gelişmeleri derlemek ve uygulamada birlik sağlamak üzere Amerika Birleşik Devletleri ve Avrupa'da belirli aralıklarla kılavuzlar yayınlanmaktadır. Geçtiğimiz yıl ülkemiz için de böyle bir çalışma yürütülmüştür.

Türk Neonatoloji Derneğinin ulusal ve uluslararası verileri göz önüne alarak ülkemiz için düzenlediği RDS tanı ve tedavisine yönelik güncel rehberin tam metnine derneğin web sayfasından ulaşılabilir **(www.neonatology.org.tr).** Aşağıda bu rehber son 2016 Avrupa RDS kılavuzundaki güncellemeler de dikkate alınarak özetlenmiştir.

DOĞUM ÖNCESİ BAKIM

Doğum yeri kararı

RDS riski olan prematüre bebeklerin doğumu, uygun stabilizasyon ve gerekebilecek solunum destek tedavisi imkanlarını sunan merkezlerde gerçekleşmelidir. Uygun ise inutero (maternal) nakil düşünülmelidir. Antenatal steroid kullanımı ve nakil için zaman kazanmak amacıyla gebeye indikasyonlar dahilinde tokolitik ajanlar ve antibiyotik (erken membran rüptürü varsa) başlanabilir. Doğum eğer acil şartlarda gerçekleşiyor ise bebek stabilize edilmeli ve bakımının uygun şekilde devam edebileceği bir üst merkeze nakli sağlanmalıdır.

Antenatal Steroid Kullanımı

Antenatal steroid kullanımı ile neonatal mortalite ve RDS riskinin azalmasına ek olarak intrakraniyal kanama ile nekrotizan enterokolit risklerinde de azalma olur.

Antenatal steroid erken doğum tehditi olan 231/7 hafta ile 346/7 hafta arasındaki tüm gebelere önerilir. 34-36 hafta arası gebeliklerde antenatal steroid tedavisi kısa dönemde görülebilecek solunumsal morbiditeleri azaltır ancak mortaliteyi azaltmaz. Ancak uzun dönem takipler ile ilgili bilgi kısıtlılığı bulunmaktadır. NNT >20 olmasına rağmen 37-39. gebelik haftaları arasında elektif sezaryenler öncesi verildiğinde yoğun bakım ünitelerine yatış oranlarının azalmasına neden olur. Ayrıca geç preterm gebelik döneminde erken doğum riski varsa koryoamnionitin eşlik etmediği durumlarda uygulanabilir. Önerilen tedavi şemaları öncelikle 24 saat arayla 12 mg betametazon im (toplam 2 doz), yok ise 12 saat arayla 6 mg deksametazon im (toplam 4 doz) uygulamasıdır. Tek kürlük tedavinin gebeye ve kısa dönemde fetüse belirgin bir olumsuz etkisi olmadığı gösterilmiştir.

DOĞUM SALONUNDA YAKLAŞIM

Hipo ve hiperterminin önlenmesi

Preterm bebeklerde hipotermi artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Hipotermide oksijen tüketimi artar, canlandırma zorlaşır, koagulasyon parametreleri olumsuz etkilenir, asidoz gelişir ve fetal dolaşımdan neonatal dolaşıma geçiş gecikir.

Tüm müdahaleler 25-26^{0}C oda ısısında ve radiant ısıtıcı altında yapılmalıdır.

28 hafta altındaki tüm bebeklere başlık ve polietilen torba kullanılarak hipotermi riski azaltılmalıdır.

Oksijenizasyonun takibi

Canlandırmada kullanılacak oksijen, karıştırıcı ile kontrol edilerek verilmelidir. Bebeğin sağ bileğine takılacak nabız oksimetresi ile saturasyon ve üç boyutlu EKG ile kalp tepe atımı takip edilerek kullanılan oksijen titre edilebilir. %30 gibi başlangıç oksijen konsantrasyonu çoğu < 28 hafta bebekte uygun olmaktadır. Çoğu çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebekte (28-31 hafta) %21-30 oksijen kullanıldığında geçiş hedef saturasyonları sağlanır. Spontan solunumu olan ileri pretermlerin önemli bir kısmında nazal prong veya maske ile doğum salonunda uygulacak 5-6 cm H2O sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP), oksijen ihtiyacı olmaksızın normal saturasyon geçişini sağlar. Apneik veya bradikardik infantlar için 20-25 cm H2O basıncında nazikçe bir şekilde pozitif basınçlı akciğer inflasyonu uygulanabilir.

Doğum sonrası zaman	Hedeflenen saturasyon
1. dakika	%60-65
2. dakika	%65-70
3. dakika	%70-75
4. dakika	%75-80
5. dakika	%80-85
10. dakika	%85-95

SURFAKTAN UYGULANMASI

Surfaktan preparatları

Beraktant sığır kaynaklı, poraktant alfa ise domuz kaynaklı doğal surfaktanlar olup günümüzde ülkemizde satışı olan preparatlardır. RDS'li bebeklerde daha etkili olduğu gösterilmiş olan doğal surfaktanlar tercih edilmelidir. Surfaktan uygulaması ile mortalite, hava kaçağı sendromları ve BPD/ölüm hızında belirgin azalma sağlanır. Surfaktan preparatları arasında kullanan kliniklerdeki uygulamalardan kaynaklanan bazı farklılıklar bildirilmekle birlikte metaanalizlerde RDS tedavi etkinliği, bronkopulmoner displazi, mortalite ve uzun dönem nörogelişim açısından fark yoktur.

Surfaktan dozu ve uygulanması

Önerilen doz 100 mg/kg şeklindedir. Kurtarma tedavisinde; Poraktant alfa ile başlangıç 200 mg/kg dozu, 100 mg/kg poractant veya 100 mg/kg beractant tedavisine göre daha iyi kabul edilmektedir.200 mg/kg olacak şekilde ilk doz poraktant alfa tedavisi tekra doz ihtiyacını azaltmaktadır.

Surfaktan aseptik yöntemlere dikkat edilerek uygulanır. Hastaya pozisyon verilmesi stabil olmayan hastada klinik durumu ağırlaştırabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Hangi pozisyonda surfaktan uygulamasının daha etkili olduğuna dair yeterli veri yoktur.

İşlem sırasında ve sonrasında hasta yakın monitörize edilmelidir. Surfaktan uygulaması sonrası hastanın kliniği izin veriyorsa 1-6 saat trakeal aspirasyon uygulanmamalıdır. Hastanın tedaviye yanıtı; FiO2 ihtiyacında azalma, solunum iş yükünde azalma, pulmoner mekaniklerde düzelme, solunum destek tedavisinde azalma, kan gazında ve akciğer grafisinde düzelme ile değerlendirilir.

Surfaktan uygulama zamanlaması

Non-invaziv solunum desteği olarak doğum salonunda erken CPAP kullanımı, surfaktan ve entubasyon gerektiren ileri solunum destek tedavisi ihtiyacını azaltır. Profilaktik surfaktan uygulaması gereksiz entübasyon ve surfaktan kullanımına yol açabilir. Erken dönemde CPAP başlanan prematürelerin profilatik uygulama ile karşılaştırıldığında surfaktan ve entübasyon ihtiyacında azalma olmasının yanısıra mortalite, hava kaçağı, BPD ve BPD/ölüm oranlarında düşüş gözlenmesi profilaktik surfaktanın sadece özel durumlarda uygulanması gerektiğini ortaya koymuştur. Erken kurtarıcı tedavi doğum odasında stabilizasyon için entübasyon ihtiyacı olan bebeklerde uygulanabilir.

RDS'li bebeklerde kurtarıcı surfaktan uygulaması mümkün olan en kısa zamanda (doğum sonrası en geç 1-2 saat içinde) yapılmalıdır. Önerilen protokol gestasyon yaşı <26 hafta olan bebeklerde FiO2 ihtiyacının >30 olduğu durumda, ≥26 hafta olan bebeklerde ise FiO2 ihtiyacının >40 olduğu durumda surfaktan uygulanması şeklindedir.

Surfaktan uygulanmasından 6-24 saat sonrasında tekrar ihtiyaç duyulduğunda 100 mg/kg dozunda (maksimum 3 doz) surfaktan uygulaması tekrarlanır. Tekrarlanan surfaktan uygulamasının mortalite ve hava kaçağı sendromunu azaltıcı etkisi vardır.

Surfaktan uygulama yöntemi

Birçok prematüre bebek surfaktan uygulanması sonrası ekstubasyonu tolere edebileceğinden ve daha sonrasında CPAP ve NIPPV ile solunum desteği verilebileceğinden surfaktan uygulama yöntemi olarak INSURE (entübe et, surfaktan ver, ekstube et) yöntemi düşünülmelidir. Bebek CPAP ile stabilize ve spontan solunumu var ise non-invaziv (kateter, orogastrik sonda) yöntemlerle surfaktan verilebilir. LISA ve MIST yöntemleri spontan solunumu olan bebeklerde INSURE' a alternatif olabilir.

OKSİJEN DESTEĞİ

Preterm bebeklerde oksijen saturasyonu %90-94 aralığında tutulmalıdır. Postnatal dönemde oksijen saturasyonunda belirgin iniş çıkışlar önlenmeli ve özellikle surfaktan sonrası oluşabilecek hiperoksi açısından FiO2 hızla azaltılarak önlenmelidir.

SOLUNUM DESTEĞİ

RDS riski olan olan preterm bebeklere doğumdan itibaren nasal CPAP başlanmalıdır. Bu yaklaşımla hem ventilatör tedavisi hem de surfaktan tedavisi gereksinimi azalır.

RDS tedavisinde en uygun tedavi şekli CPAP ve gerekirse erken surfaktan tedavisidir. Doğumu takiben CPAP uygulanan 32 hafta altı bebeklerde entübe edilenlere kıyasla her 25 bebeğe karşılık bir ilave BPD'siz sağkalım söz konusudur. CPAP tedavisinde başlangıç basıncı 6-8 cm H2O olmalıdır. Ventilatör ile sağlanabilecek bir senkronize SIPPV desteği ile ekstübasyon başarısızlığı azalabilir ancak BPD' de azalma gibi uzun dönemde bir fayda sunmamaktadır. Weaning aşamasında High flow desteği de CPAP'a alternatif olabilir. Klinik durum, kan gazları ve perfüzyon dikkate alınarak basınç ayarları takipte düzenlenmelidir.

Diğer yöntemlerle solunum desteği sağlanamazsa mekanik ventilasyona (MV) başvurulmalıdır. MV, akciğer hasarını önlemek için mümkün olan en kısa sürede sonlandırılmalıdır.

NRP Güncellemeleri

Doç. Dr. Suna Oğuz

SBÜ Zekai Tahir Burak Kadın Sağ EAH, Yenidoğan Kliniği Eğitim Görevlisi, Ankara

Güncelleme Süreci

Neonatal canlandırma konusunda bilgi ve kanıtlar artmakta, kavramlar değişmekte ve programın gelişen eğitim bilimine uyarlanması gerekliliği güncellemeyi zorunlu kılmaktadır. Neonatal Resusitasyon Programı (NRP), 1987 yılında Amerikan Pediatri Akademisi (APA) tarafından yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yapılandırılması sırasında I.basamak ünitelerden III.basamak ünitelere sevk edilen bebeklerin durumlarını iyileştirmek amacıyla başlatılan lokal bir program iken elde edilen iyi sonuçlar nedeniyle hızla global bir programa dönüşmüştür. Farklı kuruluşlar tarafından hazırlanan "Canlandırma Rehberleri" 2000 yılından sonra ILCOR forumu ile tek bir bilimsel çatı altında tartışılmaya ve literatüre sunulmaya başlanmıştır. Son olarak "ILCOR Uzlaşı Kılavuzu 2015" ile yapılan güncellemeler yayınlanmıştır. Ülkemizde ise Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türk Neonataoloji Derneği tarafından yapılandırılan komiteler ile "Ulusal Neonatal Resüsitasyon Programı" güncellemesi yapılmaktadır.

Güncelleme Konuları

Ana konular ve değişiklikler şöyle sıralanabilir:

- Kordon klemplenme zamanı: Önceki uzlaşı kılavuzunda doğumda canlandırma gereksinimi olmayan preterm- ve term bebekler için en az 60 saniye geciktirilmesinin faydalı olacağı belirtilmişti. Uzlaşı 2015 kılavuzunda ise canlandırma gereksinimi olmayan preterm ve term bebeklerde 30 saniyeden daha uzun geç klempleme önerilmektedir. Canlandırma gereken bebeklerde kordun klemplenmesine ilişkin bir yaklaşım önerebilmek için yeterli kanıt bulunmadığı belirtilmektedir.

- Canlandırma gereksinimi değerlendirme soruları: Üç değerlendirme sorusunun sıralaması değişmiştir. (1) Term mi (2) Kas tonusu iyi mi? ve (3) Solunumu var mı, ağlıyor mu ? şeklinde önerilmektedir.

- Altın dakika: Canlandırmanın başlangıç basamaklarını uygulanmak, değerlendirmek ve bebek solumuyorsa ventilasyonu başlatmak için ayrılan zamanı, doğumu takiben 60 saniyeyi, tanımlamaktadır. Amaç ventilasyona başlamada gereksiz gecikmelerden kaçınmaktır. Yenidoğanda başarılı canlandırmanın en önemli adımının etkin ventilasyon olduğunu vurgulamaktadır.

- Doğum salonunda yenidoğanın ısı kontrolü: Önceki güncelleme de hipotermiyi önlemeye yönelik öneriler sunulurken, artık bebeğin normal sıcaklığını koruması , hipo ve hipertermiden sakınılması önerilmektedir. Yoğun bakıma yatış anındaki vücut sıcaklığının tüm gebelik haftalarında neonatal mortaliteyi öngörmede önemli olduğu, vücut sıcaklığının izlemi ve kayıt altına alınması gerektiği belirtilmektedir. Bu konu ile ilgili müdahalerde doğum odası sıcaklığının artırılması, termal yataklar, açık yatakta servo kontrol ile vücut sıcaklığının izlemi, ısıtılmış ve nemlendirilmiş gaz karışımının kullanımı önerilerinde değişiklik olmayıp bu stratejilerden bir kaçının birlikte preterm bebeklerde kullanılabileceği vurgulanmaktadır. Daha önceki kılavuzda polietilen plastik torba 29. gebelik haftasından erken doğan bebekler için önerilmekte iken güncelleme ile 32. gebelik haftası olarak değiştirilmiştir.Tüm canlandırma basamaklarında ısı kontrol girişimleri yapılması önerilmektedir.

- Mekonyumlu deprese bebekte entübasyon ve trakeal aspirasyon işe yarar mı?: Doğumdan hemen sonra başlangıç basamakları içinde mekonyumlu deprese bebeğin entübe edilerek rutin trakeal aspirasyonu, gerekiyorsa sonra ventilasyona başlanması önerisi değiştirilmiştir. Altın dakika içinde mekonyumlu deprese bebek bile olsa (bebek nefes almıyor veya kalp atım hızı 100/dk altında ise) rutin trakeal aspirasyon önerilmemekte, solunum için zaman kaybı engellenmektedir. Önce ventilasyona başlanması, ventilasyona rağmen obstrüksiyon bulguları varsa trakeal aspirasyon yapılması önerilmektedir. Bu konuda halen randomize klinik çalışmalara ihtiyaç olmakla birlikte mekonyumla boyalı deprese bebeklerde rutin trakeal aspirasyonun etkin olduğun gösterilmemiştir. NRP İcra Komitesi (NRP Steering Committee) yarar açısından yeterli düzeyde kanıtların bulunmadığı durumlarda invazif işlemlerden kaçınmayı önermektedir.

- Kalp hızının değerlendirilmesinde en güvenilir yöntem: Canlandırma boyunca kalp atım hızı canlandırma gereksiniminin belirlenmesinde kullanılmaktadır. Kalp atım hızında artış girişimlere klinik yanıt olarak kabul edilmektedir. Kalp atım hızının çabuk, güvenilir ve doğru sonuç veren yöntem ile belirlenmesi önemlidir. Kalp atım hızının klinik/fizik muayene, nabız oksimetre ve EKG yöntemleri ile karşılaştırıldığı çalışmalarda oskültasyon dışındaki fizik muayene yöntemlerinin (umblikal kord, brakial ve femoral kalp atım hızı) güvenilmez olduğu gösterilmiştir. Nabız oksimetre ve EKG yöntemleri arasında ise EKG ile kalp atımının daha hızlı saptandığı tespit edilmiştir. Daha önceki kılavuzda canlandırma süresince pozitif basınçlı ventilasyon gereksinimi veya oksijen saturasyon değerlendirilmesi için nabız oksimetre ile ölçüm devamlı izlem için yardımcı yöntem olarak önerilmektedir. Uzlaşı 2015 kılavuzunda ise oskültasyon ile kalp atım hızı saptanamıyor veya güvenilir değilse, ileri canlandırmada nabız oksimetre ve/veya EKG monitörü ile izlem, göğüs kompresyonu gereksiniminde mutlaka olası gereksiz girişimlerden kaçınmak için EKG izlemi yapılması önerilmektedir.

- Gebelik haftasına göre oksijen konsantrasyonu: Çalışmalarda risk altında olmayan bebeklerde oksijen konsantrasyon değerlerinin yaşamın ilk 10 dakikasında ekstrauterin değerlere ulaştığını gösterilmektedir. Canlandırma gereksinimi olan bebeklerde hipoksi ve hiperoksinin olumsuz sonuçları bilinmektedir. Oksijen desteğinin optimal sağlanması önemlidir. Term bebeklerde canlandırmaya hava ile başlanması ve nabız oksimetre ile hedef oksijen aralığına uygun optimal oksijen desteği sağlanması yeni kılavuzda da geçerlidir. Güncel olarak yüksek oksijen kullanımın sağ kalımda iyileşme sağlamaması nedeniyle gebelik haftası 35 hafta altında olan prematüre bebeklerde ise canlandırmaya %21-30 ile başlanma önerilmektedir.

- Doğum salonunda pozitif basınçlı ventilasyon uygulamaları: Hayvan çalışmalarında "akciğerin uzun süreli devamlı havalandırılması" ile geçiş sürecinde etkin fonksiyonel rezidüel kapasite oluştuğu gösterilmiştir. Bu yöntem ile mekanik ventilasyon ihtiyacının azaldığını gösteren randomize kontrollü çalışmalar olmasına rağmen mortalite ve BPD üzerine olumlu etkiler saptanmamıştır. Rutin uygulamayı destekleyecek yeterli kanıt olmadığı için Uzlaşı 2015 Kılavuzunda önerilmemektedir. Pozitif basınçlı ventilasyonda başlangıç basıncı olarak 20 cmH_2O olarak önerilmektedir. Güncel NRP'de pozitif basınçlı ventilasyon endikasyonu ortaya çıktığında girişimin 15.saniyesinde ekip üyesi tarafından "kalp hızının artıp artmadığı" değerlendirilmesi artma sağlandı ise işlemin 30 saniyeye tamamlanması, artma olmadı ise göğüs hareketlerinin değerlendirilmesi, göğüs hareketleri var ise devam edilmesi yoksa ventilasyonu düzeltici işlemlerin uygulanması önerilmektedir. Sonuç olarak klinik yanıt alınmayan girişimlerde ilk önce "etkin ventilasyon" değerlendirilmesinin başarılı canlandırmanın anahtarı olduğu vurgulanmaktadır. Zorlu spontan solunumu olan term bebeklerde de preterm bebeklerde olduğu gibi PEEP uygulayabilen ventilasyon araçları ile solunum desteğinin tercih edilmesi önerilmektedir.

- Alternatif hava yolu : Spontan solunum varlığında preterm bebeklerde entübasyonun olumsuz etkilerinden bebeği korumak için maske ile ventilasyon ve PEEP uygulaması önerilmektedir. Bununla birlikte maske ile ventilasyonun başarısız olduğu durumlarda veya entübasyonun yapılamadığı durumlarda 34 hafta ve daha büyük bebeklerde laringeal maske yerleştirilmesi öneri olarak güncellenmiştir.

- Göğüs kompresyonu tekniği: Yöntem olarak sadece başparmak tekniği önerilmektedir.

- İlaçlar: endotrakeal epinerfin verilmesini destekleyen kanıtların yetersiz olması nedeniyle güvenli damar yolu açılır açılmaz tedavinin intravenöz yapılması önerilmektedir. Nalokson ve sodyum bikarbonat tedavilerinin faydası gösterilmediği için artık önerilmemektedir. Uygun canlandırma işlemlerine rağmen beklenen klinik iyileşme yani kalp atım hızında artış saptanmıyorsa sıvı yükleme tedavisi önerilmekte ve akış çizelgesinde de yer almaktadır. Sıvı yükleme tedavisinde Ringer Laktat artık önerilmemektedir.

ILCOR tarafından gözden geçirilen kanıtlar NRP de uygulamaya dönüşmektedir. Bu bakımdan her doğum öncesi canlandırma ihtiyacının belirlenmesi, doğumda hangi personelin bulunacağı, canlandırma öncesi ekip ön toplantısının gerçekleştirilmesi güncellenen NRP'de daha net olarak tanımlanmaktadır. Bu programı başarıya götüren canlandırma öncesi eksiksiz hazırlık ve etkin ekip çalışmasıdır.

CRP Yüksek: Yatıralım Mı?

Doç. Dr. Yasemin Akın

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH Çocuk Kliniği, İstanbul

1930 yılında Tillet ve Francis pnömokokkal pnömonisi olan hastaların erken, akut fazda alınan serumlarında bir protein keşfetmiş. Bu proteinin, Ca iyonu varlığında *Streptococcus pneumoniae'nin* hücre duvarının C-polisakkaridi ile çökelti oluşturduğu gösterilmiş ve **C-reaktif protein** adı verilmiş. 40 yıl sonra, pnömokokkal C polisakkaridinde CRP için spesifik bir ligand tanımlamış, bu 'fosfokolin' olarak adlandırılmış.

CRP bir «kalıp tanıma molekülü» olarak tanımlanmaktadır. CRP, patojenlerin yüzeyinde bulunan veya hücre ölümü esnasında tipik olarak ortaya çıkan spesifik moleküler yapılara bağlanan bir kalıp tanıma proteinidir. Mikrobiyal polisakkaridleri tanımlama yanında; nekrotik hücreleri, kromatin subünitelerini, küçük nükleer riboproteinleri de tanır.

CRP; bir merkezin etrafında simetrik olarak yerleşmiş, herbiri 23 kD molekül ağırlığında, non-kovalan bağlarla bağlanmış birbirinin eşi 5 alt üniteden oluşur. Bu yapıdaki protein ailesine pentraxin'ler denmektedir. CRP geni 1. kromozomun kısa kolunda bulunmaktadır.

CRP karaciğerde sentezlenir. **İnterlökin-6** direkt, IL-1β, TNF-α ve bazı diğer sitokinler indirekt olarak CRP'nin transkripsiyonunu kontrol eder. Ekstrahepatik sentez; nöronlarda, aterosklerotik plaklarda, monosit ve lenfositlerde düşük düzeylerde bildirilmiş.

CRP, vücudun inflamasyona cevap olarak oluşturduğu «**Akut Faz Cevabı**» nın önemli bir parçasıdır. Mikroorganizmaların yüzeyindeki fosfokoline (PC) bağlanır, ve konak savunmasın da önemli rol oynar. CRP, ayrıca hasarlı membranlar yüzeyindeki PC'ye de bağlanır, apoptototik ve nekrotik hücrelerin klirensini artırır.

Aterogenezde ve myokard enfarktüsü sonrası myokard hasarı patogenezinde rol aldığına dair bildiriler mevcuttur. Fakat asıl rolü konak savunmasında ilk safhada yer alan bir akut faz proteini olmasıdır.

Nonenfeksiyöz nedenler:

Literatürde, doğum esnasında maternal ateş, erken membran rüptürü, perinatal asfiksi, bebeklerin kordon kanında yüksek CRP değerleri bildirilmiş. Chiesa ve Jokic, doğum eylemi süresinin enfekte olmayan term yenidoğanlarda kordon kanında sitokin konsantrasyonlarını (IL-6) artırdığını göstermiş. Chiesa ve ark, yenidoğanlarda enfeksiyon bulgusu olmasa da, klinik korioamnionitte kordon kanında IL-6 konsantrasyonunun arttığını, ayrıca doğum asfiksisinin kordon IL-6 konsantrasyonunu artırdığını saptamışlar. Çeşitli kaynaklarda, uzamış membran rüptürü, doğum eylemi esnasında maternal ateş, annede hipertansiyon, fetal distress, perinatal asfiksi, doku hasarı (sefalhematom), intraventriküler hemoraji, pnömotoraks, mekonyum aspirasyon pnömonisi, immunizasyonlar, sarılık, termal yanık, cerrahi müdahale sonrası yenidoğanda enfeksiyon bulgusu olmadan CRP değerinin yükselebildiği bildirilmektedir.

CRP, neonatal sepsis tanısında kullanılan akut faz reaktanlarının en yararlılarından biridir. Kolay, ucuz, hızlı ölçülebilirliliği nedeni ile klinik pratikte çok kullanılmaktadır. Yeni hızlı, güvenilir, kantitatif, monoklonal antikora dayanan turbidometrik ve nefelometrik metodlar 30-60 dak. içinde sonuç verebiliyor. Yenidoğanda herhengibir CRP yüksekliği endojen sentezi göstermektedir. Plasentadan geçmez veya çok az miktarlarda geçebilmektedir. Sağlıklı term ve preterm bebeklerde CRP:2-5 mg/L. Normalin üst sınırı 10 mg/L (1 mg/dl) olarak kabul edilmektedir. Normal CRP değerleri gestasyonel ve postnatal ilk 48 saate çok hafif değişken- lik göstermektedir.

CRP sentezi inflamatuvar uyaran sonrası 6-8 saat içerisinde artmaya başlar, her 8 saatte bir 2 katına çıkar. 24-48 saat sonra en yüksek noktasına varır. Enfeksiyon kontrol altına alınana ve inflamatuvar sürecin çözülümü başlayana kadar yüksek kalır.

Yenidoğan sepsisinde CRP duyarlılığı enfeksiyon başlangıcında çok düşüktür. Semptom başlangıcından 24-48 saat sonra yapılan seri ölçümlerin duyarlılığı yüksektir. Seri ölçümler; bakteriyel enfeksiyonu olmayan yenidoğanları tanımlamakta ve enfekte yenidoğanlarda tedaviye cevabı monitorize etmekte çok yararlıdır

Tek bir CRP değerine güvenip neonatal bakteriyel enfeksiyon kararı verilmemelidir. Tek bir CRP değeri ciddi bakteriyel enfeksiyonlu çocuğu saptamakta yeterince duyarlı ve özgül değildir. Semptomların başlangıcından 24-48 saat sonra yapılan seri CRP ölçümlerinin tek CRP değerine kıyasla duyarlılık ve özgüllük açısından daha değerli olduğu bildirilmektedir. Duyarlılık %78.9-%98, özgüllük % 84-97 olarak saptanmıştır.

Erken neonatal dönemde, antibiyotik tedavisi başlandıktan 24-48 saat sonra tekrarlanan CRP, enfekte olmayan bebekleri kesin olarak saptamada % 99 (-) prediktif değere sahiptir.

Benitz ve ark., doğum sonrası değer dışlandığında, 24 saat ara ile seri bakılmış 2 normal CRP değerinin negatif prediktif kesinliğinin % 99.7 olduğunu göstermişler. Semptomların başlangıcından 48 saat sonra en az iki normal CRP değeri ve negatif kan kültürü bulgusu ile antibiyotikler kesilebilir. Philip ve ark; bir bebeğin bakteriyel enfeksiyonu olmadığını göstermek için seri normal CRP değerleri gerektiğini bildirmişler. Çalışmalarında 48 saat içinde 3 normal CRP ve (-) kültür ile antibiyotik tedavisi kesilen bebeklerin hiçbirinde sonraki 7 günde nüks görülmemiş.

Chiesa ve ark.çalışmasında, CRP değerleri doğumda, 24. ve 48. saatlerde 3 kez ölçülmüş. Erken sepsiste üç zamanda da değerler anlamlı yüksek bulunmuş. CRP' nin erken neonatal sepsiste seri ölçümde duyarlılığı; ilk ölçümde % 35-65, 3. ölçümde % 74-97 saptanmış, özgüllüğü; ilk ölçümde % 92-96, 3. ölçümde % 76-86 olarak bildirilmiş.

CRP değerleri etkileyen uyaran ortadan kalktıktan sonra hızla düşüş gösterir. Kısa yarı ömrü (19 saatlik) olması, kaynağın eliminasyonu sonrası CRP değerlerinde hızlı düşüş görülmesine yol açar. CRP değerlerindeki düşüş antibiyotik tedavi süresine karar vermek için kullanılabil -mektedir. Neonatal sepsis tedavisinin ilk 48 saatinde yapılan seri CRP değerlendirmeleri, etken organizmanın ampirik antibiyotiklere duyarlı olup olmadığını gösterir.CRP değerlerinde herhangibir düşme ile birlikte klinik düzelme ampirik antibiyotiklere duyarlı bir enfeksiyonu tanımlamada % 97 pozitif prediktif değere sahiptir.

Patil ve ark. çalışmalarında, kültür (+) sepsisli yenidoğanlarda antibiyotik başlangıcından sonraki ilk 48 saat boyunca yapılan seri CRP ölçümlerinin, bakterilerin dirençli olduğu ampirik antibiyotik başlananlarda artış gösterirken, duyarlı bakterilerde düşüş gösterdiğini saptamışlar. İlk 48 saat içinde CRP'deki düşüş, kullanılan antibiyotiğin uygunluğunu saptamada % 89 duyarlılık, % 80 özgüllüğe sahip diye bildiriyorlar. Çalışmalarının; seri CRP ölçümlerinin, etken bakterinin dirençli olduğu antibiyotik başlananlarla duyarlı olduklarını ayırdetmede yardımcı olduğunu gösterdiği sonucuna varmışlar. Patil ve ark. yanında başka çalışmalarda da; kültür (+) neonatal sepsiste, CRP antibiyotik sonrası düşmeye başlarsa, bakteriyel duyarlılık bilinene kadar ampirik antibiyotik tedavisine devam edilebilir, eğer CRP artmaya devam ederse antibiyotik tedavisi değişimi düşünülebilir görüşü bildirilmektedir.

Özet olarak**;**

1. Doğumda sonra yapılan tek bir CRP ölçümü neonatal sepsis tanısı için güvenilir değildir.
2. Doğum sonrası CRP yüksekliği enfeksiyöz nedenler yanında nonenfeksiyöz nedenlere de bağlı olabilir.
3. CRP duyarlılığı enfeksiyonun erken dönemlerinde düşüktür.
4. Duyarlılık semptomların başlangıcından sonra 24-48 saat boyunca CRP'nin seri olarak yapılan ölçümleri ile artar.
5. Erken yenidoğan döneminde antibiyotik tedavisi başlangıcından sonra 24-48 saatlerde yapılan seri CRP ölçümleri, enfekte olmayan yenidoğanları tanımlamada % 99 negatif prediktif değere sahiptir.
6. Seri CRP ölçümleri enfekte yenidoğanlarda; tedaviye cevabı monitorize etmek, antibiyotik cinsini ve süresini belirlemekte ve olası komplikasyonları tanımlamakta yardımcı olabilmektedir.

Sağlam Çocuk İzlenimi: İlk 1 ay

Doç. Dr. Ali Bülbül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Sağlam çocuk izlemi: Doğumdan itibaren tüm çocukluk çağı boyunca, herhangi bir sağlık sorunu olmasa da düzenli aralıklarla çocukların sağlık kontrollerinin yapılmasıdır. Bu izlemlerle, önlenebilir bebek ve çocuk ölümlerinin, hastalık ve sakatlıkların azaltılması, çocukların fiziksel, psikolojik ve sosyal olarak sağlıklı gelişimlerinin sağlanması amaçlanır.

Sağlam çocuk izleminin ana ilkeleri

1.Koruyucu hekimlik : toplum bireylerinin sağlık konularında eğitimi, sağlıklı beslenme, aşılama, büyüme- gelişmenin izlenmesi ile hastalık gelişiminin önlenmesi.

2.Erken tanı ve tedavi: bireylerin uygun ve doğru izlemi ile hastalıkların erken tanı ve tedavilerinin sağlanması.

3.Riskli bebeklerin erken belirlenmesi (taramalar)

4.Ülkede hedeflenen aşılama programını tüm bireylerde sağlanmak

Yaşamın ilk 1 ayı: Yenidoğan Dönemi

Yenidoğan dönemini zaman dilimi olarak doğum sonrası ilk 28 günü içerir. Bu bölümde sağlıklı yenidoğan bebeğin izleminin özellikleri ve yaşamın ilk ayında bebeklerin izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ele alınacaktır. Ülkemizin toplam nüfusu 79 milyon ve yıllık doğum hızı 1.2 milyon olarak tahmin edildiğinde; bir aile hekimine yaklaşık olarak 55 bebeğin bir yılda muayeneye geleceği ve yaşamın ilk ayında en az 3 kez muayene olacağı düşünüldüğünde bir aile hekimi bir yılda yaklaşık 150-200 kere yenidoğan bebek muayene edeceği söylenebilir.

Yenidoğan dönemi hayatın en dinamik ve en hassas zaman dilimidir, temel yenidoğan bakımının standardize edilemediği durumunda; önlenebilir, tedavi edilebilir ve basit problemler ciddi hatta ağır sorunlara yol açabilir.

A.İzlenim periodları:

Tüm yenidoğan bebekler doğum sonrası ve taburculuk öncesi değerlendirilmelidir. Doğum sonrası taburculuk süresine göre izlem periodu belirlenir. Anne bebek çiftinin ilk 24 saatte taburcu edilmesi durumu erken taburculuk olarak kabul edilir. Bu durumda bebeklerin 24 saat içerisinde tekrar kontrol edilmesi gerektiği önerilmektedir. Normal zamanında taburcu edilen bebeklerin ise, taburculuk sonrası 48-72 saat içerisinde tekrar kontrole gelmesi gerekmektedir. Bunlara ilave olarak sağlıklı yenidoğan bebeklerin 7-14. gün ve 1. ay bebeklerin tekrar kontrole gelmesi gerekir.

B.Yenidoğan bebek muayenesinin farklılıkları:

Bu bölümde yenidoğan bebeklerin fizik muayene farklılıkları üzerinde durulacaktır.

Anamnez: Yenidoğan bebeklerin anamnezinde prenataal, natal ve postnatal dönem aanamnezzi olmak üzere 3 bölümde alınır. Prenatal dönemde anne yaşı, kaçıncı gebeliği olduğu, anne-baba arasında akrabalık olup olmadığı, yardımcı üreme tekniği kullanılıp kullanılmadığı, gebelik takiplerinin ne sıklıkta yapıldığı, annede kronik hastalık (hipertansiyon, preeklampsi, eklampsi ile SLE, böbrek yetmezliği, diabet, hipo-hipertirodi vb), uterus anomalisi, sigara, alkol, ilaç kullanımı, doğuma yakın dönemde kötü kokulu vajinal akıntı veya idrar yolu enfeksiyonu, döküntülü ateşli hastalık geçirme veya temas öyküsüölü doğum, anomalili doğum, Rh uyuşmazlığı, kan değişimi veya fototerapi gerektiren kardeş öyküsü sorgulanmalıdır. Natal dönemde, doğumun gerçekleştiği sağlık kurumu, doğum şekli, doğum sırasında resusitasyon gereksinimi, doğum ağırlığı, boy, baş çevresi ve gebelik süresi varsa anne ve bebek kan grupları kaydedilmelidir. Postnatal dönemde, bebeğin yatırılma gereksinimi olup olmadığı, doğum sonrası beslenme durumu anne sütü alıp almadığı, emzirme ile ilgili sorunlar, idrar ve dışkılama sayısı ile zamanlaması sorgulanır.

Fizik muayene: Yenidoğan bebeğin muayenesi tamamen giysileri çıkartılarak yapılır. Muayene öncesi eller yıkanmalıdır. Bebek uykuda ise kalp oskültasyonu, fontanel değerlendirmesi ve karın değerlendirmesi daha rahat yapılır.

Baş-boyun muayenesi: Her muayenede baş çevresi ölçümü kayıt altına alınmalıdır. Baş ve Saçlı deri gözden geçirilmeli, fontaneller ve suturalar değerlendirilmelidir. Başta kaput succadeneum veya sefal hematom varlığı kayıt edilmelidir.

Yüz Muayenesi: Mikrognati, hiper - hipotelorizm, yüz asimetrisi (fasiyal paralizi) ve diğer dismorfik yüz görünümleri dikkatle araştırılması gerekir. Bebekte dismorfi düşünmeden önce anne ve babanın yüz yapısı da göz önünde bulundurulmalıdır.

Burun muayenesi: Doğumda burun deliklerinin açıklığının kontrol edildiğinin kayıdı görülmeli, yoksa kontrol edilmeli.

Ağız muayenesi: Her yenidoğan bebek dudak ve damak yarıkları açısından kontrol edilmeli ve kayıt edilmelidir. Dil ve çene yapısı kontrol edilmelidir.

Gözlerin muayenesi: yenidoğan döneminde ışık refleksi ve red refleksi bakılmalıdır. Red refleksi alınamamasında acil göz konsültasyonu gerekir. Göz muayenesinde iris kolobomu veya konjenital glokom (korneanın aşırı büyük olması: öküz gözü) saptanabilir.

Kulak muayenesi: Kulakların anatomik yapısındaki farklı durumlar varsa not edilmelidir. Her yenidoğan bebeğe işitme tarama testi olarak otoakustik emisyon testinin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır. Yapılmamışsa yaptırılmalıdır. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatırılma öyküsü olan bebeklere ayrıca BERA testi yaptırılmalıdır

Boyun muayenesi: Doğuştan kistler (tiroglossal kist, kistik higroma vb) saptanabilir. Özellikle doğum trvmalarında gelişen brakiyal pleksus zedelenmeleri (Erb Duchene) atlanmamalıdır.

Göğüs Muayenesi: Yenidoğanda meme yapısı anneden geçen hormonların etkisi ile 3-4cm çapa erişebilir. Bu durumun geçici olduğu ve asla ovulmaması gerektiği ailelere anlatılmalıdır.

Kalp- damar sistemi muayenesi: Kalp oskültasyonu ile konjenital üfürümler, nabızların palpasyonu ile PDA ve Aort koarkütasyonu tanısı erken konulabilir.

Karın muayenesi: farkı olarak göbek güdüğü ve etrafı değerlendirilmelidir. Göbek kordonu ilk 14 günde düşer bazen 21 güne kadar uzayabilir. Her karın palpe edilmeli kitle açısından değerlendirilmelidir.

Omurga muayenesi: Bebekte omurgadaki eğrilikler, kifoz, skolyoz, meningosel, meningomyelosel, sakral gamzelerin (sacral dimple), kıllı nevüs kayıt edilmelidir.

Genital sistem muayenesi: Her bebeğin genitel muayenesi bez çıkarılarak ayrıntılı bir şekilde yapılmalıdır. Erkeklerde inmemiş testis, mikropenis, hipospadias, fimozis ve skrotal hiperpigmentasyon, hem erkek hem kızlarda ingüinal herni, anüs açıklığı dikkatle kontrol edilmelidir. Kız çocuklarda anneden geçen hormonların çekilmesine bağlı ilk 1 hafta içerisinde vajinal kanama gözlenebilir.

Ekstremite muayenesi: Her kontrolde kalça muayenesi ile gelişimsel kalça displazisi araştırılmalıdır. Bu amaçla pili asimetrisine, bacak uzunluğunun eşit olup olmadığına dikkat edilmelidir. Polidaktili, sindaktili, simian çizgisi, doğum travmasına bağlı brakiyal sinir felçlerine dikkat edilmelidir. Ayaklarda konjenital pes ekinovarus deformitesi erken dönemde yakalanmalı ve Ortopedi uzmanına sevk edilmelidir.

Nörolojik Muayene:

Motor muayene:

Postür: Normal bir yenidoğan bebekte kollar ve bacaklar gövdeye semifleksiyon postüründedir. Eller yumruk şeklindedir. Bebeğin kol ve bacaklarını kendiliğinden veya taktil uyaranlarla her birini eşit oynatması gözlenmelidir.

Tonus: Önce tek tek ekstremiteler, gövde ve boyun tonus açısından değerlendirilir. Kol ve bacağın çekilip bırakılması ile karşılaşılan direnç ve geriye dönüş hareketi değerlendirilir. Ventral süspansiyon: Çocuk göğüs ve karın hizasından tek el avucu ile tutularak yüzükoyun pozisyonda yerden yukarı paralel kaldırılır. Baş, sırt ve ekstremiteler gözlenir. İlk 1,5 ayda kollar ve bacaklar gevşek bir şekilde aşağıya sarkar, ancak yine de alışılmış bir tonusu vardır.

Refleksler:

Moro refleksi

Yakalama refleksi

Arama refleksi

Emme refleksi

Tonik-boyun refleksi (eskrimci refleksi)

Basma ve otomatik yürüme refleksi

Yenidoğan döneminde gözlenen bu reflekslerin çoğu 4-6 ay arasında kaybolur. Kaybolmadığı durumlarda nörolojik değerlendirme gereklidir.

C.Sağlıklı yenidoğan bebeğin fizyolojik özellikleri:

Doğum ağırlığı: 2500-3800 gr, boy:48-52 cm ve baş çevresi: 33-37cm arasındadır.

Bebekler ağırlıklarının en fazla %10'unu ilk 1 hafta içerisinde kaybederler.

Doğum ağırlıklarına ortalama 10-14. günde ulaşmaları gerekir.

Kalp atım hızı: 80-180/dk,

Solunum sayısı: 40-60/dk.

Vücut ısısı (koltuk altı): 35,6-37.3C

Dışkılama özelliği: Yenidoğan bebeklerin ilk 48 saat içerisinde mekonyumlarını çıkarmaları gerekir. Yalnız anne sütü ile beslenen bebekler günde ortalama 5-8 defa altın sarısı renginde dışkı yaparlar. İlk 3 gün yeşil renkli mekonyum ardından, 3-4. günlerde sarı-yeşil renkli geçiş kakası, yerini 4-5. günlerinden sonra klasik altın sarısı anne sütü ile beslenen bebek kaka yaparlar. Dışkı sayısının günde ikiden az sayıda olması ya da günde çiş ve kaka şeklinde 6 dan az bez ıslatılması beslenmenin azlığının göstergesi olabilir.

İdrar özelliği: Yenidoğan bebekler doğum sonrası ilk 24 saatte idrarlarını yaparlar. Yenidoğan bebekler 2-3 saat arayla idrar yaparlar. İdrarları bol miktarda ürik asit kristali içerdiğinden pembe renkli olabilir.

Yendoğanın fizyolojik cilt değişiklikleri: aşağıdaki durumların tümü geçici olup zaman ile tedavisiz kendiliğinden geçtiği bilinmelidir.

Neonatal toksik eritem

Neonatal akne

Milia

Milaria

Epstein incisi

Hemanjiom

Neonatal püstüler melanosis

Mongol lekesi:

D. Hastaneden Taburcu Olup Sağlık Ocağına İlk Kez Başvuran Bebeğe Yaklaşım

1-7 Günlük Bebeğe Yaklaşım:

Anamnez ve fizik muayene yapılır. Bebek izlem kartına ağırlık, boy ve baş çevresi

kaydedilir. Bebeğe doğum sonrası K vitamini ve hepatit B aşısının ilk dozunun yapılıp yapılmadığı kontrol edilir. Yapılmadıysa hemen yapılarak kaydedilir.

Beslenme izlenimi: bebeğin neyle beslendiği sorgulanır. Anne sütü alan bebeklerde annenin bebeğini nasıl emzirdiği, annede meme başı çatlağı, meme başı çöküklüğü, memede gerginlik, kızarıklık, şişlik sorgulanır. Doğum ağırlığına göre ne kadar tartı kaybettiği kayıt altına alınır. (%10'dan fazla tartı kaybı patolojiktir). Anne sütünün alınamadığı hastalıklarda formül mama ile beslenme sorgulanmalıdır. Formülanın hangi konsantrasyonda hazırlandığı ve biberonun nasıl temizlendiği sorgulanmalıdır.

Göbek izlenimi: Göbek bağının enfekte olup olmadığına özellikle dikkat edilir. Göbek bağına ayrı bir bakım önerilmez. Ancak ailenin yaşam koşulları kötü ise %70'lik alkol ile ıslatılmış steril gazlı bez ile günde bir-iki kez silinmesi önerilebilir. Göbek bağı ile birlikte ciltte de kızarıklık varsa sistemik antibiyotik gereksinimi için uzmanına danışmalıdır.

Cilt izlenimi: yenidoğan döneminde ciltte sarılık sıklıkla gelişir. Ciddi sarılık gelişimindeki risk faktörleri bilinmelidir. Sarılık saptanan bebekte transkütan bilirubinometre/kapiller bilirubin ile sarılık takibi yapılmalıdır. Cildin sarılığına mutlaka gün ışığı altında bakılması gerekir.

Göz izlenimi: yenidoğan bebeklerde lakrimal kanal genellikle dar veya tıkalıdır. Bu nedenle sıklıkla gözde akıntı ve çapaklanma görülebilir. Konjunktivit düşünülen bebeklerde lakrimal kanal masajı ile birlikte antibiyotikli bir göz damlası verilmelidir.

Taramaların izlenimi: bu dönemde bebeklerden uygun tarama örneklerinin alınıp ilgili merkezlere gönderildiği teyit edilmeli, taramalar alınmamış ise alınarak kaydedilmelidir. İşitme tarama testlerinin sonuçları kontrol edilmeli, tarama yapılmamış ise veya şüpheli ise gerekli işlemler yapılmalıdır.

7-15 günlük Bebeğe Yaklaşım:

Bu dönemde bebek doğum ağırlığına ulaşmış veya geçmiş olmalıdır. Bebek yaklaşık olarak günlük ortalama 30 gr tartı almalıdır. Annenin sütünün arttığının sorgulanması gerekir. Bu dönemde ciltte sarılık devam ediyorsa nedeni araştırılmalıdır. Göbek güdüğü düşmüş ya da düşmek üzere olmalıdır. Göbek düştükten sonra bezde birkaç damla kanama olması normaldir. Göbekte devam eden akıntı ve et parçasına benzer görünüm göbek granülomunu düşündürür. Granüloma, gümüş nitrat kalemi ile uygun şekilde kimyasal koterizasyon yapılır.

D vitamini 15. günde 400 İU oral başlanmalıdır.

15-28 günlük Bebeğe Yaklaşım:

Bebeğe 1. ayda hepatit B aşısının 2. dozu yapılır. Doğum ağırlığına göre en az 600 gr almış olduğu gözlenmelidir. Ancak ortalama 800gr alması istenir. İlk ayda boy 3-5 cm, baş çevresi 2-3cm kadar artar.

E. Yenidoğanda sık karşılaşılan problemler

Yeterli tartı alamama, ağlayan bebek, kusan bebek, sarılık,meme şaşkınlığı, ateşli yenidoğan bebek, bez dermatiti ve monoliyazis konuları ile ilgili sorunlar açıklanacaktır**.**

F.Uzmanına sevk gerektiren durumlar

- Doğum ağırlığına göre %10'dan fazla kilo kaybı olan bebekler.
- Yenidoğan refleksleri alınamayan hipotonik bebekler
- Bilirübin düzeyi 17mg/dl'nin üzerinde olan bebekler
- Genital organ anomalisi olan bebek
- Dismorfik yüz görünümü, ekstremite anormallikleri olan bebek
- Safralı kusan bebek
- Femoral nabızları alınamayan ve birlikte kalpte üfürümü olan bebek
- Santral siyanozu olan bebek
- Ateşi olan tüm bebekler, çocuk uzmanına gönderilmelidir.

Hematürili Çocuğa Yaklaşım

Doç. Dr. Hasan Dursun

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

Çocuklarda Mikroskopik Hematüri

Hematüri idrarda kan bulunmasıdır. Makroskopik (Gros) hematüri çıplak gözle görülebilen durum iken mikroskopik hematüri ise dipstikle veya idrar sedimenti ile ortaya konur. Gros hematürinin araştırılması mikroskopik hematüriye göre faklılıklar gözetir. Glomerüler kaynaklı gros hematüri genellikle kahverengi, çay rengi ya da kola rengi gibi tarif edilir. Alt üriner sistem kaynaklı hematüri ise pembe ya da kırmızı renkli idrara yol açar. Acile başvuran çocuklarda gros hematüri insidansı 1.3/1000 olarak bulunmuştur. Mikroskopik hematüri ise idrar mikroskopisinde bir büyük büyütme alanında 5'den fazla eritrosite rastlanması durumudur. Mikroskopik hematüri daha çok nefrologları ilgilendiren bir durumdur. 6-15 yaş arası çocukların %1-2'sinde iki ya da daha fazla idrar örneğinde mikroskopik hematüri ile karşılaşılmıştır. Dipstik testi ile hematüri saptanan çocuklarda mikroskopi ile hematüri kesinleştirilmelidir. Çünkü idrar rengini değiştiren birçok durum dipstik testinde yanlış pozitif sonuç verebilir.

Anlamlı mikroskopik hematüri tanısı 2-3 haftadır süre içinde yapılan en az üç idrar incelemesinde bir büyük büyütme alanında 5 veya daha fazla eritrosit ile karşılaşılması halinde konulur. Dipstik testi hematüri için oldukça sensitif bir yöntemdir. Dipstik hidroksiperoksit ve tetrametilbenzidin ile emdirilmiştir. Hemoglobinin peroksidaza benzer bir reaksiyonla katalizlemesi sonucu dipstik mavi-yeşil bir renk alır. Test intakt eritrositleri serbest hemoglobini ve myoglobini ölçer. 150µg/dl'den az serbest hemoglobini ölçebilir, ki bu da 1m^3 idrarda 5-20 intakt eritrosite denk gelmektedir. Okside edici ajanlar(idrar toplama kapları çamaşır suyu ile temizlenmişse) varlığında yanlış pozitif sonuçlar alınmaktadır. Aynı şekilde yüksek askorbik asit konsantrasyonlarında yanlış negatif sonuçlar da ortaya çıkabilir.

Hematürinin lokalizasyonu: Kan böbreğin glomerül, renal tübül veya intertisyumundan; üreter mesane üretra gibi böbrek dışından da kaynaklanıyor olabilir. Proteinüri, eritrosit artıkları ve deforme olmuş eritrositler genellikle bir glomerüler hasarı işaret eder. Renal papillalar mikrotrombüs ya da anoksi sonucunda zarar görmüş olabilir. Renal parenkimal hastalığı olanlarda sistematik enfeksiyonlar boyunca ya da orta derecede bir egzersizden sonra geçici bir hematüri ile karşılaşılabilir. Bu ateş ve egzersize böbreklerin vermiş olduğu hemodinamik bir yanıt olabilir. Burada önemli olan hematürinin glomerüler ya da non-glomerüler olduğuna karar verilmesidir. Dikkatli bir anamnez, fizik muayene ve idrar testi ile tanı mümkündür. Travma öyküsü parlak kırmızı bir idrarı açıklamak için önemli olabilir.

Ayırıcı tanı: Çocuklarda hematüri nedenleri

Glomerüler hastalıklar:

- IgA nefropatisi, benign familyal hematüri, Alport Sendromu
- Akut poststreptokoksik glomerulonefrit, membranoproliferatif glomerülonefrit
- SLE, membranöz glomerülonefrit
- Henoch Schönlein Purpurası (HSP), hemolitik üremik sendrom

Enfeksiyon:

- Bakreiyal,viral (adenovirus), tbc
- Hematolojik
- Orak hücreli anemi, von Willebrand hastalığı
- Renal ven trombozu, trombositopeni

Nefrolitiazis ve hiperkalsiüri

Yapısal anomaliler; konjenital anomaliler, polikistik böbrek hastalıkları, vasküler anomaliler (AVM, hemanjiom)

Travma, tümör

Tedaviye bağlı

- Penisilin, siklofosfamid, klorpromazin, torazin

Biyopsi Endikasyonları

Kesin endikasyonlar

*Steroid dirençli nefrotik sendrom

* Persistan, ortostatik olmayan proteinüri

* Persistan glomerüler hematüri

* Atipik seyir gösteren ve tedaviye yanıtsız akut glomerülonefrit

* Hızlı seyirli glomerülonefrit (RPGN)

* Akut böbrek yetmezliği nefrotik veya nefritik sendrome bağlı

* Sistemik hastalıkların böbrek tutulumu olduğunda (vakülitler, metabolik hastalık-Fabry)

* Bilinmeyen nedene bağlı KBY

* Transplante böbrek disfonksiyonu

Rölatif endikasyonlar

*Tedaviye cevabı değerlendirme

*Nefrotoksisiteyi değerlendirme

*Transplantasyonda protokol biyopsisi

Biyopsi kontrendikasyonları

Kesin kontrendikasyon

* Kontrol altına alınamamış koagülasyon anormalliği

* Şiddetli hipertansiyon

* Tek böbrek (transplante böbrek hariç)

* Akut piyelonefrit

Rölatif kontrendikasyon

*Şiddetli azotemi/SDBY

* Anatomik anormallikler

* Koagülopati

* Yakın zamanlı antikoagülan ilaç alımı (asprin, dipridamol)

* Kronik piyelonefrit

* Aynı zamanda üriner enfeksiyon varlığı

* Tümörler

* Gebelik

* Aşırı obezite

* Mikroskobik hematüri

* Makroskobik hematüri (geçici)

* Böbrek etrafında hematom

* Makroskobik hematüri (takip gerektiren)

* Ciddi böbrek etrafında hematom

* AV fistül

* Cerrahi girişim gerekliliği

* Hasta kaybı

Sonuç: Asemptomatik izole mikroskopik hematüri en yaygın görülen hematüri türüdür. Genellikle geçicidir ve önemli klinik hastalık ile ilişkili değildir. Hematüri devam ederse, müteakip değerlendirme idrar kültürü, idrar kalsiyum/kreatinin oranının ölçümü ve hematüri için ebeveynlerin ve kardeşlerin test edilmesini gerekir. Gözlem süresince semptomlar, hipertansiyon, proteinüri veya makroskopik hematüri gelişirse, daha kapsamlı değerlendirme gereklidir.

REFERENCES

1. Feld LG, Waz WR, Pérez LM, Joseph DB. Hematuria. An integrated medical and surgical approach. Pediatr Clin North Am 1997; 44:1191.

2. Diven SC, Travis LB. A practical primary care approach to hematuria in children. Pediatr Nephrol 2000; 14:65.

3. Fogazzi GB, Edefonti A, Garigali G, et al. Urine erythrocyte morphology in patients with microscopic haematuria caused by a glomerulopathy. Pediatr Nephrol 2008; 23:1093.

4. Vehaskari VM, Rapola J, Koskimies O, et al. Microscopic hematuria in school children: epidemiology and clinicopathologic evaluation. J Pediatr 1979; 95:676.

5. Feld LG, Meyers KE, Kaplan BS, Stapleton FB. Limited evaluation of microscopic hematuria in pediatrics. Pediatrics 1998; 102:E42.

Olgularla Kas-İskelet Ağrısı Olan Çocuk

Doç. Dr. Betül Sözeri

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul

Kas- iskelet sitemi ağrılı okul çağı çocuklarının %10-20 'sini etkiler. Bu ağrıların büyük bir kısmı önemli bir nedene bağlı değildir ama ciddi morbidite sebebidir. Çoğunluğu bening özellikte olup sıklıkla , %30'u travma, %28'i aşırı kullanım durumları, %18'i normal iskelet büyüme varyasyonları , %8 ' i büyüme ağrılarıdır. Kronik kas -iskelet ağrısı ise kızlarda daha yaygın görülür. Ayrıca, düşük eğitimli, düşük gelirli ailelerin çocuklarında ağrı 1.4 kat daha fazladır. Ekstremite ağrıları olan bir çocuğun teşhisini belirlemeye çalışırken, öncelikle ağrıyı lokalize ya da yaygın olarak sınıflandırmak ve genel durum bozukluğu olup olmadığını değerlendirmek önemlidir. Ayırıcı tanı ve izlem konuşma içinde olgu sunumları eşliğinde anlatılacaktır.

Bağ Dokusu Hastalıkları: Olgularla Tanısal Yaklaşım

Doç. Dr. Nuray Aktay Ayaz

S.B.Ü. Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS

Çoklu organ sistemlerini etkileyen sistemik lupus eritematozus (SLE) pek çok otoantikorun patofizyolojide rol oynadığı otoimmün bir hastalıktır. Hastalığın bulgularının ortaya çıkışı, seyri ve sonuçları tahmin edilemeyecek kadar çeşitlidir. Ataklar ve remisyon dönemleri ile seyreder. Çocukluk çağı SLE daha erişkine göre genellikle daha ağır seyretmektedir. Mortalite tedavisiz olgularda 5 yıl içinde %95 olarak rapor edilmiştir.

Amerikan Romatoloji Akademisi (ACR) 1971 yılında SLE için sınıflama sistemini oluşturmuştur. Bu sistem 1982 ve 1997 yıllarında revize edilmiştir. 2012 yılında ise günümüzde kullanımda olan The Systemic Lupus International Collaborating Clinics (SLICC) sınıflama sistemi geliştirilmiştir.

SLICC kriterleri 11 klinik ve 6 immünolojik maddeden oluşmaktadır. Hastanın SLE olarak sınıflanması için biri klinik ve biri de immünolojik 4 kriterinin olması ya da ANA/Anti-ds DNA varlığında biopsi ile gösterilmiş lupus nefriti olması gereklidir. Çocuklarda ACR kriterleri için duyarlılık %76.6, özgüllük %93.4 bulunurken, SLICC kriterlerine göre duyarlılık %98.7, özgüllükise %85.3 olarak saptanmıştır.

SLE insidansı %0.36-2.5/100000'dir. Çocukluk çağı SLE tüm lupus olgularının % 10-20'sini oluşturmaktadır. Ortalama başlangıç yaşı 12'dir. 5 yaş altı SLE oldukça nadirdir. Kız/erkek dağılımı 4.5-5/1'dir.

SLE hem doğal hem de edinilmiş bağışıklık sisteminin ortak rol oynadığı bir hastalıktır. Başlıca problem kişinin kendi kendine toleransının bozulmasıdır. Doğal bağışıklığın ana yöneticisi olan Tip 1 interferonlar (INF-α) regülasyonu bozulmuştur. Apopitoz ve hücre ölümünde artık materyalin hızla temizlenmesi gerekirken, SLE'de bozulmuş apopitoza bağlı olarak hücre içi materyaller olan RNA ve DNA 'lar ortamda bulunarak otoantijen görevi görürler. Kompleman, kompleman reseptörü, immünglobülin reseptörleri, Bcl2, Fas/Fas ligandı ve programmed cell death 1 (PCD1) defektleri de apopitotik maddelerin ortamdan uzaklaştırılmasını geciktirir ya da bozar. Fagositik hücrelerin devamlı uyarılması ise tip 1 INF larının aşırı üretimine yol açar. Kalıtsal C1, C2, C4 eksiklikleri de lupus nefriti patogenezinde rol oynamaktadır. Lupus nefritinde otoantikorlar varlığında nötrofiller de apopitotik hale gelmekte ve bu yolla interferon salınımını arttırmaktadırlar.

SLE hastalarında aynı zamanda B ve T hücre, antijen sunan hücre anormallikleri de gözlenmektedir. Antijen stimülasyonu, poliklonal B hücre proliferasyonu, T hücre disregülasyonu ve intrinsik B-hücre defektleri otoantikor oluşumuna ve hipergamaglobülinemiye yol açmaktadır. Neticede antikor-ilişkili doğrudan hücre hasarı ve immünkompleks ilişkili hasar ortaya çıkmaktadır. T hücre regülasyonu bozulduğunda ise T-hücre sayısında azalma, özellikle NK sayısında azalma ve regülatuar hücre sayısında azalma sonucu B-hücre aktivasyonu artmaktadır. Aynı zamanda CD40-CD40L ekspresyonundaki artış da B-hücre aktivasyonuna neden olmaktadır. İmmünkompleksler tarafından aktive edilen plazmositoid dendritik hücreler IFN-α üretimini tetiklemektedir. IFN-α tarafından uyarılan otoreaktif T ve B hücreleri ise otoantikor oluşumunu arttırmaktadır.

Hastalığın ortaya çıkmasında genetik faktörlerin de rolü vardır. Aile ve ikiz çalışmalarının sonuçları da genetik etkiyi destekler şekildedir. Kardeşinde SLE olan kişilerde SLE riski 20 kat artmaktadır. Homozigot C1q eksikliği olan kişilerde SLE oranı %90'dır. Homozigot C2 eksiklğinde ise SLE görülme oranı %33 olarak rapor edilmiştir. C2 eksikliği ve anti-Ro birlikteliği de gösterilmiştir. C4 alel eksikliklerinin de SLE riskini arttırdığı gösterilmiştir. HLA-DRB1 ve HLA-DQB1 allelri SLE için artmış risk taşımaktadır. HLA-DR2 haplotipi anti-Sm, HLA-DR3 haplotipi ise anti-Ro antikorları ve lupus riskinde 2-3 kat artış ile ilişkilendirilmiştir. Tam genom analizi çalışmaları sonrasında bazı yolaklarda görev alan genler SLE ile ilişkilendirilmiştir. HLA regülasyonu, DNA degradasyonu, immün komplekslerin temizlenmesi, TLR ve tip 1 IFN yolağı, nükleer faktör ϰB yolağı, B hücre fonksiyon ve sinyalizasyon, T hücre fonksiyon ve sinyalizasyon yolakları, monosit ve nötrofil sinyalizasyon ve fonksiyon yolakları etkilendiği gösterilmiş yolaklardır. Epigenetik faktörler de SLE gelişinde rol oynayabilmektedir.

SLE kadınlarda erkeklere göre daha sık görülmektedir. Östrojen varlığı ve düşük androjen düzeyi SLE için risk oluşturmaktadır. Ultraviole ışınlar (UVB), viral enfeksiyonlar (EBV, CMV..) ve ilaçlar da SLE ile ilişkilendirilmiştir.

Klinik bulgular

Ateş, halsizlik, kilo kaybı gibi konstitüsyonel bulgular SLE hastalarında sıkça görülmektedir. Yaygın lenfadenopati ve hepatosplenomegali de immün aktivasyona bağlı ortaya çıkabilmektedir. Pek çok organı etkileyebilen bir hastalık olan SLE ataklar ve remisyonlarla seyreder. Böbrek tutulumu morbidite ve mortalitenin temel nedenidir. Hastaların %18-50'si son dönem böbrek yetmezliğine girebilmektedir. LN prevalansı çocuklarda erişkine göre daha fazladır. LN olgularının %80-90'ı ilk bir yıl içinde gelişir. LN 2003 yılında revize edilen International Society of Nephrology/Renal Pathology Society (ISN/RPS) sınıflamasına göre akut ve

kronik hastalık olarak sınıflandırılmaktadır. Klinik ve laboratuvar bulguları genellikle biyopsi sonuçlarına uysa da , beklenmedik sonuçlar da gözlenebilmektedir. Proliferatif nefriti olan hastalar daha çok akut nefritik sendrom olarak hematüri, hipertansiyon ve değişken düzeyde proteinüri ile seyreder. Membranöz hastalık sıklıkla nefrotik düzeyde proteinüri ile ortaya çıkar. Class II LN, izole asemptomatik hematüri/nonnefrotik proteinüri yapabilir. İlerleyen böbrek yetmezliği hipertansiyon, anemi, azotemi ya da metabolik kemik hastalığına yol açabilmektedir. Makroskopik hematüri varlığı renal ven trombozu, trombotik mikroanjiopati ya da pıhtılaşma faktörlerinde eksikliğe işaret eder.

Lupus nefriti tedavisinde özellikle Evre III-IV LN'de kortikosteroid tedavisine siklofosfamid eklenmektedir. İndüksiyon tedavisi mikofenolat mofetil, azatiopurin gibi ilaçlarla idame olarak devam ettirilebilir. Dirençli olgularda tedaviye rituximab da eklenebilmektedir.

Tekrarlayan Ateş ve Döküntüsü Olan Hastaya Tanısal Romatolojik Yaklaşım

Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Çocuk hekimliğinde en sık rastlanan klinik bulgu olan ateşin tanılandırılması oldukça zorlu ve sıkıntılı bir süreçtir. Ateşe eşlik eden en önemli klinik bulgulardan birisi de döküntüdür. Ateş ve döküntü bir arada olduğu zaman ayırıcı tanıda öncelikle enfeksiyon hastalıkları akla gelir. Ateş ve döküntü olan bir çocukta tanı enfeksiyon hastalığı ile uyumlu olmayınca akla gelecek ikinci olasılık ise yangısal kökenli olarak ortaya çıkabilen romatizmal hastalıklardır. Çocukluk çağı romatizmal hastalıklarında çeşitli tipte döküntüler görülebilir. Çocukluk çağı romatizmal hastalıklarında ortaya çıkabilen döküntülerden en sık görüleni makülopapüler döküntülerdir. Makülopapüler döküntüler ateş ile birlikte en sık sistemik jüvenil idyopatik artritte, sistemik lupus eritematosus, jüvenil dermatomiyozit, hiper IgD sendromu, TRAPS ve başta Kawasaki hastalığı olmak üzere çeşitli vaskülitlerde görülebilir. Vaskülitlerin bir çoğunun özgün cilt bulgusu purpurik döküntülerdir. Ürtikeryal tipte döküntüleri ise ürtikeryal vaskülitlerde, sistemik jüvenil idyopatik artritte, kriyoprinopatiler ile birlikte görebiliriz. Ülkemizde en çok yineleyen ateşli hastalık olan ailesel Akdeniz ateşinin özgün cilt bulgusu ise erizipel şekli eritemdir. Sonuç olarak, romatizmal hastalıkların tanılandırma sürecinde cilt muayenesi fizik muayenenin önemli basamaklarından birisini oluşturmaktadır.

SÖZEL BİLDİRİLER-1

E SALONU

8 Mart 2017
09:00 - 10:00

Oturum Başkanları:
Nazan Dalgıç
Bedir Akyol
Mustafa Özçetin

SS-01

Başbakanlık Osmanlı Arşivi'nde Bulunan Böbrek ve İdrar Yolu Hastalıklarıyla İlgili Belgelerin İncelenmesi ve Yorumu

İsmail İşlek[1], Halit Atlı[2], Melahat Argun[3], Mustafa Küçük[4]
[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Kırıkkale Üniversitesi, Tarih Bölümü, Kırıkkale
[3]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul
[4]Başbakanlık Osmanlı Arşivi, İstanbul

Osmanlı Arşivi'nde böbrek ve idrar yolu hastalıklarıyla ilgili 39 adet belge bulundu. Biri kolera şüpheli vakaya alınan tedbirler, biri surincan (çiğdem) kökü hakkında tecrübenin padişaha rapor edilmesi, biri Selanik'te böbrek hastalıklarına iyi gelen bir kaplıcanın ıslahı ve hastaneye verilmesi, biri İran Şahı'nın böbrek hastalığı ile ilgili Tahran sefaretinin bildirimi, 10 tanesi ise böbrek ve romatizma hastalığı olan üst düzey memurların tedavi için kaplıcalara gitmeleri hakkında dilekçelere aitti. 19 adet idrar tahlili ve yorumu belgesi bulundu. Bunların üç adedi 24 saatlik diğerleri spot idrar numunelerine aitti. Bu tahliller Hamidiye Etfal Hastanesi Kimya Laboratuarı'nda yapılmıştı. İdrar numunelerinin sahiplerinin isimleri genelde belirtilmemiş sadece Sultan Abdülhamid Han'ın Başikbal hanımı (M.K.), kızı A.O. ve baştabibin eşinin adı belirtilmiştir. 1 nolu idrar olarak belirlenen tahlile dayanarak yapılan yorumdan bu tahlilin Sultan Abdülhamid Han'a aid olduğu anlaşılmaktadır. İdrar tahlillerinde 1906 yılı şartlarına göre günümüzde yapılan idrar incelemelerinin hemen hemen tümünün manuel olarak yapılabildiği görüldü. Bu tahlillere dayanarak yapılmış bir tedavi veya önerilerin kaydı bulunamadı. Ancak Sultan Abdülhamid Han'a aid idrar tahlilinde; dansite: 1026, albümin: eser, üre: 30,74 g/L (n:22-28), mikroskopide bol lökosit, birkaç kalsiyum oksalat, bir kaç yassı epitel hücresi saptanmıştır. Bu tahlilde üriner enfeksiyon olduğu, üre miktarının yüksek olduğu az miktarda kalsiyum oksalat kristali atıldığı görülmektedir. Sultan Abdülhamid Han'ın hususi tabibi bu sonuca dayanarak şu önerilerde bulunmuştur: padişaın bir müddet kırmızı etlerden uzak durması, beyaz etler yani tavuk ve balık etleri yenmesi, ıspanak ve taze fasulye yememesi, çokça süt içmesi ve yürüyüş yapması arz edilmiştir. Bu sunumda belgelerin orjinal halleri ve yorumları birlikte sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Osmanlı arşivi, böbrek ve idrar yolu hastalıkları, tarih

SS-02

Çocukluk Çağı Tüberkülozunda OFT, PPD ve IP-10 Testlerinin Tanıdaki Yerinin Değerlendirilmesi

Durdugül Ayyıldız Emecen[1], Nazan Dalgıç[2], Mesut Sancar[3], Banu Bayraktar[4]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul
[3]Marmara Üniversitesi Eczacılık Fakültesi, İstanbul
[4]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Tüberküloz tüm dünyada ve özellikle Türkiye gibi tüberkülozun endemik olduğu ülkelerde, çocukluk çağı morbidite ve mortalitesinin en önemli sebeplerinden biridir. Çocukluk çağında, bu yaş grubunda sıklıkla görülen diğer enfeksiyonlar ile benzerlikler içerdiğinden, örnek almak ve alınan bu örneklerden bakteriyi üretmek zor olduğundan, tüberküloz tanısı koymak oldukça güçtür. Çalışmamızın amacı tüberküloz tanısında kullanılan PPD, QFT ve IP-10 testlerinin tanıdaki yerini ve aktif ile latent tüberküloz ayrımında kullanılıp kullanılamayacağını değerlendirmektir.

METOD: Çalışmaya Şişli Etfal E.A.H. Enfeksiyon Kliniğine başvurmuş 0-16 yaşları arasında 150 çocuk dahil edilmiştir. Olgular; aktif akciğer tüberkülozu (s=58), latent tüberküloz (s=48) ve kontrol grubu (s=50) olarak üçe ayrılmıştır. Çalışma grubu 85 (%54,5) kız ve 71(%45,5) erkek hastadan oluşmaktadır. Tüm hastalarda QFT, IP-10 ve PPD testleri uygulanmıştır. QFT yöntemiyle IFN-γ konsantrasyonu ELISA yöntemi ile de IP-10 seviyeleri ölçülmüştür.

BULGULAR: IP-10, PPD ve QFT ölçümleri kontrol grubuyla karşılaştırıldığında hem aktif hem de latent grupta anlamlı derecede yüksektir. IP-10 ve QFT seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek olsa da aktif hastalık ve latent tüberküloz arasında anlamlı fark görülmemiştir ($p > 0,05$). Testler kombine edildiklerinde sensitiviteleri %86'ya kadar yükselmiştir. IP-10 ve QFT seviyeleri yaşa göre de değerlendirilmiş ve IP-10 sonuçlarının yaştan bağımsız olduğu görülmüştür ($p > 0,05$). QFT seviyeleri ise 5 yaşın altında anlamlı olarak artmıştır ($p<0,001$).

SONUÇ: Testlerin kombine edilerek yapılması, tek başlarına uygulanmalarına göre kesin tanıda çok daha değerlidir. IP-10'nin avantajı sonuçlarının yaştan etkilenmemesidir. Yanlış pozitif sonuçlarının oranı yüksek olsa da PPD özellikle endemik ülkelerde tüberküloz tanısındaki yerini ve önemini korumaktadır. Son olarak, QFT ve IP -10'nin aktif ve latent tüberküloz ayrımını yapabildiği gösterilememiştir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, tüberküloz,IP-10,PPD,QFT

SS-03

Vitamin B12 Eksikliği Tanısı İle Takip Edilen Çocukların Klinik ve Laboratuar Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Özgecan Avcı, Z. Yıldız Yıldırmak, Gülşen Köse, İnci Pınar Seçinti, Dildar Bahar Genç
Şişli Hamidiye Etfal Eğtim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Klinikleri, İstanbul

AMAÇ: Çocukluk çağı vitamin B12 eksikliği nedenlerinin başında yetersiz alım gelmektedir. Bu eksikliğin belirlenmesinin önemi erken tanı ve tedavi ile megaloblastik aneminin kalıcı etkileri ve nörolojik sistemde oluşabilecek sekellerin önlenebilir olmasıdır. Çalışmamızın amacı çocuk hematoloji polikliniğimizde vitamin B12 eksikliği tanısı konulup takip edilen hastalarımızın klinik ve laboratuvar özelliklerini incelemek idi.

YÖNTEMLER: Hastanemiz Çocuk Hematoloji polikliniğine 2014-2016 yılları arasında başvurup vitamin B12 düzeyi 200 pg/ml altında bulunan 0-18 yaş arasındaki olguların verileri geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Çalısmaya 102 çocuk alındı. Ortalama yaşları 7,7±6,9 yıl idi. Olguların 32 si bir yaş altında idi. Olguların laboratuvar verileri incelendiğinde Hb:10,1 ±2,7 g/dl; MCV:73,6 ± 11,7 fL; lökosit sayısı:8432 ±3355 /uL; nötrofil sayısı:3230 ±1923 /uL; trombosit sayısı: 324792 ±148269 u/L; B12 düzeyi: 150,8 ±41,4 pg/ml; folik asit düzeyi 11,6±6,3 ng/mL; ferritin düzeyi 59,3±116 ng/mL; 25(OH)D düzeyi 21,1 ±13,8 ng/mL idi. Bir yaş altındaki olgularda annedeki vitamin eksikliğine bağlı anne sütündeki yetersizlik söz konusu olduğundan bu olgularda anne sütü alım süresi ve annedeki düzeyler de araştırıldı. Bir yaş altındaki 32 olgunun 27'si anne sütü alıyordu ve anne sütü alım süresi 7±3,4 ay idi. B12 düzeyi bakılmış olan 10 annenin 8 'inde vitamin B12 düzeyi 200 pg /mL'nin altında bulundu. Bu olguların 6' sında nörolojik bulgu vardı.

SONUÇ: Vitamin B12 eksikliği çocuklarda sık görülen bir durumdur. Özellikle süt çocukluğu döneminde annedeki eksikliğe bağlı olarak gelişen durumlarda kalıcı nörolojik sekellerin önlenebilmesi için erken tanı ve tedavi şarttır.

Anahtar Kelimeler: anemi,vitamin B12 eksiğliği, nörolojik bulgu

SS-04

Çocuk Kalp Cerrahisi Merkezinde Yenidoğanlarda Kalp Kateterizasyonu ve Anjiografi

Alper Güzeltaş, Gülhan Tunca Şahin, İbrahim Cansaran Tanıdır, Erkut Öztürk, Hasan Candaş Kafalı, Murat Şahin, Selman Gökalp, Akın Topkarcı, Yakup Ergül
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocukluk yaş dönemindeki hastalarda günümüzde giderek artan sayıda kalp kateterizasyonu ve anjiografi yapılmaktadır. Doğumsal kalp hastalığı olan yenidoğan olgularda hemodinamik farklılık ve klinik bulguların değişkenliği nedeniyle erken teşhis ve tedavi önemlidir. Bu çalışmada kalp cerrahisi ünitemizde kalp kateterizasyonu ve anjiografi yapılan yenidoğan olguların değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışma kalp cerrahisi merkezimizde Kasım 2011 ve Kasım 2016 tarihleri arasında kalp kateterizasyonu ve anjiografi yapılan yenidoğan olgularda retrospektif şekilde yapıldı. Olguların demografik özellikleri, ekokardiyografik bulguları, kalp kateterizasyonu ve anjiografi endikasyonları ve sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 218 yenidoğan (125'i erkek, 93'ü kız) olguya kalp kateterizasyonu ve anjiografi yapılmıştı ve bu sayı çocukluk döneminde yapılan tüm anjioların %9'unu oluşturmaktaydı. Olguların mediyan yaş 7 gün(range 1-30 gün) ve median kilo 3 kg(1.8-4.2 kg) idi. Olguların %86'sına (n=188) girişimsel ve %14'üne(n=30) tanısal amaçlı yapılmıştı. En sık girişimsel işlem olarak; 92 olguya patent duktus arteriosus stenti;35 'ine pulmoner balon valvuloplasti,22'sine aort balon valvuloplasti ve 21'ine balon atriyal septostomi yapılmıştı. Tanısal amaçlı yapılan anjioların 6'sında ekokardiyografi ve BT anjioya ilave bulgular saptandı. Median İşlem süresi 30 dakika(10-180 dakika), median skopi süresi 367 sn (range 9-3010 sn) idi. 172 olguda (%78) hiçbir komplikasyon gözlenmedi. 24 olguda ritm sorunu(%11),12 olguda femoral arterde vasospazm(%5.5),10 olguda solunum problemi (%4.5),7 olguda kanama(%3.2) ve 3 olguda perikardiyal efüzyon (%1.3) saptandı. Dört olgu işlem sonrası acil operasyona alındı.Üç olgu kaybedildi. (%1,3)

SONUÇ VE TARTIŞMA: Yenidoğanlarda kalp kateterizasyonu ve anjiografi işlemi gelişen teknolojik imkanlar sayesinde çoğunlukla girişimsel işlemler amacıyla kullanılmaktadır. Ekokardiyografi ve BT anjiografi gibi görüntülemenin yetersiz kaldığı olgularda cerrahi stratejiyi belirlemede yardımcı olabilmektedir. Bu yöntem deneyimli merkezlerde konjenital kalp hastalığı olan yenidoğanlarda güvenli ve etkin şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan,kalp kateterizasyonu ve anjiografi, kardiyoloji

SS-05

Akut Romatizmal Ateş Olgularının Geriye Dönük İncelenmesi

Duygu Tunçel[1], Nimet Cındık[2], Burak Deliloğlu[1], Şirin Güven[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Başkent Üniversitesi, Konya Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: Çalışmada ARA tanısı alan hastaların klinik ve laboratuvar bulgularını inceleyerek, Dünya Sağlık Örgütü 2004 ile Modifiye Jons 2015 kriterlerinin tanısal değerlerini kıyaslamayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Ocak 2015 ile Ağustos 2016 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde ARA tanısı alan 40 olgu geriye dönük olarak incelendi. WHO 2004 ve Modifiye Jons 2015 kriterleri tamamlanan 40 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik ve laboratuvar bulguları, tedavi seçimleri ve süreleri kaydedildi. Kardit tanısı prekordial üfürüm, kardiyomegali, kalp yetersizliği perikardiyal efüzyon veya frotman saptanması ile konuldu. Artrit: şişlik, ağrı, fonksiyon bozukluğu, ısı artışı, kızarıklık olarak tanımlandı; tek eklem tutulumları monoartrit, birkaç eklem tutulumu poliartit olarak kabul edildi. Artralji şişlik olmaksızın eklem tutulumları olarak tanımlandı. Syndenham koresi, yüz ve ekstremitelerin istemsiz hareketleri, kas güçsüzlüğü, konuşmanın ve dengenin bozulması olarak tanımlandı. Subkutan nodüller: 0,5-2 cm boyutlarında, ağrısız, hareketli, eklemlerin ekstansör yüzeylerinde sert nodüller olarak tanımlandı. Eritema marginatum: eritamatöz, kaşıntısız, ortası soluk, yuvarlak veya serpijioz kenarları olan deriden hafif kabarık kızarıklıklar olarak tanımlandı. Ekokardiyografide mitral ve aort yetersizlik bulguları incelenerek, valvüler rejurjitasiyon olan ve üfürüm duyulmayan hastalar subklinik kardit olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalarımızın bulguları incelendiğinde yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı literatürle uyumlu bulundu. Hastaların başvuru şikayetlerinden,iteratür ile uyumlu olarak hastalarımızda en sık görülen artrit ikinci sıklıkta kardit oldu.

SONUÇ: AHA/ACC 2015 ve WHO 2004 kriterleri kıyaslandığında AHA/ACC 2015 yüksek riskli popülasyon olarak kabul edilen ülkemizde, düşük popülasyon ve benzer şekilde WHO 2004 kriterleri göz önüne alındığında 40 hastadan 16 'nın kritlerinden dışında kalarak ARA tanısı almadığını bulduk. Bu durumda AHA/ACC 2015 ARA tanı kriterleri için ülkemizde ARA tanısı koymada daha duyarları olduğunu söyleyebiliriz.

Anahtar Kelimeler: kardit, artrit, Akut Romatizmal Ateş

SS-06

Yenidoğan Sepsisinin Tanısı ve Tedavi İzleminde Serum C-Reaktif Protein Düzeyi ile Serum Pentraxin-3 Düzeylerinin Etkinliklerinin Karşılaştırılması

Tuğrul Atay, Kamil Şahin, Murat Elevli, Ala Üstyol, Demet Oğuz Söylemez, Emel Ataoğlu, Hatice Nilgün Selçuk Duru
Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Yenidoğan sepsisi, hayatın ilk 28 gününde bakteriyemi tablosu ile birlikte olan ve patojen mikroorganizmanın kan ile farklı sistemlere yayıldığı multisistemik tutulumla giden bir hastalıktır. Yenidoğan sepsisinin klinik bulgularının bu hastalığa özgü olmayışı tanı koymada gecikmeye ve bu nedenle mortalitede ve morbidite de önemli artışa neden olmaktadır. Yenidoğan sepsisinin erken tanısında spesifitesi ve sensivitesi yüksek laboratuar testlerine ihtiyaç vardır. Bu nedenle yeni laboratuvar parametreleri araştırılmaktadır. Bu çalışmamız da, pentraxim-3 (PTX-3) ün yenidoğan sepsis tanısında, diğer standart testlerle karşılaştırıp, tanı ve tedavi izlemindeki rolünü bulmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamız kasım 2015 ve mart 2016 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım servisimizde sepsis tanısı ile takip edilen ve Tollner sepsis skorlamasından 5 ve üzeri puan alan 49 sepsisli yenidoğan bebek ile 35 sağlıklı yenidoğanda yapılmıştır. Sepsis tanısı alan her hastadan yatışında hemogram, CRP, kan kültürü ve PTX-3 için kan alındı. Sonuçlar istatistiksel yöntem ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza dahil edilen hasta ve kontrol grubu arasındadoğum kilosu vecinsiyet bakımından anlamlı fark saptanmadı. Kontrol grubumuzda bulunan sağlıklı yenidoğanlar ve sepsisli yenidoğanların CRP, lökosit ve PTX-3 düzeyleri arasında anlamlı fark saptandı ($p<0.05$). PTX- 3 düzeyleri ile serum CRP düzeyleri arasında anlamlı korelasyon olduğu izlendi ($r:0,44$ ve $p<0.05$). Lojistik regresyon analizinde eğri altında kalan alan istatistiki olarak anlamlı bulundu (Area:0,782).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yenidoğanlarda PTX-3 serum normal seviyesi hakkında literatürde çok sınırlı bilgi bulunmaktadır. Araştırdığımız kadarıyla sepsisde PTX-3 için önerilen cut-off değeri ile ilgili bir bilgiye ulaşamadık. Kendi hasta popülasyonumuzda PTX-3 için cut-off değerini 3,2 ng/ml olarak aldığımızda sepsis için sensivitesi %81, spesifitesi ise %69 olarak bulundu. 3,2 ng/ml değerinin sepsiste PTX-3'ün NTD ve PTD değerleri %78,4 ve %72,7 olarak saptadık. Biz PTX-3 için önerdiğimiz bu değerin ilerde yapılacak çalışmalarda kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Bu çalışmamızda elde edilen veriler PTX-3'ün yenidoğan sepsisinde ayırıcı tanıda kıymetli bir belirteç olabileceğini göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan,sepsis,pentraxin-3,c-reaktif protein

SS-07

Gebelikte Madde Kullanımının Yenidoğan Bebeklere Etkisi

Ali Bülbül, Lütfiye Şahin Keskin, Sinan Uslu, Umut Zübarioğlu, Ebru Türkoğlu Ünal, Evrim Kıray Baş, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, İlkay Özmeral
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Gebelik süresince madde kullanan anne bebeklerinin demografik özellikleri, klinik bulguları ve bebeklere uygulanan tedavi modellerinin incelenmesi amaçlandı.

METOD: Hastanemizde son on yıllık süre içerisinde doğan ve annesinin gebelik süresince madde kullanımı hikayesi olan bebekler çalışmaya alındı. Bebeklerin demografik özellikleri, annelerinin kullandığı maddeler, bebeklere uygulanan tedavi modelleri ve süreleri, bebeklerin saptanan diğer hastalar ve prognoz bilgileri kaydedildi. Bebek verileri tam olmayan bebekler çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Çalışma süresince gebeliğinde madde kullanımı kesin olan 11 bebek vardı. Bebeklerin doğum ağırlıkları ortanca 2680 gram (alt-üst sınır: 590-3390 gram), gebelik süresi ortanca 36 hafta (alt-üst sınır: 29-40 hafta) belirlendi. Bebeklerin cinsiyet dağılımı %64 kız ve doğum şekli %64 normal doğum idi. Gebelikte prenatal izlem hiçbir annede yoktu. Annelerin eroin (4 olgu), bonzai (2 olgu), kokain+eroin (2 olgu), ekstazi (1 olgu), kokain (1 olgu) ve esrar (1 olgu) kullandığı belirlendi. Bebeklerde ilk semptomun saptanma süresi ortanca 6. saat (alt-üst sınır: 1-26. saat), takiplerinde saptanan en yüksek Finnegan skoru ortanca 9 (alt-üst skor 6 ve 18) idi. Bebeklerin %45'i nonfarmakolojik tedavi ile kontrol altına alınırken,%55 bebeğe farmakolojik tedavi verildi. Farmakolojik tedavide 4 bebeğe fenobarbital, 1 bebeğe morfin ve 1 bebeğe morfin+fenobarbital verildiği belirlendi. İki hastada konvülziyon gelişti. Bebeklerin ortanca tedavi süresi 9 gün (alt-üst sınır 5-21 gün), prematüre olan bir bebek kaybedildi. İki bebek ise çocuk esirgeme kurumuna devredildi. Çalışmamızda sadece 2 bebekte toksikoloji incelemesi yapılabilmişti.

SONUÇ: Ülkemizde gebelikte madde kullanımının yenidoğan bebekler üzerine etkisi hakkında veri bulunmamaktadır. Bildirdiğimiz bu seri Türkiye'de bildirilen en fazla olgu içermesi özelliğini taşımaktadır. Ülkemizde gebelikte madde kullanımı ve yenidoğan bebeğin tedavi ile izlemini içeren yasal çerçeveler içerisinde bir izlem protokolünün geliştirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan,madde kullanımı, eroin

SS-08

Akut Bronşiyolit Tedavisinde Nazal Yüksek Akışlı Oksijen Tedavisi ile Maske ile Oksijen Tedavisinin Karşılaştırılması: Prospektif Randomize Kontrollü Çalışma

Ayşe Betül Ergül[1], Emrah Çalışkan[2], Hasan Samsa[1], İkbal Gökçek[1], Ali Kaya[1], Yasemin Altuner Torun[3]
[1]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Kayseri, Türkiye
[2]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye
[3]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Hematoloji Bölümü, Kayseri, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışma orta ve ağır bronşiyolit tanısı alan 24 ayın altındaki hastalarda difüzör maske ile oksijen tedavisi ile nazal yüksek akışlı oksijen tedavisinin (HFNC) karşılaştırıldığı prospektif, randomize kontrollü ve tek merkezli çalışma olarak tasarlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Yaşları 1-24 ay arasında olan, tanımlama kriterlerine göre orta ve ağır derecede akut bronşiyolit tanısı alan, oksijen ihtiyacı nedeniyle yoğun bakıma yatırılan 50 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar uygulanan oksijen tedavisi yöntemine göre maske grubu ve HFNC grubu olmak üzere iki gruba randomize edildi. Maske grubuna difüzör oksijen maskesi ile oksijen satürasyon değerini %94'ün üzerinde tutacak şekilde 8-10 lt/dk arasında oksijen tedavisi verildi. HFNC ile oksijen tedavisi grubunda olan hastalara, Vapotherm Precision Flow (Vapotherm, Inc., Stevensonville, MD) cihazı ile nazal yüksek akışlı oksijen tedavisi verildi. Gruplar arasında tedavi başarısızlığı, oksijen tedavi süresi, hastanede yatış süresi, klinik ve laboratuvar bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark olup olmadığı belirlendi. İstatistiksel analiz için IBM SPSS for Windows ver. 21.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında tedavi başlangıcında demografik veriler, klinik ve laboratuvar bulguları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark gözlenmedi, ($p>0.05$) (Tablo 1). HFNC grubunda maske grubuna göre tedavi başarısızlığı görülme oranı, yoğun bakımda yatış süresi ve toplam oksijen tedavi süresi istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p<0.05$) (Tablo 2). Tedavinin 1.saat, 6.saat, 12.saat, 24.saat ve 48.saatinde ölçülen solunum sayısı ve kalp tepe atımı HFNC grubunda istatistiksel anlamlı olarak daha düşüktü ($p< 0.05$) (Tablo 3) (Tablo 4). HFNC grubunda başlangıç değerine göre 1.saatte, 6.saatte, 12.saatte, 24.saatte ve 48.saatte solunum ve kalp tepe atımında görülen yüzde azalma daha fazlaydı ($p<0.05$) (Tablo 5)

SONUÇ: Orta ve ağır bronşiyolit tanısı alan hastalarda HFNC ile verilen oksijen tedavisi ile tedavi başarısızlığı azalmakta, yoğun bakım kalış ve oksijen tedavi süresi kısalmaktadır. Bu nedenle orta ve ağır bronşiyolit tedavisinde HFNC ile oksijen tedavisi ilk tercih olabilir.

Anahtar Kelimeler: bronşiyolit, nazal yüksek akışlı oksijen tedavisi, yoğun bakım, difüzör oksijen maskesi

SÖZEL BİLDİRİLER-2

E SALONU

8 Mart 2017
10:30 - 11:30

Oturum Başkanları:
Seda Geylani Güleç
Ömer Faruk Beşer
Sevgi Yavuz

SS-09

Akut Apandisit Tanısında Ultrasonografi, Alvarado Skoru ve Laboratuvar Değerlerinin Güvenilirliği

Seher Erdoğan[1], Ahmet Sami Yazar[1], Şirin Güven[1], Ceyhan Şahin[2], Cengiz Gül[2], Mehmet Arpacık[2]
[1]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmada ultrasonografinin, klinik skorlama sistemlerinden biri olan Alvarado skorunun, kanda beyaz küre sayısı, absolut nötrofil sayısı, ortalama trombosit hacmi ve C-reaktif proteininin akut apandisit tanısında etkinliğinin değerlendirilmesini amaçladık.

MATERYAL-METOD: Eylül 2015 ile Ocak 2016 tarihleri arasında, karın ağrısı yakınması ile çocuk acil servisine başvuran ve akut apandisit öntanısı ile opere edilen hastalar prospektif olarak değerlendirildi. Klinik skorlama, Alvarado skorlama sistemi kullanılarak hesaplandı. Hastaların tümüne görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi uygulandı. Tam kan sayımı ve C-reaktif protein için kan örnekleri alındı. Histopatolojik olarak akut apandisit tanısı alan hastalar Grup 1, histopatoloji sonucu akut apandisitle uyumlu olmayan hastalar ise Grup 2 olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 200 olgunun 137'si(%68.5) erkek, 63'ü(%31.5) kızdı. Olguların yaş ortalaması 136.01±45.12 ay (41-291 ay) idi. Hastaların tümü ameliyat edildi ve 170'inde(%85) akut apandisit saptandı, 30'unda(%15) patoloji sonucu akut apandisit ile uyumlu değildi. Apandisit tanısında ultrasonografi ve Alvarado skorunun spesifite ve sensitivitesi sırasıyla %81.18, %60 ve %56.67, %86.67 bulunmuştur. USG pozitifliği ile birlikte klinik skorun 8 ve üzerinde olması durumunda ise spesifite %51.18, sensitivite %90 olarak bulunmuştur. Grup 1 ve Grup 2'de yeralan hastalar, yaş ortalamaları ve cinsiyet açısından karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı(p>0.05). Benzer şekilde iki grup arasında WBC, ANS, PLT, MPV ve CRP ortalamaları açısından da farklılık saptanmadı(p>0.05). Ancak Grup 1'de yeralan hastaların Alvarado skoru, Grup 2'de yeralanlara göre anlamlı olarak daha yüksekti(p:0.001).

SONUÇ: Sağ alt kadran ağrısı ve apandisit şüphesi ile acil servise başvuran her hastaya USG yapılmasını, Alvarado skoru 7 ve üzerinde olup USG ile apandisit tanısı desteklenen hastaların opere edilmesini, Alvarado skoru 7'den düşük ve USG ile apandisit tanısı desteklenmeyen hastaların klinik olarak yakından izlenmesini önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Apandisit, Alvarado skoru, Ultrasonografi, Ortalama trombosit hacmi

SS-10

Erken Başlangıçlı Çocukluk Çağı Obezitesi: Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

İsmail Hakkı Akbeyaz, Saygın Abalı, Yasemin Akın, Esra Çetinkaya Polatoğlu, İrem Ünal, Merve Yılmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Beş yaş altı çocuklarda obezite, her yaş grubunda olduğu gibi beslenme şeklinin hızla değişmesi ve hareketsiz yaşamla ilişkilendirilmektedir. Çalışmamızda beş yaş altı çocuklarda obezite ile ilgili risk faktörlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Yaşları 12 ay- 5 yaş arasında değişen 103 obez (55 kız) ve kontrol grubu olarak 52 obez olmayan (24 kız) çocuk çalışmaya alındı. Aile özellikleri, prenatal, natal ve postnatal özellikler, beslenme ve yaşam koşulları ile ilgili hazırlanan bir anket formu ile değerlendirildi. Çocukların ve ebeveynlerin boy ve ağırlık ölçümleri yapıldı. Obezite, vücut kitle indeksinin (VKİ) Dünya Sağlık Örgütü standartlarına göre 2 standart deviasyonun (SD) üzerinde olması olarak tanımlandı.

BULGULAR: Çalışma ve kontrol gruplarının yaş ortalaması (sırasıyla 3.4±1.3 ve 3.3±1.3 yıl; p:0.614) ve cinsiyet oranları benzerdi. VKİ SD skoru ise anlamlı olarak çalışma grubunda yüksekti (sırasıyla 3.9±1.4 ve -0.1±1.2, p<0.001). Ortalama anne VKİ çalışma grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (28.6±4.4 ve 26.9±4.0 kg/m2). Ebeveyn eğitim süresi benzer bulunurken, evdeki kişi başına düşen gelir düzeyi anlamlı olarak yüksek bulundu. Çalışan anne oranı obez grupta anlamlı olarak yüksekti (sırasıyla, %25.7 ve 7.7, p:0.008). Çocukların kreşe devam ediyor olma oranı obez çocuklarda %28.7 ve kontrol grubunda %13.5 saptandı (p:0.035). Prenatal faktörlerden gestasyonel diyabet (%21.4 ve %7.7) ve gebelikte sigara kullanımı (%24.3 ve 7.7) obezlerde anlamlı olarak yüksek bulundu. Sezaryen doğum, sadece anne sütü alma, doğumdan itibaren mama kullanımı her iki grupta benzer idi. Beslenme faktörleri değerlendirildiğinde şekerli içecek, çikolata, fast-food, yüksek karbonhidratlı besin tüketimi her iki grupta benzer bulundu. Sadece anne sütü alma süresi, toplam anne sütü alma süresi, ekran başında geçirilen süre ile VKİ-SD arasında anlamlı bir korelasyon saptanmazken; anne VKİ ve anne eğitim yılı ile VKİ-SD arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu.

TARTIŞMA: Çalışmamızda annede artmış vücut ağırlığı ve eğitim düzeyi, gebelikte sigara ve diyabet ile kreşe gitme, çalışan anne çocuğu olma erken çocukluk çağı obezitesi için risk faktörleri olarak saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Erken Çocukluk Çağı, Beslenme

SS-11

İnflamatuar Barsak Hastalığı Olan Çocuklarda Aterosklerozun Değerlendirilmesinde Aortik Stiffness'ın Yeri

Tuğçe Kurtaraner[1], Nafiye Urgancı[2], Taliha Öner[3], Ayşe Merve Usta[2]
[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul
[3]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

AMAÇ: Erişkinlerde inflamatuar barsak hastalıklarının kronik inflamasyona bağlı olarak aterosklerotik değişiklikleri hızlandırdığı ile ilgili pek çok çalışma yapılmıştır. Ancak çocukluk çağı İBH 'da kronik inflamasyonun aortik elastikiyet parametreleri üzerine etkisi ile ilgili veri kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı, İBH tanılı çocuk olgularda aortun elastikiyet parametreleri ölçümlerinin sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmasının erken ateroskleroz üzerindeki etkisini araştırmaktır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya 2002-2015 yılları arasında hastanemiz Çocuk Gastroenteroloji Polikliğinde en az 3 yıldan beri takibimiz altında olan 50 İBH'lı olgu ile 42 sağlıklı olgu kontrol grubu olarak alındı. Olguların hiç birinde ateroskleroz risk faktörü yok idi. Tüm olguların serum kolesterol, lipit, açlık kan glukozu düzeyi, CRP, sedimentasyon ve hemogram incelemeleri yapıldı. Transtorasik Ekokardiyografi ile aortik çaplardan aortik stiffness indeksi, aortik strain ve aortik distensibilite parametreleri hesaplandı.

BULGULAR: İnflamatuar barsak hastalıklı olgular ile kontrol grubunun arasında yaş, cinsiyet, kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel fark saptanmadı (p>0.05). İnflamatuar barsak hastalığı olan olguların vücut kitle indeksi sağlıklı kontrollere göre anlamlı düşük bulundu. Ekokardiyografik olarak hesaplanan aortik elastikiyet parametrelerinden aortik stiffness, İBH'lı olgularda anlamlı yüksek saptanırken(p=0,007), aortik strain ve distensibilite anlamlı düşük saptandı (sırasıyla p=0,001 ve p=0,011). Akut faz reaktanlarından CRP değeri İBH 'lı olgularda kontrol grubuna göre anlamlı farklı (p<0,001) bulundu. Biyokimyasal parametreler açısından farklık tespit edilmedi (p>0,05).

SONUÇ: Aortik stiffness artışı, aterosklerozun erken evresinde oluşur ve kötü prognoz ile ilişkilidir. Aterosklerozun klinik belirtileri erişkinlik döneminde görülmesine rağmen, temellerinin çocukluk yaş döneminde atıldığı ileri sürülmektedir. Bu da çocukluk çağında kronik inflamasyonun ilerki yaşlarda kardiyovasküler hastalıklardan biri olan aterosklerozun oluşumundan sorumlu önemli bir risk faktörü olabileceğini düşündürmektedir. Kronik inflamatuar hastalıklardan biri olan İBH'lı olgularda, aterosklerozun erken belirlenmesinde aortun elastikiyet parametrelerindeki bozulma oldukça önemli bir belirteç olabilir. Biz de İBH lı olgularımızda aortik stiffnessta artış, aortik distensibilite ve strain değerlerinde azalma bulmamızı çocukluk yaş grubunda da erişkinlerde olduğu gibi erken aterosklerozun saptanmasında oldukça önemli olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: inflamatuar barsak hastalığı, ateroskleroz, aortik stiffness

SS-12

Yüksek Lipid İçeren Diyetle Beslenen Sıçanlarda Probiyotiklerin Etkisi

Süleyman Bayraktar[1], Bilge Tanyeri Bayraktar[2], Ülkan Kılıç[3], Özlem Gök[3], Öznur İnan[4]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Deney Hayvanları Araştırma Merkezi, İstanbul

GİRİŞ - AMAÇ: Son zamanlarda probiyotiklerin obeziteye karşı koruyucu etkilerini bildiren çalışmalar mevcuttur. Saccharomyces boulardii ve Lactobacillus reuteri, günlük klinik uygulamalarda en yaygın kullanılan probiyotiklerdendir. Çalışmamızda, yüksek lipit içeriklidiyetlebeslenensıçanlarabuprobiyotiklerverilerekantiobezite ve lipit düşürücü etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

METOD: 3 haftalık 32 adet erkek sıçan rastgele 8'erli gruplara ayrılarak yüksek lipit içerikli diyet ile 11 hafta süreyle beslenmiştir. Gruplardan birine bu diyete ek olarak hergün 100mg/kg liyofilize Saccharomyces boulardii, ikinci gruba aynı diyete ek olarak hergün 100 milyon Lactobacillus reuteri gavaj yoluyla verilmiştir. Üçüncü grup sadece yüksek lipit içerikli diyetle beslenmiştir. Son grup ise normal diyetle beslenmiştir. Sıçanların haftalık olarak ağırlıkları, bel çevreleri ölçülmüştür. Çalışmanın sonunda yüksek doz anestezi ile ötenazi uygulanarak elde edilen kan örneğinden total kolesterol, trigliserit, HDL, LDL, grelin, ALT, AST, insülin like growth faktör (IGF), insülin değerlerine bakılmıştır. Bu çalışma için Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulundan izin alınmış ve çalışmamız Bezmialem Vakıf Üniversitesi BAP Birimi tarafından desteklenmiştir.

SONUÇLAR: Tedavinin sonunda grupların kilo ve bel çevresi artış ortalamalarında istatistik olarak fark saptandı. Kilo ve bel çevresi artışı yüksek lipid + Lactobacillus reuteri grubunda diğer gruplara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p<0.001). Tedavi sonunda grupların IGF ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p<0.001). IGF, insülin, kolesterol, AST, LDL ortalaması yüksek lipid + Lactobacillus reuteri grubunda yüksek lipid + Saccharomyces boulardii grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (p=0.004, p=0.021, p=0.021, p=0.039, p=0.021).

TARTIŞMA: Bu çalışmada probiyotiklerden Lactobacillus reuteri'nin yüksek lipidli diyete karşı kilo, bel çevresi artışını azaltttığı ve IGF ve insülin düzeyi gibi metabolik parametreler üzerine de olumlu etkiler gösterdiğini saptadık.

Anahtar Kelimeler: probiyotik, obezite, yüksek lipidli diyet

SS-13

32.-≤35. Hafta Arasında Doğan Prematüre Bebeklerin Retinopati Taraması: ÖN RAPOR (2 Yıllık Sonuçlarımız)

Semra Tiryaki Demir[1], Hasan Sinan Uslu[2], Dilek Güven[1], Murat Karapapak[1], Lütfiye Şahin[3], Ali Bülbül[2], Mesut Demir[4]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[4]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: 32-≤35 gebelik haftaları (GH) arasında doğan preterm bebeklerin prematüre retinopatisi (PR) açısından taranmasının gerekli olup olmadığının değerlendirilmesi, PR saptanan olgularda eşlik eden risk faktörlerinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmanın ön raporunun açıklanması amaçlanmaktadır.

YÖNTEM: Aralık 2014 'ten itibaren hastanemizin Yenidoğan Kliniği'nde tedavi gören ve dış merkezden PR muayenesi için yönlendirilen 32-≤35 GH arasında doğan bebekler ele alındı. Çalışmaya dahil edilen olgular; Grup 1:32-<33 GH, Grup 2:33-<34 GH, Grup 3:34-≤35 GH olmak üzere 3 alt gruba ayrıldı. Olguların tümüne postnatal 4. hafta indirekt oftalmoskop ile tek bir göz hekimi tarafından fundus muayenesi yapıldı. Uluslararası PR Komitesi'nin belirlediği kriterlere göre olguların zon ve evreleri kaydedildi. PR saptanan olgularda risk faktörleri değerlendirildi.

BULGULAR: Grup 1 (n=90), Grup 2 (n=83), Grup 3 (n=177) olmak üzere 350 bebek ön çalışma raporunda değerlendirilmeye alındı. Toplam 42 hastanın (%12) gözünde PR saptanırken bu olgulardan 3'sinde (%0,85) tedaviye (intravitreal anti-VEGF ve/ veya lazer fotokoagülasyon) gereksinim duyuldu. Zon 2 evre 3 plus hastalık nedeniyle; Grup 1 ve Grup 3' deki 1'er olguya ve agresif posterior ROP nedeni ile de Grup 1'deki 1 olguya tedavi uygulandı. Grup 1'den 16, grup 2' den 8, grup 3' den 11 olguda zon 3 evre 1 ROP, Grup 1'den 1, grup 2' den 3 olguda zon 3 evre 2 ROP saptandı. Grup 1'de PR daha sık görülürken respiratuar distres sendromu, indirekt hiperbilirubinemi, hipotiroidi, sepsis gibi ilave sistemik hastalıklar ile fototerapi öyküsü, oksijen tedavisi ve çoğul gebelik gibi faktörlerin PR görülme sıklığını arttırdığı belirlendi.

TARTIŞMA: Prematüre doğumun en önemli morbiditelerinden olan prematüre retinopatisine yönelik uluslararası tarama önerileri ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde belirlenmiş risk faktörleri dahilinde mutlaka ele alınmalıdır. 32--≤35 GH'lık prematüre bebeklerde respiratuar distres sendromu, oksijen tedavisi, çoğul gebelik, indirekt hiperbilirubinemi, fototerapi öyküsü, hipotiroidi, sepsis varlığında PR taraması yapılması uygun görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: 32-≤35 gebelik haftası,prematüre retinopatisi, Retinopati Taraması

SS-14

Erken Term Bebeklerin Erken Neonatal Dönem Sonuçları: Neden 39. Gebelik Haftasını Beklemeliyiz?

Semra Bahar, Sinan Uslu, Adil Umut Zübarioğlu, Ali Bülbül, Dilşat Gündoğdu, Güler Yıldırım, Evrim Kıray Baş, Ebru Türkoğlu Ünal, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı, Duygu Besnili Acar
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneği (ACOG) 37 0/7 ile 38 6/7 gebelik haftasında doğan bebeklerin 39 gebelik haftasından sonra doğan 'full term' bebeklere göre daha yüksek morbidite ve mortaliteye sahip olmalarından dolayı 'erken term' bebekler olarak gruplandırmasını önermiştir. Özellikle elektif sezaryen ile doğumların artmasından dolayı erken term bebek popülasyonunda ve yatış oranlarında artış olması potansiyel halk sağlığı sorunu haline gelmiştir. Çalışmamızın amacı hastanemizde doğan erken ve full term bebekleri erken dönem mortalite ve morbiditelerine göre karşılaştırmak ve term olmalarına rağmen yüksek riskli olan bu bebeklere dikkat çekmektir.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamız tek merkezli retrospektif bir çalışma olarak 2016 yılı tamamında yapılmıştır. Erken term bebekler (çalışma grubu) ile full term bebekler (kontrol grubu) anne bebek çiftinin hastanede yatışları boyunca izlenerek hastanede yatış ve erken dönem morbiditeler açısından karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışmaya 3391 zamanında doğmuş bebek alındı ve bu bebeklerin %30,1'i (1021) erken term olarak doğdu. Çalışma grubundan 101 olgu (%1) kontrol grubundan 86 olgu (%0,3) yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastaneye yatışın en sık nedenleri her iki grupta da sırasıyla solunum problemleri, beslenme sorunları ve komplikasyonları, fototerapi gerektiren sarılık idi. Ancak solunum problemleri çalışma grubunda kontrol grubuna göre 3 kat (%5,9'a %1,9), beslenme problemleri 6 kat ve fototerapi gerektiren sarılık 5 kat daha fazla saptandı. Erken term grupta solunum problemleri nedeniyle yatan 61 olgunun 25'inde mekanik ventilasyon ihtiyacı oluşurken (%40,4) kontrol grubunda bu oran 45 olgunun 6'sı idi (%13,3).

SONUÇLAR: Kronolojik olarak zamanında doğmuş olsalar bile 39 gebelik haftasını tamamlamamış bebekler tamamlamış olanlara göre halen yüksek mortalite ve morbidite riskine sahiptir. Anne karnındaki bebek endikasyon olmadığı sürece 39 gebelik haftasını tamamlayana kadar doğurtulmayarak erken neonatal dönemde karşılaşacağı sorunlar minimale indirilmelidir. Pediatri pratiğinde de erken term bebeklerin riskli bebekler olduğu unutulmadan yakın takip edilmesi gerektiği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: erken term, neonatal, morbidite, mortalite

SS-15

Total Parenteral Nutrisyon Uygulanan Prematüre Bebeklerde Balık Yağı İçeren Lipit Preparatı İle Soya Yağı İçeren Lipit Preparatının Neonatal Kolestaz Gelişimi Üzerine Etkilerinin Karşılaştırılması

Özge Sağlam, Merih Çetinkaya, Elif Yartaşı Tik, Seda Yılmaz Semerci, Aslan Babayiğit, Burcu Cebeci, Gökhan Büyükkale
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Parenteral beslenme ilişkili karaciğer hastalığı ve neonatal kolestaz prematüre bebeklerde görülen önemli bir morbiditedir. Bu çalışmada total parenteral nutrisyon (TPN) uygulanan çok düşük doğum ağırlıklı (ÇDDA) bebeklerde soya yağı bazlı lipid emülsiyonu ile balık yağı bazlı lipid emülsiyonu uygulamasının neonatal kolestaz gelişiminin önlenmesindeki etkinliklerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya ≥ 2 hafta TPN uygulanan ÇDDA bebekler dahil edildi. Hastalara %100 soya yağı içeren soya yağı bazlı lipid emülsiyonu (%20 Intralipid) ya da %50 soya yağı (%20 Intralipid)- %50 balık yağı (Omegaven) kombinasyonu içeren balık yağı bazlı lipid emülsiyonu verildi. Hastaların demografik verileri, neonatal morbiditeler, TPN süresi, kolestaz sıklığı ve kolestaz ilişkili karaciğer fonksiyon testleri kaydedildi.

BULGULAR: Soya yağı grubunda 88 ve soya-balık yağı kombinasyonu içeren grupta 82 bebek mevcuttu. Demografik özellikle benzer olsa da, soya yağı grubunda bronkopulmoner displazi (BPD), nekrotizan enterokolit (NEK) ve prematüre retinopatisi (ROP) olan hasta sayısı anlamlı şekilde daha fazla idi. Benzer şekilde soya yağı grubunda ağır BPD, ileri evre NEK ve cerrahi gerektiren ROP anlamlı olarak daha yüksekti. Soya yağı grubunun ortalama oksijen alma ve yatış süresi anlamlı derecede daha fazla idi. Balık yağı grubunda neonatal kolestaz sıklığı anlamlı şekilde daha düşüktü. Balık yağı grubunda uzun süreli TPN ilişkili kolestaz görülmedi. Lojistik regresyon analizinde soya yağı lipid kullanımının ve TPN süresinin neonatal kolestaz üzerinde anlamlı etkisi saptandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Balık yağı bazlı TPN solüsyonu soya yağı bazlı solüsyona göre neonatal kolestaz ile ileri evre BPD, NEK ve ROP gelişimini anlamlı derecede azaltmıştır. Prematüre bebeklerde balık yağı bazlı lipid emülsiyonları hem neonatal kolestaz hem de diğer morbiditelerin önlenmesi amacı ile etkin ve güvenilir biçimde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Prematürite, intravenöz lipid emülsiyonları, parenteral beslenme, balık yağı, soya yağı, parenteral beslenme ilişkili kolestaz

SS-16

Ebeveyn Kaygısı Mı Yoksa Gerçekten Büyüme Gelişme Geriliği Mi?

İbrahim Hakan Bucak, Habip Almis, Samet Benli, Mehmet Öztekin, Mehmet Turgut
Adıyaman Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

GİRİŞ VE AMAÇ: Sağlıklı bir çocuk ebeveynlerin kişisel başarısı ya da hasta çocuk kişisel başarısızlığı olarak değerlendirilebilmektedir. Bu nedenle ebeveynler kendi çocuklarının gelişimlerini subjektif olarak değerlendirebilmektedir. Bu çalışmada çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine çocuğunda büyüme gelişme geriliği olduğunu düşünen ve bu şikayet ile başvuran hastaların büyümelerinin değerlendirmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine 01.12.2016-30.12.2016 tarihleri arasında, büyüme gelişme geriliği şikayeti ile başvuran 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen hastaların antropometrik (ağırlık, boy ve başçevresi) ölçümleri yapıldı ve Neyzi ve ark.'nın hazırladığı Türk çocuklarına ait referans değerler değerlendirmede kullanıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza yaşları ortalaması 47.62 ± 43.1 (3-192) ay olan 49'u (%49) erkek, 51'i (%51) kız toplam 100 hasta dahil edildi. Yaşları gruplandırıldığında 53'ü (%53) ≤36 ay, 15'i (%15) 37-60 ay ve geriye kalan 32'i (%32) hasta ≥60 ay idi. Hastaların ağırlık ortalaması 14.51 ± 7.9 (4.5-46.9) kg ve boy ortalaması 95.61 ± 23.14 (57-164) cm idi. Hastaların 36 aylıktan küçük olanların baş çevresi ortalaması 43.97 ± 2.6 (37-49) cm olarak ölçüldü. Hastaların ağırlık, boy ve baş çevresi persantilleri değerlendirildiğinde; 8 (%8) hastanın sadece ağırlığı, 10 (%10) hastanın ağırlığı ve boyu, 4 (%4) hastanın ise ağırlık, boy ve baş çevresi ölçülerinin 3p'den küçük olduğu tespit edildi

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yapılan bir çok çalışmada herhangi bir hastalığı olan bir çocuğa sahip ailelerde kaygı düzeylerinin yüksek olduğu tanımlanmıştır. Ebeveynlerin kaygı düzeyleri oldukça yüksek iken çocuklarında büyüme gelişme geriliği olduğunu düşünmeleri ve bu şikayetle polikliniklere başvurmaları beklenen bir durumdur. Ancak literatür incelendiğinde gelişme geriliği şikayeti ile başvuran hastaların ne kadarında gerçekten gelişme geriliği olduğunu gösteren bir çalışma bulunmamaktadır. Hastaların %78'inin tamamen normal olması dikkat çekicidir. Sonuç olarak bu hastaların bağlı bulundukları aile hekimlerinde büyüme-gelişme değerlendirilmesi yapıldıktan sonra normal olanların bilgilendirilmesi, anormal olanların ise ileri tetkik için yönlendirilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çocuk, kaygı, ebeveyn

SÖZEL BİLDİRİLER-3

E SALONU

8 Mart 2017
11:30 - 12:30

Oturum Başkanları:
Cengiz Candan
Ayşenur Kaya
Rabia Gönül Sezer

SS-17

Akut Apandisitli Çocuklarda Pediatrik Apandisit Skoru ve Alvarado Skorunun Karşılaştırılması

Yelda Türkmenoğlu[1], Alper Kaçar[1], Atilla Alp Gözübüyük[1], Sevilay Kök[1], Ensar Duras[1], Evrim Göksoy Topal[1], Cem Arat[1], Aliye Kandırıcı[2], Ozan Özkaya[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut apandisit çocuklarda sıklıkla görülen ve tanıda gecikilmesi halinde mortaliteteye neden olabilen bir akut batın nedenidir, kesin tanı koymayı sağlayacak belirli bir laboratuvar yöntemi bulunmamaktadır. Doğru tanı koyma amacıyla ilk olarak çocuk ve erişkinlerde uygulanan Alvarado ve daha sonra çocuklar için Pediatrik apandisit skorları (PAS) geliştirilmiştir. Burada amacımız çocuk acile başvuran ve akut apandisit düşünülen hastalarda PAS ve Alvarado skorlarını karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Istanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne kasım 2014 ile kasım 2015 arasında karın ağrısı nedeniyle başvuran ve klinisyen tarafından akut apandisitten şüphelenilen 1-16 yaş arasındaki olgular acil gözlem kayıtlarından retrospektif olarak değerlendirildi. Olguların yaş, cinsiyet, şikayet, başvuru sırasındaki muayene bulguları ve laboratuvar sonuçlarına göre PAS ve Alvarado skorları saptandı ve istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan ve kayıt bilgileri yeterli olan 104 olgunun 63'ü (% 60,0) i erkek idi, yaş ortalaması opere olmayanlarda 9,25 (1-15,5),opere olan 48 (%46,1) olguda ise 11,0 (2-15,5) idi. Opere olanlarda en sık görülen bulgu sağ iliak fossada hassasiyet 47 (%97,9) iken opere olmayanların 44'ünde (%78,6) görüldü. Öksürük ve perküsyon testi opere olanların 36'sında (%75), olmayanların 19'unda (%33,9) pozitif idi. Rebound opere olanların 36'ında (%75), olmayanların 14' ünde (%25) görüldü..Opere olmayan 56 (%53,9) olguda PAS median 6 (2-8) iken opere olanlarda median 8(5-10) idi. Alvarado skoru opere olamayanlarda median 6 (3-8) iken, opere olanlarda median 8(5-10) idi, her iki skorda da cut-off değerleri = >7 idi. PAS ve Alvarado skorunda sırasıyla sensivite 66,7 ve 77,1; spesifite 92,9 ve 85,7; pozitif prediktif değer (PPV) 88,9 ve 82,2; negatif prediktif değer (NPV) 76,5 ve 81,4 bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Alvarado skoru ve PAS skorunun her ikisi de çocuk acilde akut apandisitten kuşkulanılan hastalarda yararlı tanısal bilgi sağlasa da hiçbiri tek başlarına akut apandisit tanısında yeterli değildir, skorları 5 ve üzerinde olan hastalar cerrahi açıdan riskli olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut apandisit, Alvarado skoru, Pediatrik apandisit skoru

SS-18

Dislipidemik Obez Çocuklarda İnsülin Direnci İle İlişkili Vitamin D Eksikliği

Meltem Erol, Özlem Bostan Gayret, Şahin Hamilçıkan, Emrah Can, Özgül Yiğit
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Dislipidemi, obezitenin en önemli komplikasyonlarından biridir. Biz bu çalışmada dislipidemik obez çocuklarda insülin direnciyle vitamin D'nin ilişkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya 3-12 yaş arasındaki toplam 108 obez çocuk alındı. Total kolestrol (TC), trigliserid (TG), düşük yoğunluklu lipoprotein kolesterol (LDL-C), yüksek dansiteli lipoprotein kolesterol (HDL-C), açlık glikozu, insülin, alanin aminotransferaz (ALT), 25-hidroksivitamin D (OH) D) düzeyleri ölçüldü ve karaciğer ultrasonografisi yapıldı. İnsülin direncini hesaplamak için homeostatik model değerlendirmesi (HOMA-IR) kullanıldı.

BULGULAR: 108 obez çocuktan (% 36,11) 39'unda dislipidemi vardı. Açlık glikozu (88.74 ± 7.58 ve 95.31 ± 6.82; p = 0.0001), insülin seviyesi (14.71 ± 12.44 ve 24.39 ± 15.02; p = 0.0001) ve ALT düzeyi (23.45 ± 11.18 ve 30.4 ± 18.95; p = 0.018), dislipidemi olan çocuklarda anlamlı derecede yüksekti. Dislipidemi olan obez çocuklarda ortalama hepatosteatoz hızı ve HOMA-IR düzeyi daha yüksekti. Dislipidemi olan obez çocukların% 69.3'ünde D vitamini seviyeleri <20 ng/ml idi. Vitamin D eksikliği dislipidemik obez çocuklarda daha belirgindi (p = 0.033). Dislipidemi olan obez çocuklarda HDL-C düzeyi düşük, TC ve TG düzeyi anlamlı olarak yüksekti (p = 0.0001). Multivaryant regresyon analizi sonucu, HOMA-IR düzeyindeki (p = 0.015) ve düşük vitamin D düzeyindeki (p=0.04) artışın dislipidemi için risk olduğunu doğrulamıştır. Multipl regresyon analizi sonucuna göre, yüksek HOMA-IR (p = 0.015) ve düşük vitamin D düzeyinin (p=0.04) dislipidemi için risk faktörü olduğu gösterildi.

SONUÇ: Vitamin D eksikliği dislipidemik obez çocuklarda daha sık bulundu ve yüksek HOMA-IR ve düşük vitamin D seviyeleri obez çocuklarda dislipidemi için önemli bir risk faktörü olarak görüldü.

Anahtar Kelimeler: obezite, dislipidemi, insülin rezistansı, vitamin D eksikliği

SS-19

Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı

Reyhan Kaya Gümüştekin[1], Nafiye Urgancı[2], Ayşe Merve Usta[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Malnütrisyon çocukluk çağında morbidite ve mortalitenin önemli bir sebebidir. Malnütrisyon sıklığı hastanede yatan hastalarda, hastanede yatış süresinin uzaması ile ilişkili olarak artmaktadır. Bu çalışmada malnütrisyon sıklığının saptanması, hastanede yatışın nütrisyonel duruma etkileri ve hastalıklara göre malnütrisyonun dağılımının incelenmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmaya Ağustos 2014 ve Mayıs 2015 arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisine yatırılan 1 ay-18 yaş arası 400 çocuk alındı. Acil servis, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakımda yatan hastalar ve doğum ağırlığı 2500 gr altında olan hastalar, prematür doğum öyküsü olan hastalar ve yabancı uyruklu hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

BULGULAR: Olguların 231'i (%57,8) erkek olup, yaş ortalaması 59.2±61.9 ay idi. Ortalama hastanede kalış süresi 8.3±10.5 gün idi. Hastaların %46,3'ü enfeksiyon, %19'u gastrointestinal sistem, %9 koroziv madde alımı, ilaç intoksikasyonu ve mantar zehirlenmesi, %6,5'u nörolojik hastalıklar, % 4,1'i malignite, %3,8 genitoüriner sistem, %3.3'ü malignite dışı hematolojik hastalık, %2,8'i kollajen doku, %2,5'u kronik solunum sistem hastalıkları, %3,1'i diğer sistem hastalıkları nedeniyle yatırıldı. Olguların %30,8'inde yatış sırasında akut malnütrisyon saptandı. Akut malnütrisyonun en fazla olduğu yaş grupları 6-10 yaş (%34) ve 10-18 yaş (%37,2) idi. Kronik malnütrisyon ise en fazla 0-2 yaş grubunda (%39,2) izlendi. Malignensi, nörolojik hastalıklar, enfeksiyon, gastrointestinal sistem hastalıklarında malnütrisyon oranları sırasıyla %56,2, %38,4, %30, %28,9 bulundu. Hastaneden çıkış sırasında ise yatan tüm çocukların % 31,5'i akut malnütrisyonlu olup, 2-6 yaş ve 10-18 yaş grubunda malnütrisyon sıklığının arttığı gözlendi.Yatış ve çıkış arasında 1 ay-2 yaş grubunda ve 6-10 yaş grubunda malnütrisyon sıklığı azalmıştı

SONUÇ: Çocuklarda hastaneye yatış, genel olarak çocuğun beslenme durumunu kötü yönde etkilemekle birlikte malnütrisyon sıklığını artırmaktadır. Bu nedenle hastaneye yatırılan olguların, kalori hesaplamaları yaşına, hastalığına ve gereksinimine göre günlük olarak değerlendirilmeli ve mümkünse uzun süreli aç kalmalarının önlenmesine özen gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, malnütrisyon, hastane malnütrisyonu, nutrisyonel durum, Türkiye

SS-20

Talasemili Çocuk ve Ergenlerde Yaşam Kalitesi ve Etkileyen Faktörler

Emine Türkkan, Bengü Arslan, Sibel Tuğçe Ekşi, Ensar Duras
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Talasemi sürekli ve rahatsız edici bir tedavi süreci içeren kronik bir hastalıktır. Kronik hastalığı olan bireylerin yaşam kalitelerinin (YK) azaldığı bilinmektedir. YK kavramı, bireyin kendi yaşamını değerlendirişine özel algı, duygu ve biliş süreçlerinin bir bütünü olarak tanımlanır ve bireysel iyilik durumunun bir anlatımıdır. KINDL ölçeği çocuk ve ergenler için özel olarak geliştirilmiş, Türk çocuklarında geçerliliği kanıtlanmış genel amaçlı bir YK ölçeğidir. Bu çalışmadaki amacımız; beta talasemi majorlu hastalarda YK'nin hangi boyutlarının etkilendiğini ortaya koymak, hemoglobin ve ferritin düzeyleri ile YK arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya 8-19 (13.8 ± 3.8) yaş arası 29 talasemi majör'lu hasta ve aynı yaş grubunda (13.2 ± 3.2) 45 sağlıklı çocuk ve ergen alındı. Her iki gruba KINDL ölçeği uygulandı. Sosyo-demografik özellikler, ferritin ve pretransfüzyon hemoglobin değerleri kayıt edildi. Analizlerde SPSS 22.0 programı kullanıldı.

BULGULAR: Talasemi ve kontrol grubunda demografik özellikler farklılık göstermedi. Talasemi grubunda, toplam YK, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı, aile, arkadaş boyutu puanları kontrol gurubundan anlamlı olarak daha düşük bulundu (sırasıyla p=0.001, p <0.0001, p= 0.044, p <0.001, p= 0.011, p= 0.0001), Ferritin değeri ile toplam YK, bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı ve aile puanı arasında anlamlı negatif korelasyon saptandı (sırasıyla p= 0.004, p= 0.003, p= 0.005, p= 0.004).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu araştırmada, talasemili çocuk ve ergenlerde sağlıklı yaşıtlarına göre YK' nin azaldığı ve bu durumun serum ferritin düzeyleri ile ilişkili olduğu gözlenmiştir. Talasemi tedavisinde, günümüzde gelinen nokta hastanın yaşam süresini olumlu biçimde arttırsa da, ülkemizde ilk kez KINDL ölçeği ile yapılan bu çalışma, talasemi hastalarının bedensel iyilik, duygusal iyilik, öz saygı ve aile boyutlarında sorun yaşadığını göstermektedir. Hastanın kendi sağlık durumunu algılamasını yansıtan YK değerlendirme sonuçlarının, sağlık hizmetinin başarısını da yansıtan bir ölçek olduğu düşünüldüğünde, ülkemizde tibbi tedavinin yanı sıra bu çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerini destekleyecek programlara da gereksinim olduğu sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Talasemi, KINDL, Yaşam Kalitesi

SS-21

Antenatal Hidronefroz Tanısı Olan İnfantların Doğum Sonrası İzlem Sonuçları

Gamze Özgürhan, Zekiye Küpçü, Duygu Hacıhamdioğlu, Bülent Hacıhamdioğlu
Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları EAH, İstanbul

GİRİŞ: Antenatal dönemde saptanan üriner anomalilerin en sık görüleni hidronefrozdur (%0,5-5,4) ve transvers planda böbreğin ön-arka çapartışı olarak tanımlanır. Çalışmamızda antenatal hidronefrozlu olguların postnatal dönemde 1 yıllık izlem sonuçlarını sunuyoruz.

MATERYAL-METOD: Hastanemiz çocuk nefroloji polikliniğine başvuran antenatal hidronefroz tanısı almış 0-24 aylık infantlar bir yıl süre ile Çocuk Nefroloji Derneği Cakut Çalışma Grubu'nun antenatal hidronefroz tanılı bebeklerde izlem kılavuzuna göre takip edildi.

SONUÇ: Çalışmaya alınan antenatal hidronefrozlu 93 infantın 64'ü (%68,8) erkek, 29'u (% 31,2) kız idi. Bu olguların 3-7. gün ya da 4-6. haftada yapılan postnatal ultrasonografik incelemelerine göre hidronefroz derecesi; 70 olguda (%75,3) hafif, 14 olguda (%15,1) orta, 4 olguda (%4,3) ciddi olarak değerlendirildi. 5 olgu (%5,4) normal olarak bulundu. Yaş ortalaması 0,83 (0,1-2,7) yıldı. 10 olguya voiding sistoüretrografi çekildi. 1 olguda solda grade 3-4 vezikoüreteral reflü (VUR), 1 olguda da sağda grade 4 VUR saptandı. 8 olguya MAG3/DTPA ile sintigrafik inceleme yapıldı. 1 olguda sağ böbrekte agenezi gözlenirken 2 olguda obstrüksiyon bulguları saptandı ve bu 2 olguda acil cerrahi müdahale gerektirmeden izleme alındı. 3-7 gün ve 4-6 hafta yapılan ultrasonografi sonucuna göre normal bulunan 5 olgu izlemden çıkarıldı. Geriye kalan 88 olgunun 12 aylık izlem sonuçlarına göre 47 (%53,4) olgu ultrasonografik incelemede normal bulunarak geçici hidronefroz olarak değerlendirildi. 23 olgu (%26,1) hafif, 11 (%12,5) olgu orta, 7 olgu ise (%8) ciddi hidronefroz geliştirdi. Takip sırasında 3 olguda hidronefroz orta düzeyden ileri düzeye ilerledi.

TARTIŞMA: Antenatal hidronefroz; %41 ile %88 oranında geçici ve fizyolojik bir durum olarak karşımıza çıkabilir. Bizim olgularımızda bu oran % 53.4 olarak bulundu. Takip sırasında 3 olgumuzun (%3.4) hidronefroz derecesi orta düzeyden ciddi düzeye ilerledi. Bu nedenlerden dolayı, antenatal hidronefrozlu olguların yakın izlemi; fizyolojik ve benign seyreden hidronefrozlara gereksiz invaziv tetkik uygulanmasına engel olurken, ciddi üriner sistem anomalisi olan olgulara da erken müdahale etmeyi ve skar oluşumunu engellemeyi mümkün kılar.

Anahtar Kelimeler: Antenatal hidronefroz, ultrasonografi, voiding sistoüretrografi, vezikoüreteral reflü.

SS-22

Yaşamın İlk Dakikalarında Prematüre Bebeklerde Perfüzyon İndeksi

Sinan Uslu[1], Umut Zübarioğlu[1], Şehrinaz Sözeri[1], Ali Bülbül[1], Ayşegül Uslu[2], Evrim Kıray Baş[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], Duygu Besnili Acar[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Kağıthane Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Prematüre bebeklerde gerçek zamanlı periferal perfüzyonu değerlendirmede kullanılan noninvaziv bir metod olan perfüzyon indeksi (Pİ) değerlerini doğumhanede yaşamın ilk 15 dakikası için tanımlamak.

MATERYEL VE METOD: Doğumhanede oksijen desteği verilmeyen ve hemodinamik olarak stabil olduğu izlenen <35 gebelik haftalık prematüre bebeklerin umbilikal kordlarının klemplenmeleri ardından nabız oksimetrisi ile takip edilen perfüzyon indeksi değerleri kaydedildi. İki saniyede bir elde edilen veriler kordun klemplenmesi ile birlikte tanımlanan yaşamın ilk 15 dakikası için ortanca Pİ değerleri olarak belirlendi.

SONUÇLAR: Ortalama gebelik yaşı 32.9±1.04 hafta olan 151 prematüre bebeğin ortanca Pİ değerleri 1, 2, 3, 4, 5, 10 ve 15. dakikalarda sırasıyla 1.02, 0.98, 0.92, 0.85, 0.84, 0.83 ve 0.84 olarak saptandı.

TARTIŞMA: Preterm bebeklerin periferial perfüzyonu subjektif gözleme dayalı cilt rengi ile değil artık doğumhane uygulamalarında yaygın olarak kullanılan nabız oksimetrelerinin ölçüm opsiyonlarında yer alabilen Pİ değerleri eşliğinde değerlendirilebilir. Yaşamın ilk 3 dakikasında farklılık gösteren Pİ değerleri daha sonraki dakikalarda azalarak stabil olarak seyretmektedir. Bu değişkenliğin dolaşımsal adaptasyonu yansıttığı düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, perfüzyon indeksi, nabız oksimetrisi

SS-23

Diabetik Anne Bebeklerinin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde İzlem Gerekliliğinin Belirlenmesinde Antropometrik Ölçümler Yardımcı Mıdır?

Fatma Çakmak Çelik[1], Canan Aygün[1], Güzin Tümer[2], Şükrü Küçüködük[1], Yüksel Bek[3]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Neonatoloji BD, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Diyet Bölümü, Samsun
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Biyoistatistik ABD, Samsun

GİRİŞ-AMAÇ: Diabetik anne bebeklerinin (DAB), yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YYBÜ) izlem gerekliliğinin belirlenmesinde; baş çevresi (BÇ), orta kol çevresi (OKÇ), triseps deri kıvrım kalınlığı (TDKK) gibi antropometrik ölçümlerin etkisinin olup olmadığı araştırıldı.

GEREÇ-YÖNTEM: Seksen altı term DAB prospektif olarak incelendi. Baş çevresi, OKÇ, TDKK hayatın ilk gününde ölçüldü. Prenatal, natal, postnatal özellikler; YYBÜ'e yatış-sorunlar; anne yaşı, vücut kitle indeksi, gebelikte alınan kilo ve HbA1c düzeyleri kayıt edildi.

SONUÇ: Çalışmaya dahil edilen tüm bebeklerin ortalama doğum ağırlığı ve gebelik haftası sırasıyla 3453.3±582.4 (2530-5040) g ve 38±0.97 (37-41) hafta idi. Bebeklerin %63.9'u yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlendi. Ortalama hastaneye yatış süresi 7.8±10.1(medyan 5) gün idi. Tüm bebekler için ortalama OKÇ, TDKK, BÇ ve OKÇ/BÇ oranı sırasıyla, 11.2±1.1 cm, 7.1±2.2 mm, 35.0±1.8 cm ve 0.32±0.03 cm idi. Yenidoğan yoğun bakıma yatış ile OKÇ arasında anlamlı ilişki olmamasına ragmen (p=0.071), TDKK ve OKÇ/BÇ anlamlı olarak YYBÜ'nde yatırılarak izlenen bebeklerde yüksekti (TDKK için p=0.003; OKÇ/BÇ için p<0.001). Yatırılarak izlenen bebeklerin baş çevresi anne yanında takip edilen bebeklere göre anlamlı olarak küçüktü (P<0.001). Triseps deri kıvrım kalınlığı, OKÇ/BÇ oranının YYBÜ'ne yatışı pozitif yönde etkilediği; BÇ'nin YYBÜ'e yatışı negative yönde etkilediği görüldü (TDKK için OR:1.6; OKÇ/BÇ için OR:2.1; BÇ için OR:0,3). Triseps deri kıvrım kalınlığının, mekanik ventilasyon ihtiyacını pozitif yönde istatistiksel anlamlı etkilediği (p=0.008, OR:1.5), BÇ'nin negatif yönde etkilediği (p=0.004, OR:0.6) tespit edildi. Mekanik ventilasyon ihtiyacına OKÇ'nin etkisi yoktu (p=0.071).

TARTIŞMA: Ülkemizde de dünyada olduğu gibi diabet sıklığı, buna bağlı olarak DAB'i ve YYBÜ ihtiyacı da artmaktadır. Gereksiz YYBÜ yatışları anne-bebek bağlanmasını ve emzirmeyi negatif yönde etkilemektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenmesi gereken DAB ayırt edilebilirse, bebekler annelerinden gereksiz yere ayrılmamış olur.Bu ön çalışma ile TDKK, BÇ, OKÇ/BÇ oranının diabetik anne bebeklerinin YYBÜ'nde izlem gerekliliğinin belirlenmesinde yararlı kriterler olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Diabetik anne bebeği, orta kol çevresi, triseps deri kıvrım kalınlığı, baş çevresi,YYBÜ, solunum sıkıntısı.

SS-24

Prematürelerde Kalp Atım Hızındaki Değişiklikler

Sinan Uslu[1], Umut Zübarioğlu[1], Şehrinaz Sözeri[1], Ali Bülbül[1], Ayşegül Uslu[2], Evrim Kıray Baş[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], İlkay Özmeral[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Kağıthane Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Yaşamın ilk dakikalarında hayata adaptasyonun ve neonatal canlandırma uygulamalarının en iyi göstergesi kalp atım hızı (KAH) olarak bilinmektedir. Bu çalışmada amaç prematüre bebeklerde KAH'da ortaya çıkan değişiklikleri ve bu değişikliklere etki eden faktörleri irdelemektir.

MATERYAL-METOD: Umbilikal kordun kesilmesinden sonra yeni nesil nabız oksimetrisi takılarak preduktal kalp atım hızları izlenen <35 gebelik haftalık oksijen desteği almayan prematüre bebeklerin sonuçları prenatal ve demografik etkenler açısından karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Prematüre bebeklerin ortalama KAH'ları yaşamın 1,2,3,4,5, 10 ve 15. dakikalarında normal vajinal yol ile doğanlar için sırasıyla 102.96±9.82, 114.44±13.73, 128.92±10.43, 141.56±11.80, 146.72±11.03, 156.28±9.38 ve 156.76±10.57 iken; sezaryen ile doğanlarda 97.66±9.63, 112.93±11.27, 126.25±11.06, 138.92±13.44, 145.64±13.24, 154.25±8.67 ve 155.24±9.00 atım/dakika olarak saptandı. Aynı değerler annesi gebeliğinde sigara içen bebekler için 109.00±5.27, 126.15±8.74, 135.84±8.84, 145.23±8.96, 148.61±7.93, 160.34±9.46 ve 160.23±9.46 iken; içmeyenlerde ise 97.59±9.62, 111.96±11.18, 127.65±10.87, 138.80±13.41, 145.55±13.22, 154.04±8.56 ve 155.05±9.17 atım/dakika bulundu.

TARTIŞMA: Sezaryen ile doğum prematüre bebeklerde KAH'ı azaltırken, sigara içimi ise arttırmaktadır. Bu farklılıklar oksijen almayan prematüre bebeklerde yaşamın ilk dakikalarından sonra ortadan kalkmaktadır. Doğumhanede izlem sırasında bu hususlara dikkat edilerek değerlendirme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, kalp atım hızı, değişiklik

SS-25

Henoch-Schonlein Purpuralı Türk Çocuklarında MEFV Gen Mutasyonlarının Değerlendirilmesi

Zübeyde Kılınç Yaprak, Şahin Hamilçıkan, Meltem Erol, Özlem Bostan Gayret, Özgül Yiğit, Emrah Can
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Henoch- Schönlein Purpura(HSP) tanısı almış ve familial mediterrannean fever (FMF) için genetik analizi yapılmış olan çocuk hastalarda, FMF mutasyonu sıklığını ve FMF mutasyonu varlığının prognoza etkisinin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: HSP tanısı ile takip edilen hastaların cinsiyetleri, yaşları, tanı tarihleri, hastalık öncesinde enfeksiyon öyküsü, aşı veya böcek ısırması olup olmadığı ve başvuru şikayetleri kaydedildi. Hastalığın hem başlangıcında hem de seyri sırasında cilt, eklem, böbrek, gastrointestinal sistem ve diğer sistem tutulumlarına ait klinik bulguları ayrıntılı olarak incelendi. Etyolojiye yönelik hepatit B, ASO düzeyi, FMF gen analizi sonuçları kaydedildi. FMF gen mutasyonlarından altı mutasyon (M694V, M680I, A744S, R202Q, K695R, E148Q) çalışıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya 80 olgu dahil edildi. Olguların %55 i erkek (n=44), %45 i kız (n=36) idi.Olguların ortalama yaşı 6.44±2.52 (2-11) idi. Hastaların 44 ünde(%55) FMF mutasyonu saptanmadı. 19 hastada heterozigot mutasyon mevcuttu. 8 hastada E148Q, 5 hastada M694V, 4 hastada A744S, 2 hastada R202Q mutasyonu heterozigot saptandı. 1 hastada M608I, 1 hastada M694V homozigot mutasyonları mevcuttu. 15 hastada birleşik heterozigot FMF mutasyonu saptandı. FMF mutasyonu varlığı, HSP li olgularda renal ve gastrointestinal tutulumun sıklığı ve prognozu ile ilişkili bulunmadı. İzlem boyunca 9 hastada hastalık rekürrensi, 5 hastada invajinasyon, 1 hastada konvulziyon gelişti. Hastaların yaklaşık yarısı tedavide steroid kullanmış idi. FMF gen mutasyon varlığı ile HSP'li olgularda komplikasyon gelişimi ve steroid kullanımı arasında ilişki tespit edilmedi.

TARTIŞMA: Henöch- schönlein purpuralı çocuk hastalarda MEFV gen mutasyonu varlığı hastalığın klinik gidişi ve komplikasyon gelişmi ile ilişkili gözükmemektedir.

Anahtar Kelimeler: Henoch- Schönlein Purpurası, Ailesel Akdeniz Ateşi, MEFV geni

SS-26

Henoch Schönlein Purupurası'nda Serum Resistin Seviyeleri

Ahmet Sami Yazar[1], Seher Erdoğan[1], Gülden Yıldırım[1], Şirin Güven[1], Pınar Eker[1], İsmail İşlek[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Henoch Schönlein Purpurası (HSP) çocukluk çağında en çok görülen vaskülitlerden biridir. Yağ dokusundan üretilen ve bir adipokin olan resistin molekülünün inflamasyondaki etkilerinin ortaya çıkması ile HSP patogenezinde önemli bir rol oynayabileceğini düşündük. Bu yüzden HSP'li çocukların serum resistin seviyelerini incelemek ve sağlam çocuklar ile karşılaştırmak amacı ile bu çalışmayı yaptık.

METOD: Bu çalışma Mart-Eylül 2015 tarihleri arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde yapılmıştır. Çalışmamızda benzer yaş ve cinsiyetteki 15 HSP hastası ile 15 sağlıklı çocuk kontrol grubu olarak karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: HSP grubundaki 15 çocuğun 9'u erkek (%60), 6'sı kız (%40) ve ortalama yaşları 8,65 +/- 4,35 idi. Kontrol grubundaki 15 çocuğun da 9'u erkek, 6'sı kız (%40) ve ortalama yaşları 9,4 +/-5,6 idi. HSP grubunun serum resistin düzeyi (53.96 ± 33.61 ng/ml) konrol grubu hastalarının serum resistin düzeyine (19.46 ± 4.42 ng/ml) göre belirgin olarak daha yüksekti($p<0.001$). Benzer şekilde HSP grubundaki hastaların ortalama idrar resistin düzeyi kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksekti($p:0.001$). HSP grubunda 11 (%73) hastada artrit varken, 4 (%27) hastada artrit yoktu. Artriti olan (61.47 ± 44.86 ng/ml) ve olmayan (47.39 ± 2.69 ng/ml) HSP hastalarının ortalama resistin seviyeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. ($p: 0.439$, $p>0.05$). HSP grubundaki hastaların ortalama serum resistin düzeyleri ile CRP ve WBC arasında korelasyon saptanmadı (sırasıyla $p:0.892$ ve $p:0.343$)

TARTIŞMA: Resistinin vaskülit hastalıklarındaki rolü henüz tam olarak açıklanamamıştır. Bizim çalışmamızda serum resistin seviyeleri HSP grubunda, sağlıklı kontrol grubuna gore anlamlı derecede yüksek olarak ölçülmüştür. HSP'li çocukların serumunda ölçülen yüksek serum resistin seviyeleri hastalığın patogenezinde ve aktivitesinde etkili olabilir. Literatürde bu konuda yapılmış fazla çalışma yoktur. Bu çalışmamızda HSP hastalarında yüksek serum resistin seviyelerini tespit ettik ve buna dikkat çekmek istedik.

SONUÇ: Resistinin HSP gibi vaskülitlerin patogenezinde ve prognozunda aldığı rolün araştırılması için daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Adipositokin, Henoch Schönlein Purpurası, Resistin

TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLER-1

E-POSTER ALANI

7 Mart 2017
13:00 - 13:30

	Oturum Başkanları	
1. Grup	*Soner Sazak*	*Adem Karbuz*
2. Grup	*Yelda Türkmenoğlu*	*Fatma Dursun*
3. Grup	*Hüseyin Dağ*	*Nimet Pınar Yılmazbaş*
4. Grup	*Diğdem Bezen*	*Funda Tekkeşin*

TP-01

10 Yaşındaki Bir Çocukta Deri Tüberkülozu

Mahmut Ekici, Feride Candan
Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyet Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sivas

AMAÇ: Tüberküloz son 20 yılda küresel bir artış göstermiştir. Diğer organ tüberkülozlarıyla karşılaştırıldığında deri tüberkülozu nispeten nadirdir. Deri tüberkülozları M. tuberculosis, M. bovis, nadiren de M. bovis'in attenüe suşu, Bacillus Calmette-Guerin (BCG) tarafından oluşturulur. Litaratürde çok nadiren eritema indiratum bazin tanısı konulan pediatrik yaş grubuna ait deri tüberkülozu vakası bildirilmiştir. 1999 yılında bir infantta, 2005 yılında 6 yaşında kız hastada ve 2009 yılında 6 yaşında erkek hastada ilgili vakalar bildirilmiştir. Dünyada yayınlanmış pediatrik yaş grubuna ait eritema indiratum bazin tanılı üç tane vakanın bulunması ve hastamızın dördüncü vaka olması nedeniyle yayınlamak istedik.

OLGU: 10 yaşında ek hastalığı olmayan kız hasta, yaklaşık 5 ay öncesinde kollarında ve bacaklarında döküntüleri başlaması ve döküntülerinin sebat etmesi üzerine Sivas Devlet Hastanesi'ne başvurmuş. Lokal steroidli, antibakteriyel, antifungal tedavi uygulanmış, iyileşmemiş. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri kliniğine yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde bilateral alt extremitede tibia bölgesi boyunca ve femur distalinde ve bilateral üst extremitede yer alan en büyüğü 3x4 cm'lik pek çoğu hedef tahtası görünümünde lezyonu olup, BCG skarı mevcuttu. Alınan deri biyopsisi sonucu Eritema İndiratum Bazin olarak geldi. PA akciğer grafisi normal olup PPD:15 mm. 3 gün üst üste alınan açlık mide suyu ve idrar örnekleri ARB kültür ve direkt bakı için EZN boyamaya gönderildi. Ancak, M.tuberkulosis gösterilemedi. Hastamıza 2 ay üçlü (izoniazid+rifampisin+pirazinamid), 6 ay da ikili antitüberküloz (izoniazid+rifampisin) tedavisi başlandı. İyileşme görüldü.

SONUÇ: Pediatride polikliniğe sık başvurulardan biri de döküntülerdir. Nadir görülen Eritema İndiratum Bazin ve deri tüberkülozu da ön tanılar arasında akılda tutulmalıdır. Sebat eden deri lezyonlarında ve herhangi bir tanı konulamayıp tedaviden fayda göremeyen ve tüberkülozun fazla görüldüğü toplumlarda deri tüberkülozunun da ön tanılar arasında düşünülmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: deri tüberkülozu, döküntü, eritema induratum bazin

TP-02

Fulminan Hepatik Yetmezlik Nedeni Olarak İnfluenza Virüsü Olgusu

Vugar Abbasaliyev, Lida Bülbül, Hasan Serdar Kıhtır, Nihal Akçay, Vefa Ömerova, Gökhan Kiğılı, Elif Denizyaran, Canan Hasbal Akkuş, Selcen Yaroğlu Kazancı, Nevin Hatipoğlu, Sadık Sami Hatipoğlu Bakırköy Dr. Sadi Kokuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Fulminan hepatik yetmezlik,altta yatan karaciğer patolojisi olmaksızın ani gelişen,hızlı ilerleyen,hepatositlerin masif nekrozu,işlev bozukluğu ile karakterize klinik sendromdur. Nedenleri arasında hepatit virüsleri,diğer viral ajanlar (influenza,EBV,HSV,Parvovirüs B19,HHV-6,VZV,Adeno ve Enterovirüsler) hızlı ilerleyen otoimmun hepatitler,metabolik hastalıklar,hepatotoksik ilaç ve kimyasallar,hepatik vasküler oklüzyon,iskemi ve hipoksi gösterilebilir. Burada İnfluenza A virusuna bağlı gelişen fulminan hepatik yetmezlik olgusu nadir olması nedeni ile sunulmuştur.

OLGU: Altı yaş erkek çocuk,iki gündür başlayan ateş,burun akıntısı,öksürük ve halsizlik şikayetlerile başvurdu.Üç gün önce yurtdışından HBsAg taşıyıcı babaannesinin yanından döndüğü,ebeveynlerinin son günlerde üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği,ateşi nedeniyle parasetamol iki ölçek (240 mg) verildiği öğrenildi.Özgeçmişinde 28GH'lık doğmuş,altı hafta yenidoğan yoğun bakımda yatmıştır. Soygeçmişinde akraba evliliği yoktu. Fizik muayenesinde ateşi:37.5C, KTA:123/dakika, solunum sayısı:22/dakika,tansiyonu 109/72mmHg. Bilinci açık,uykuya meyilli,karaciğer kot altından 2 cm palpabl,dalak palpe edilmiyordu. Solunum,kardiovasküler sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde AST:14500Ü/L,ALT:6580Ü/L,İNR:4,6,PT:46,5sn,CK:2530U/L,LDH:13200U/L,T.BİL:1.3MG/DL,D.BİL:1.1MG/DL,albumin:3.7G/DL,ammonyak:149MG/DL,CRP:1.12MG/DL,PCT:23PG/ML saptandı. Kan sayımı,elektrolit ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Bu bulgularla hastada fulminan hepatit tablosu yapan ilaç zehirlenmesi,hepatik virüslere bağlı karaciğer hasarı ve otoimmun hepatit düşünüldüğü için parasetamol düzeyi,hepatit A,B,C virüs serolojisi,AntiLKM,ANA,AntiDsDNA,ASMA,Alfa1-antitripsin,seruloplazmin düzeyleri gönderildi. Solunum yolundan viral etken belirlenmesi için nazal sürüntü örneği alındı. Sonuçlarda kan parasetamol düzeyi ve otoimmun antikorlar normal aralıklarda, viral seroloji negatif saptandı. Hızlı ilerleyen Wilson hastalığı düşünülerek bakılan kan seruloplazmin düzeyi,alfa feto protein düzeyi,metabolik hastalık taraması normal saptandı. Üç gün çocuk yoğun bakım ünitesinde,altı gün çocuk servisinde takip edilen hastaya iki gün taze dondurulmuş plazma ve yedi gün N- asetil sistein İV infüzyon tedavisi,viral enfeksiyonu düşündüren bulgulardan dolayı yedi gün oseltamivir ve İV hidrasyon tedavisi verildi. Hastanın klinik bulguları ve karaciğer fonksiyon testleri günler içinde hızla normalleşti. Taburculuk sonrasında,yatış günü alınan nazal sürüntü örneğinde İnfluenza A(H3N2) virüsü saptandı.

SONUÇ: Fulminan hepatik yetmezlik vakalarında hepatit virüsleri,otoimmun hepatit ve metabolik hastalık yanında üst solunum yolu bulguları da eşlik eden durumlarda,viral epidemi sezonlarında mutlaka influenza ve diğer solunum virüsleri akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Fulminan hepatik yetmezlik, Infulenza A virüsü, çocuk

TP-03

İnflamatuar Barsak Hastalığı Tanısıyla İzlenen Çocuklarda Erken Ateroskleroz Belirteçlerinden Karotis İntima-Media Kalınlığı

Tuğçe Kurtaraner[1], Nafiye Urgancı[2], Taliha Öner[3], Ayşe Merve Usta[2]
[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul
[3]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

AMAÇ: Çocukluk çağı inflamatuar barsak hastalığı (İBH) ile ateroskleroz arasındaki ilişkiyi inceleyen veri kısıtlı olması nedeni ile, İBH tanılı çocuk olgularda erken ateroskleroz belirteçlerinden karotis intima-media kalınlığının (KİMK) sağlıklı kontroller ile karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: Çalışmaya 2002-2015 yılları arasında hastanemiz Çocuk Gastroenteroloji Polikliğinden İBH tanısıyla takipli, ateroskleroz için herhangi bir risk faktörü taşımayan 42 olgu ve 42 sağlıklı kontrol olmak üzere toplam 84 olgu dâhil edildi. Olguların vücut kitle indeksleri ölçülerek, serum kolesterol, lipit, açlık kan glukozu değerleri ile CRP, sedimentasyon ve hemogram incelemeleri yapıldı. Ana karotis arter intima-media kalınlığı B-mod ultrason ile değerlendirildi.

BULGULAR: İnflamatuar barsak hastalıklı olgular ile kontrol grubunun arasında yaş, cinsiyet, kan basıncı ölçümleri arasında istatistiksel fark saptanmadı (p>0.05). İnflamatuar barsak hastalığı olan olguların vücut kitle indeksi sağlıklı kontrollere göre anlamlı düşük bulunurken karotis intima-media kalınlığı İBH'lı olgularda 0,42±0,07 mm, kontrol grubunda 0,40±0,06 mm bulundu. İstatistiksel anlamlılık bulunmadı (p=0,134). Ancak İBH'lı olgularda KİMK ile yaş arasında anlamlı olarak pozitif yönde bir ilişki tespit edildi. Akut faz reaktanlarından CRP değeri İBH 'lı olgularda kontrol grubuna göre anlamlı farklı bulundu(p<0,001). Biyokimyasal parametreler açısından farklık tespit edilmedi (p>0,05).

SONUÇ: Literatür verilerine göre bazı çalışmalarda İBH'lı olgularda erken ateroskleroz belirteçlerinden biri olan KİMK artışı bulunurken bazılarında ise KİMK artışı saptanmamıştır. İBH'lı olgularımızın, KİMK değerlerinin kontrol grubundan farklı bulunmamasını, olgularımızın yaşlarının küçük ve izlem süremizin kısa olmasıyla açıklayabiliriz. Bu nedenle; çocukluk çağında İBH ile ateroskleroz arasındaki ilişkiyi değerlendirilmek için uzun izlem süreli geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: inflamatuar barsak hastalığı, ateroskleroz, intima-media kalınlığı

TP-04

Ateş Tetkik Nedeniyle Yatırılan ve Lomber Ponksiyon Yapılan Hastalarda Akut Bakteriyel Menenjit Sıklığı

Abdulkadir Bozaykut, Feyza Mediha Yıldız, Serpil Değirmenci, Hümeyra Yaşar Köstek, Özlem Temel, Nihan Uygur Külcü, Ezgi Gökçe Eraslan
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Ateş, özellikle küçük çocuklarda acil olarak değerlendirilmesi gereken bir semptomdur. Ateşle birlikte özellikle baş ağrısı, bulantı, kusma ve bilinç değişiklikleri olan bir hastada menenjit ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Bu çalışmanın amacı, acil servisimize ateş nedeniyle başvuran ve menenjit ön tanısıyla lomber ponksiyon (LP) yapılan hastalarda bakteriyel menenjit sıklığını belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışmamızda Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 Ocak–2014 Mart tarihleri arasında ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve lomber ponksiyon (LP) yapılan 192 vaka, bakteriyel menenjit sıklığı açısından retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve lomber ponksiyon yapılan 192 hastanın %42,1'inde (82 vakada) akut menenjit tespit edildi. Bunların %27'sinde (21 vaka) akut bakteriyel menenjit teşhis edildi. Alınan 192 BOS kültüründen 179'unda üreme saptanmadı. Üreme olanların 3'ünde metisiline dirençli koagülaz negatif stafilakok (MRKNS), 2'sinde metisiline duyarlı koagülaz negatif stafilakok (MDKNS), 1 hastada *Streptococcus agalactia*, 2 hastada *Streptococcus pneumonia*, 2 hastada *Neisseria spp*. ve 2 hastada *Micrococcus menengitis* saptandı. Akut bakteriyel menenjit tanısı alan 21 hastanın 9'unda BOS kültüründe üreme olmadı. Bu hastaların lomber ponksiyon değerlendirmelerinde PNL hücre hakimiyeti ve öncesinde antibiyotik kullanımı göz önüne alınarak bakteriyel menenjit tanısı kondu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut menenjitler, yeni antimikrobiyal tedavi yöntemleri ve aşılama programlarındaki gelişmelere rağmen, halen önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir. Çalışmamızda ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve lomber ponksiyon yapılan 192 hastada akut menenjt 82 vakada (%42,1) tespit edildi, bunların % 27'sinde (21 vakada) akut bakteriyel menenjit saptandı. Ateş, baş ağrısı, kusma ya da febril konvülziyon ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda menenjitin akla gelmesi amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ateş, bakteriyel menenjit, lomber ponksiyon

TP-05

Hastane Enfeksiyonlarında Potansiyel Bir Vektör Olan Stetoskoplarda Bakteriyel Kontaminasyon

Ayşe Tuba Arabalı Turgutlu[1], Arzu İrvem[2], Gülden Yıldırım[3], Şirin Güven[3], İsmail İşlek[3]
[1]Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Giresun
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hastane enfeksiyonları nedeni ile artan tedavi maliyetleri, artan morbidite ve mortalite oranları, enfeksiyon kontrol stratejilerinin geliştirilmesini ve uygulanmasını zorunlu kılmaktadır. Her hastanenin kendi hastane florasını oluşturan mikroorganizmaları ve bunların direnç paternlerini bilmesi doğru stratejilerin geliştirilmesini sağlayacaktır. Bu çalışmada, hastadan hastaya direkt temas ederek hastalıkların yayılmasında potansiyel bir vektör olan stetoskopların hangi mikroplarla kolonize olduğunun araştırılarak sağlık çalışanlarının bir parçası gibi olan stetoskopların, dezenfekte edilmesinin gerekliliği ve öneminin vurgulanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi yataklı servisleri, yoğun bakımları ve polikliniklerinde kullanılan stetoskopların diyaframından, %0,9 NaCl ile nemlendirilmiş steril eküvyon ile örnek alınarak stuart besiyerinde laboratuvara gönderildi, %5 Koyun kanlı agar besiyerine ekim yapıldı. 24 saat 37°C'de etüvde bekletildi. Üreyen bakteriler identifiye edildi, koloni sayıları belirlendi. Antibiyotik direnç paterni açısından stafilokoklar sefoksitin diskiyle değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 100 stetoskopun 20'si hemşirelere, 31'i asistan doktorlara, 32'si uzman doktorlara, 11'i ortak kullanıma ve 6'sı hasta başında kullanıma aitti. Stetoskopların 87'sinden 17 çeşit mikroorganizma izole edildi. 13 stetoskopta üreme olmadı. Stetoskopların %23'ünde bir, %28'inde iki, %36'sında ise üç ve daha fazla farklı mikroorganizma üredi. En sık izole edilen etkenler mikrokoklar %50, metisiline duyarlı koagulaz negatif stafilokoklar %43 ve metisiline dirençli koagulaz negatif stafilokoklar %41 idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Stetoskoplar mikroorganizmalarla yüksek oranda kolonizedirler ve nozokomiyal enfeksiyonların yayılmasında rol oynayabilirler. İmmun yetmezlikli hastalar ve temas izolasyonu gerektiren hastalar için kullanılan stetoskop gibi gereçlerin diğer hastalarda kullanmadan önce uygun şekilde dezenfekte edilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: stetoskop, hastane enfeksiyonu, kontaminasyon

TP-06

Hemofili Taşıyıcılarında Kanama Skoru ve Faktör Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Etkinlik Düzeyinin Değerlendirilmesi

Ayşe Çakıl, Yılmaz Ay, Ersin Töret, Tuba Hilkay Karapınar, Yeşim Oymak, Salih Gözmen, Raziye Canan Vergin
Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji ve Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Hemofili A ve B X'e bağlı resesif geçen kalıtsal kanama hastalıklarıdır.Bu nedenle erkekler hasta, kızlar ise taşıyıcıdır. Taşıyıcılarda sadece bir kromozom etkilendiği için faktör düzeyleri %50 civarındadır.Bununla beraber,iki X kromozomdan birisinin gelişigüzel inaktivasyonu sonucu olarak faktör aktivitelerinin %22-%116 gibi geniş aralıkta saptanabileceği rapor edilmiştir.Hemofili taşıyıcılarının önemli bir kısmında aşırı inaktivasyon nedeniyle faktör seviyelerinin çok düşük olabileceği ve bunun taşıyıcılarda kanama riski yarattığı belirtilmektedir.Bu çalışmada,kanama skoru ve faktör düzeylerinin hemofili taşıyıcılarını tespit etmedeki rolünü araştırdık.

MATERYAL-METOD: Merkezimizde izlenen 32 hemofili hastasının anne ve kız kardeşlerine Uluslarası Hemostaz Tromboz Derneği'nin (ISTH) kalıtsal faktör eksiklikleri kanama skoru anketi uygulandı.Oğlu ve ailenin diğer fertlerinden en az birinde hemofili hastası olan anneler,birden fazla oğlu hemofili hastası olan anneler ve babası hemofilik olan kız çocukları zorunlu taşıyıcı olarak değerlendirildi.Zorunlu taşıyıcı kriterlerine uymayan ancak kardeş veya oğulları hemofilik olan kız kardeş veya anneler olası taşıyıcı olarak tanımlandı.Kan alınmasın kabul eden zorunlu veya olası taşıyıcılardan faktör aktivileri çalışıldı.

SONUÇLAR: 32 hemofili annesi ve 13 kız kardeş çalışmaya dâhil edildi. Yaş ortalamaları 31,6(4-57) yıldı.Hastaların üç tanesi hafif,üç tanesi orta, 23 tanesi ağır hemofili A;iki tanesi ağır ve bir tanesi orta hemofili B hastasıydı.Ankete katılan annelerin 12 tanesi zorunlu ve 33'ü olası taşıyıcıydı.Sadece yedi(7/45,%15,5) olası ve zorunlu hemofili taşıyıcısında kanama skoru yüksek (≥4) saptandı. Kanama skoru yüksek olan hastaların üç tanesi zorunlu taşıyıcı, dört tanesi olası taşıyıcıydı.Faktör düzeyi bakılan 12 zorunlu ve 18 olası taşıyıcının ortalama faktör aktiviteleri %78,9(%20,8-%189) bulundu.Kanama skoru yüksek olan zorunlu taşıyıcı üç annenin faktör aktiviteleri %77,%80 ve %98 normal sınırlarda saptandı. Kanama skoru yüksek olan olası taşıyıcı üç annenin faktör düzeyleri %58,8,%69,3 ve %112 olarak saptandı.Faktör aktiviteleri düşük saptanan (%<60) dört olası ve bir zorunlu taşıyıcının kanama skoru ortalaması 2,8(1-4) olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Faktör tayini hemofili taşıyıcılarını saptamada yetersizdir.Kanama skorunun tanı değerini anlamak için daha geniş çalışmaya ihtiyaç vardır.Hemofili taşıyıcılarının kesin tanısı için mutasyon analizi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: hemofili, taşıyıcılık, kanama

TP-07

Geç Preterm Yenidoğanların Erken Neonatal Dönem Sorunları

Adil Umut Zübarioğlu, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Dilşat Gündoğdu, Semra Bahar, Ebru Türkoğlu Ünal, Evrim Kıray Baş, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı, Güler Yıldırım
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Geç preterm doğum, annenin son adet tarihine (SAT) göre 34 0/7 ile 36 6/7 gebelik haftaları arasındaki doğum olarak tanımlanır. Geç preterm doğan bebekler kilo ve matürite olarak term bebeklere yakın olduklarından çoğunlukla yüksek riskli kategoride değerlendirilmemelerine rağmen artmış kısa ve uzun dönem mortalite ve morbidite riskine sahiptirler. Bu çalışmanın amacı hastanemizde doğan geç preterm bebeklerin erken dönem morbiditelerini irdelemek ve term bebekler ile kıyaslayarak konunun önemine dikkat çekmektir.

MATERYAL VE METOD: Çalışmamız tek merkezli ve prospektif olarak 2016 yılı içinde yapılmıştır. Doğan bebeklerin gebelik haftaları SAT'a göre veya yeni Ballard skorlamasına göre yapılarak geç preterm bebekler çalışmaya alınmış, kontrol grubu olarak hemen arkasından doğan ilk term bebek çalışmaya dahil edilmiştir. Bebekler anne bebek çifti taburcu olana kadar izlenerek erken dönem neonatal morbiditeler, hastaneye yatış açısından karşılaştırılmıştır.

BULGULAR: Çalışma süresinde hastanemizde doğan 3810 bebeğin 279'u (%7,3) geç preterm idi. Yatış oranları geç preterm bebeklerde %29 iken kontrol grubunda %8 bulundu. Solunum sistemi nedenli yatışlar geç preterm bebeklerde %80,2'lik (65/81 yatış) bir oranda iken kontrol grubunda %54,5 (12/22 yatış) idi. Düşük doğum ağırlığı %14,8 ile geç preterm grubunda ikinci sık yatış nedeni iken kontrol grubunda dehidratasyon %27,2 ile ikinci sık nedendi. Beslenme yetersizliği ve dehidratasyon geç preterm bebekte yatış endikasyonlarında üçüncü sırayı aldı. Ölü doğum geç preterm grupta %1,8 olarak saptanırken kontrol grubunda %0,03 saptanarak 5 kat düşük bulundu. Çalışma grubu içinde 21 olguda (%7,5) doğum salonunda resüsitasyon ihtiyacı oluşurken kontrol grubunda 3 olguda resüsitasyon ihtiyacı gelişti ve bu durum geç pretermlere göre 7 kat daha azdı.

SONUÇ: Geç preterm bebekler zamanında doğan bebeklere göre daha yüksek morbidite ve mortalite oranlarına sahiptir. Doğum salonundan itibaren yüksek riske sahip oldukları bilinmeli ve çok yakından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: geç preterm, neonatal dönem, morbidite, mortalite

TP-08

Romatoloji Polikliniğine Eklem Ağrısı İle Başvuran Üç Akut Lenfoblastik Lösemi Olgusu

Ruhsar Erdoğmuş, Bengü Arslan, Emine Türkkan, Ozan Özkaya, Saniye Berna Hamilçıkan, Soner Sazak
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Akut lösemi, sıklıkla ateş, solukluk, halsizlik, kanama gibi yakınmalarla kendini gösterse de kemik ve eklem ağrısı ilk başvuru şikayeti olabilmektedir. Burada, eklem ağrısı nedeniyle romatoloji polikliniğine yönlendirilen, tam kan sayımları ve periferik yaymaları normal olup, lösemi tanısı alan üç olgu sunulmuştur.

OLGU SUNUMU:

Olgu 1: 10 yaşında kız hasta, sağ dizde 3 haftadan uzun süren geceleri uyandıran ağrı şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede sağ tibia üzerinde palpasyonla hassasiyet dışında ek patolojiye rastlanmadı. Beyaz küre; 10.300/mm3 Hemoglobin (Hb);12 g/dl trombosit (plt); 401.000/mm3, Laktat dehidrogenenez (LDH); 201 U/L, CRP; 3 mg/L,sedimantasyon;15 mm/st saptandı. Periferik yaymada atipik hücreye rastlanmadı. Radyografide tibia proksimalinde korteksin ince ve destruktif saptanması üzerine yapılan kemik iliği aspirasyon biyopsisi sonucunda B hücreli lösemi (B-ALL) tanısı koyuldu. **Olgu 2:** 4 yaşında erkek hasta 1.5 aydır sağ dirsek ve ayak ekleminde olan ağrı ve topallama yakınmasıyla başvurdu. Sağ dirsek ve diz hareketlerinde belirgin hareket kısıtlılığı dışında muayenesi normaldi. BK; 5300/mm3, Hgb; 9 mg/dl Plt; 211.000 /mm3, LDH;240 u/L, CRP; 5 mg/L sedimantasyon; 20 mm/st saptandı. Periferik yaymada atipik hücreye rastlanmadı. Radyografide sağ radius proksimalinde osteolitik lezyon saptandı. KİA biyopsisi B-ALL ile uyumlu geldi. **Olgu 3:** 8 yaşında erkek hasta her iki kalça ekleminde 5 aydır süren, 1 aydır geceleri uykudan uyandıran ağrı ile başvurdu. Her iki kalça ekleminde belirgin hareket kısıtlılığı saptandı. BK; 7150/mm3, Hb; 10.9 mg/dl, Plt;320.000/mm3, LDH; 371 U/L saptandı. Kalça grafisi normaldi. Periferik yayması normal olan hastanın KİA biopsisi B-ALL ile uyumlu bulundu.

TARTIŞMA: Bizim olgularımızda olduğu gibi, kemik ve eklem ağrısı olan çocuklarda hematolojik parametreler ve periferik yayma normal olsa bile lösemi ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ağrının, fizik incelemeyle orantısız şiddette, özellikle kemik üzerinde, gezici tarzda, dirsek, sırt gibi atipik lokalizasyonda olması, geceleri uykudan uyandırması ve sabah tutukluğu olmaması lösemi için uyarıcı olmalı ve ve bu hastalar lösemi açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: eklem, kemik, lösemi

TP-09

Çocuk Onkoloji Hematoloji Kliniğimizde Takip Edilen Mülteci Hastaların Değerlendirilmesi

Dildar Bahar Genç[1], Sema Vural[1], Zeynep Yıldız Yıldırmak[2], Ezgi Çelikboya[3]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Birleşmiş Milletler Mülteciler Yüksek Komiserliği Haziran 2016 verilerine göre ülkemizde kayıtlı yaklaşık olarak 3 milyon Suriyeli mülteci bulunmaktadır. Mültecilerin yaş grupları incelendiğinde %55'inin 18 yaş altında olduğu görülmektedir. Tüm yaş gruplarında olduğu gibi çocukluk çağında da kanser önemli bir morbidite ve mortalite sebebidir. Biz bu çalışmada hastanemizde takip edilen mülteci çocuklardaki kanserlerin demografik bulgularının ve sağkalım durumlarının değerlendirilmesi planlanmıştır.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk hematoloji ve onkoloji kliniğinde Ocak 2014- Ocak 2017 tarihleri arasında takip edilen hasta dosyaları geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: Yaşları 13 ay ile 17 yaş arasında değişen, 7 kız, 11 erkek olmak üzere toplam 18 hasta değerlendirmeye alındı. 17 hasta Suriye'den ayrıca 1 hasta Azerbaycan'dan çeşitli nedenlerle ülkemize göç etmişti. Hastaların 6'sı (%35.2) beyin tümörü, 5'i (%29'u) lösemi, 2'si (%11) lenfoma, 2'si (%11) wilms tümörü, 2'si (%11) nöroblastom, 1'i retinoblastom nedeniyle tedavi görmüştü. Dört hasta daha önce Suriye'de tanı almış, tedavi başlanmıştı. Ancak bu hastaların hiçbirinde ayrıntılı tedavi raporu yoktu. Bu da hastaların tedavi başlangıcında ciddi sorunlara neden olmuştu. Türk Pediatrik Onkoloji Grubu kanser kayıt sistemine göre ülkemizde sıklık açısından üçüncü sırada bulunan beyin tümörleri mülteci hastalarda en sık görülen tümör grubuydu. Yoğunbakım yatış oranları hastanemizde takip edilen Türk çocuk hastalarla karşılaştırıldığında daha yüksek saptandı. 6 hasta tedavi sırasında ex oldu, 11 hastanın halen tedavisine devam edilmektedir. Türk hastalarda 7 yıllık hayatta kalım %65.8 iken, takip ettiğimiz mülteci hastalardaki 3 yıllık survey %64.8 olarak saptandı. Bu durumun hastaların tedavisinin çeşitli nedenlerle aksamasına bağlı olabileceği tahmin edilmektedir.

SONUÇ: Günümüzde ülkemizde yaklaşık olarak 3.000.000 kayıtlı göçmen misafir edilmektedir. Kayıtlı ve/veya kayıtsız sığınmacı çocuklar uygun olmayan yaşam koşulları, hijyen problemleri, hastaneye geç başvuru ve benzeri nedenlerle yoğunbakım yatışı, mortalite oranları daha yüksektir. Büyük çoğunluğunu çocuk ve gençlerin oluşturduğu göçmenlere verilecek iletişim ve eğitim hizmetleri, sağlık sistemine kayıtlarının oluşturulması ile erken teşhis ya da takip sağlanarak mortalite oranlarının azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çocuk, mülteci, kanser

TP-10

Hemoglobinopati Tanısı ile Takip Edilen Yabancı Uyruklu Çocuk Hastaların Başvuru Bulgularının Değerlendirilmesi

Ezgi Çelikboya[1], Zeynep Yıldız Yıldırmak[2], Nurbanu Bilgin[1]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Hemoglobinopatiler ve talasemi sendromları dünyada sık görülen, otozomal resesif kalıtım gösteren hastalıklardır. Ülkemiz ve komşu ülkeler bu hastalıkların sık rastlandığı coğrafik bölgede bulunmakta olup yapılan akraba evlilikleri nedeniyle sıklığı artmaktadır.

Biz bu çalışmada hastanemiz çocuk hematolojide takip edilen yabancı uyruklu çocuk hastaların başvuru bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk hematoloji polikliniğinde 2014-2017 yılları arasında hemoglobinopati nedeniyle takip edilen çocuk hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Tanı yaşları, transfüzyon sıklığı, başvuru anı hemoglobin (Hb), Hb elektroforezi, ferritin düzeyi, hepatit markerları, demir bağlayıcı preparat kullanım durumları araştırıldı.

BULGULAR: Yaşları 5 ay ile 17 yaş arasında değişen 11'i erkek, 12'si kız toplam 23 hasta değerlendirildi. Hastaların 18'i (%78.2) beta (β) talasemi, 3'ü (%12.5) S- β talasemi, 1'i orak hücre anemisi tanısıyla izlenmekteydi. Başvuru anı Hb'leri 3.8- 9 g/dl (ortalama 6.7 g/dl ± 1.49), ferritin değerler 355-15.000 ng/ml aralığında saptandı. Hastaların 8'inde (%34) ferritin düzeyi >2500 ng/ml olarak saptandı. demir bağlayıcı tedavi 6'ı hastaya (%23) anavatanlarında / Suriye De başlanmıştı. Hastaların hepsinde başlangıç anında ciddi organomegali, 8 hastada (%34) kardiyak yetmezlik mevcuttu. Hastaların 2'si (%8.6) anti- HbS negatif (10 IU/L) saptandı, hepatit B aşısı uygulandı. Yalnızca bir hastanın hepatit C pozitif tespit edilmesi nedeniyle, çocuk gastroenteroloji ile birlikte izlemine devam edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ülkemizin coğrafi konumu nedeniyle komşu ülkelerden son yıllarda çeşitli nedenlerle artan göç ve sağlık sistemine ulaşımda gecikmeler olabilmektedir. Bu nedenle özellikle yabancı uyruklu çocuklarda çeşitli sağlık sorunları meydana gelmektedir. Tanılı hastaların sağlık sistemimize entegre edilerek takibe alınması, yeni vakaların ise gerekli tarama yöntemleriyle tespit edilmesi önem arzettiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hemoglobinopatiler, talasemi, çocuk

TP-11

Prematüre Bebeklerin Doğumhanedeki Oksijen Saturasyonları: Hangi Faktörler etkili?

Sinan Uslu[1], Umut Zübarioğlu[1], Şehrinaz Sözeri[1], Ali Bülbül[1], Ayşegül Uslu[2], Mesut Dursun[1], Evrim Kıray Baş[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], Duygu Besnili Acar[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]Kağıthane Devlet Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Yaşamın ilk dakikalarında prematüre bebeklerin oksijen saturasyonlarına etkili olan perinatal faktörleri belirlemek

MATERYAL-METOD: Herhangi bir medikal girişim uygulanmayan ve oksijen desteği gereksinimi olmayan <35 gebelik haftalık bebeklerin yaşamın ilk 15 dakikası içersinde nabız oksimetrisi ile oksijen saturasyonları değerlendirildi.

SONUÇLAR: Değerlendirmeye alınan 151 prematüre bebeğin ortalama gebelik yaşı 32.9±1.04 hafta, doğum ağırlığı ise 1888.8±344.5 g idi. Postduktal alandan yapılan ölçümler yanında sezaryen ile doğan, annesi gebeliği sırasında sigara içen ve umbilikal kord kan pH düzeyi <7.20 olan bebeklerin hedef oksjen saturasyon değerlerine daha geç ulaştıkları saptandı. Cinsiyetin etkili olmadığı bulundu.

TARTIŞMA: Neonatal resusitasyon programında zamanında doğan bebeklerin oksijen saturasyon değerleri ile ilişkili nomogramlar olmasına rağmen prematüre bebekler ile ilişkili bilgiler sınırlıdır. Yaptığımız çalışmada oksijen saturasyon düzeylerinin çeşitli perinatal faktörlerden (prob takılma yeri, doğum şekli, maternal sigara içimi, umbilikal kord kan pH düzeyi) etkilenebildiği saptandı. Prematüre bebeklerin doğumhane koşullarında oksijen saturasyon düzeylerinin bu faktörlere dikkat edilerek değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, oksijen satürasyonu, doğumhane

TP-12

Yenidoğan Bebeklerde HIV Deneyimi

Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Umut Zübarioğlu, Sinan Uslu, Duygu Besnili Acar, Evrim Kıray Baş, Bülent Güzel, İlkay Özmeral
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde saptanan neonatal HIV bebeklerinin özelliklerinin belirlenmesi ve yönetiminin değerlendirilmesi.

METOD: Hastanemizde son on yıllık süre içerisinde doğan ve neonatal HIV tanısı ile yatırılan tüm bebekler çalışmaya alındı. Bebeklerin demografik özellikleri, bebeklerin almış oldukları tedavi durumları ve bebeklerde saptanan diğer hastalıklar kaydedildi.

BULGULAR: Belirlenen dönem içerisinde 19 bebeğin neonatal HIV ön tanısı aldığı saptandı. Bebeklerin üçünün verilerine ulaşılamadığı için çalışmaya alınmadı. Toplam 16 bebeğin; gebelik haftası, doğum ağırlığı ve yatış süreleri sırasıyla 37,2±2,8 hafta (alt-üst sınır 30-41 hafta), 2815±628 gram (alt-üst sınır 1633-3830 gram) ve 8±10 gün (alt-üst sınır 1-41 gün) idi. Hastaların %50'si yabancı uyruklu idi. Prenatal takip oranı %25, prenatal antiviral ilaç kullanımı %18,8 ve intraoperatif antiviral kullanım sıklığı %25 saptandı. Bebeklerin annelerinde %25'nde hepatit B ve %6,2'sinde hepatit C enfeksiyonu olduğu belirlendi. Bebeklerin %75'inden HIV RNA analizi ve %56,2'sinden HIV proviral DNA analizi gönderilmişti. Bebeklerin tümüne oral antiviral tedavi başlanırken, ortalama antiviral başlama zamanı 16,2±10,8 saat (alt-üst sınır 1-34 saat) idi.

SONUÇ: Ülkemizde neonatal HIV sıklığı ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Neonatal HIV tanılı olgularımızda yabancı uyruklu olma özelliğinin yüksek olduğu, prenatal takip ve anti viral tedavi oranlarının düşük olduğu, önemli bir oranda annelerde ikincil bir bulaşıcı viral hastalık olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, HIV, prognoz

TP-13

Hidrops Fetalis: Sıklık ve Prognoz

Ali Bülbül, Umut Zübarioğlu, Sinan Uslu, Evrim Kıray Baş, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Hidrops fetalis tanısı ile yatırılarak tedavi edilen hastaların etiyolojik dağılım ve prognozunun değerlendirilmesi

METOD: Hastanemizde son on yıllık süre içerisinde doğan ve ağır hidrops fetalis tanısı ile yatırılan tüm bebekler çalışmaya alındı. Bebeklerin demografik özellikleri, hastaların EKO, kromozom analizi, TORCH enfeksiyon göstergeleri, immün durumu ve saptanan etiyolojik dağılımlar ile uygulanan tedavi girişimleri ve prognoz durumu bilgileri geriye yönelik olarak kaydedildi. Bebek verileri tam olmayan bebekler çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Çalışma süresince hidrops fetalis tanısı alan 15 bebek var iken 2 bebeğin verileri tam olmadığı için çalışmadan çıkarıldı. Bebeklerin cinsiyet dağılımı %61,5 kız ve doğum şekli %84,6 sezaryen idi. Ebeveynler arasında akrabalık sıklığı %61,5 oranındaydı. Bebeklerin %69,2'sinin prenatal izlem ve tanısı yoktu. Doğum salonunda bebeklerin %61,5'i entübe edilirken, %38,5'i pozitif basınçlı maske ventilasyonu uygulanmıştı. Olguların %46,2'sine doğumhanede torasentez veya parasentez yapılırken, %69,2 oranında sürfaktan tedavisi uygulanmıştı. Bebeklerin %23,1'i immün hidrops fetalis (Rh uyuşmazlığı) ve %76,9'u non immün hidrops fetalis tanısı almıştı. Rh uyuşmazlığına bağlı olan 2 olguda total kan değişimi uygulanmıştı. Etiyolojik dağılım; Rh uyuşmazlığı 3 olgu, ağır pulmoner stenoz 1 olgu, hipoplastik sol kalp 1 olgu, şilotoraks 1 olgu, serebellar hipoplazi 1 olgu ve konjenital hipotoni 1 olgu iken, 5 olguda her hangi bir neden saptanamadı. İzlemde bebeklerin %53,8'i kaybedildi.

SONUÇ: Çalışmamızda hidrops fetalisin büyük bir oranda non immün nedenler ile geliştiği, prenatal tanı ve izlemin bu bebeklerde yetersiz olduğu, bebeklerin çoğunun doğum sonrası invazif bir girişime ihtiyaç duyduğu belirlendi. Yenidoğan sağlığındaki tüm gelişmelere rağmen mortalite oranının yüksek olduğu tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, hidrops, prognoz

TP-14

Oksijen Desteği Almayan Prematüre Bebeklerin Umbilikal Kord Kan Gazı Değerleri

Sinan Uslu[1], Umut Zübarioğlu[1], Şehrinaz Sözeri[1], Ali Bülbül[1], Ayşegül Uslu[2], Mesut Dursum[1], Evrim Kıray Baş[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], Bülent Güzel[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Kağıthane Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Prematüre bebeklerin doğum anında elde edilen umbilikal arter kan gazı parametrelerini tanımlamak.

MATERYEL VE METOD: Doğum anında herhangi bir tıbbi destek, uygulama ve oksijen desteğine ihtiyacı olamayan <35 gebelik haftalık prematüre bebeklerin umbilikal arter kan gazı örnekleri alındı. Hasta başı kan gazı analizatörü ile elde edilen veriler ortalama, ortanca değerler eşliğinde değerlendirildi.

SONUÇLAR: Değerlendirilmeye alınan 151 prematüre bebeğin ortalama gebelik yaşı 32.9±1.04 hafta, vücut ağırlığı 1888.8±344.5 g saptandı. Prematüre bebeklerin ortalama pH düzeyi 7.25±0.07, pCO2 46.90±7.85, HCO3 20.40±3.43, BE -6,83±3.54 olarak belirlendi. Bebeklerin 30'unun (%19,9) pH düzeyinin <7.20 olması dikkat çekiciydi.

TARTIŞMA: Düşük oksijen düzeyleri ile plasental dolaşımın devam ettiği intrauterine ortamdan daha hazır olmadan ekstrauterin döneme geçen prematüre bebeklerin 5'te birinin pH düzeyinin <7.20 olarak saptanması prematürelik etyolojisi ve adaptasyondaki farklılığa bağlı olabildiği gibi doğum anındaki fetal durumu yansıtabilmektedir. Çalışmada elde edilen veriler doğumda prematüre bebekler için referans olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, umbilical kord, kan gazı

TP-15

Prematüre Bebeklerde Tiroid Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Betül Durucu Tiryaki, Yasemin Akın, Fatma Kaya Narter, İrem Ünal, Abdullah Tiryaki, Şerife Dülger, Saygın Abalı
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Neonatolojideki ilerlemeler preterm doğan bebeklerin hayatta kalma oranlarını arttırmaktadır. Bu bebeklerde nörogelişimin izlemi ve bu alandaki sorunlar da hayatta kalma kadar önemsenmektedir. Tiroid hormonları da normal gelişim için çok önemlidir. Bu çalışmada erken doğan bebeklerde hipofiz-tiroid aksının ve bu aksı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Kliniğimiz yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde 2010-2016 tarihleri arasında yatırılarak izlenmiş, gestasyon yaşı ≤34 hafta olan ve tiroid fonksiyonları değerlendirilmiş 314 (173 kız) bebek çalışma grubumuzu oluşturdu. Bebeklerin prenatal, natal, postnatal özellikleri ve serbest tiroksin (sT4) ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) düzeyleri retrospektif olarak kaydedildi. Tiroid fonksiyonları bebeğin postnatal yaşı ve gestasyon haftasına uygun olarak Adams LM ve ark. tarafından pretermler için belirlenen referans aralıklarına göre değerlendirildi. sT4 düşüklüğü hipotiroksinemi olarak tanımlandı. Bebeklerin özellikleri ve morbidite değişkenleri ile tiroid tetkiklerinin ilişkileri değerlendirildi.

BULGULAR: Ortalama gestasyon yaşı 31.3±2.3 hafta (25-34hf) olan, doğum ağırlığı 500–3050 g arasında değişen bebeklerin %56.4'ü çok düşük doğum ağırlıklı, %42.7'si SGA idi. Hipotiroksinemi 120(%38.1) olguda saptandı. SGA bebeklerde hipotiroksinemi oranı %42.5 iken, AGA bebeklerde %35.4 idi. Hiçbir hastada primer hipotiroidi saptanmadı. Hipotiroksinemi vakalarının 7 tanesine L-tiroksin tedavisi başlandı. Tüm preterm bebeklerde tedavi başlanma oranı %2.2, hipotiroksinemi saptananlarda ise %5.8 idi. Çalışmamızda gestasyon haftası, doğum ağırlığı, APGAR skorları ile sT4 düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı. Hipotiroksinemi saptanan ve saptanmayan gruplar arasında; mekanik solunum desteği alma günü, kord pH ve HCO3 değeri, resüsitasyon uygulanma durumu, surfaktan tedavisi, kronik akciğer hastalığı gelişimi, dopamin tedavisi uygulanması, intraventriküler kanama, sepsis, nekrotizan enterokolit ve parenteral beslenme gün ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır.

SONUÇ: Preterm doğanlarda tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi rutin izlemin bir parçası olmalıdır. Ancak tedavi gereksiniminin belirlenmesinde bu bebeklerde "normal" sT4 değerinin tanımlanması için yeni çalışmalar gereklidir.

Anahtar Kelimeler: preterm, primer hipotriroidi, hipotiroksinemi

TP-16

Obez Çocuklar ile Sağlıklı Çocukların Serum Osteopontin Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Meltem Erol, Şahin Hamilçıkan, Özlem Bostan Gayret, Özgül Yiğit, Emrah Can
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Obez dislipidemik çocuklarla ve sağlıklı çocukların osteopontin düzeylerinin karşılaştırılması ve dislipidemik çocuklardaki osteopontin düzeylerinin klinik ve biyokimyasal etkilerinin eğerledirilmesi amaçlandı.

MATERYAL VE METOD: Çalışmaya toplam 90 obez ve 33 sağlıklı çocuk alındı. Antropometrik değerlendirmeler, biyokimyasal testler ve serum osteopontin seviyeleri ölçüldü. İnsülin direnci, HOMA-IR'ye göre değerlendirildi.

SONUÇLAR: Çalışmaya toplam 123 çocuk, 65 kız (% 52.8) ve 58 erkek (% 35.2) (ortalama yaş 10.62 ± 3.45 yıl) alındı. 33 çocuk (% 26.8) dislipidemi tanısı aldı. Ortalama vücut kitle indeksi, dislipidemik grupta kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulundu (p=0.0001). Ortalama diastolik kan basıncı ve serum osteopontin düzeyleri, iki grup arasında farklı bulunmadı. HDL-C düzeyi dislipidemik çocuklarda anlamlı derecede düşük iken, TC, LDL-C, TG düzeyleri, ALT düzeyleri, sistolik kan basıncı, abdominal çevre ve insülin düzeyleri anlamlı derecede yüksek idi. Dislipidemi hastalarından 28'inde (% 84.84) insülin direnci saptandı. Dislipidemik obez grupta ortalama osteopontin düzeyleri farklı bulundu (60.44 ± 37.84; ile 81.31 ± 15.32 p = 0.005). Dislipidemik gruptaki hastaların% 57.5'inde hepatosteatoz tespit edildi. Çok değişkenli regresyon analizi, trigliserid, BMI ve osteopontin düzeyindeki artışın, dislipidemi tanısı konan obez çocuklarda insülin direnci için risk faktörleri olduğunu gösterdi.

TARTIŞMA: Obez çocukların serum osteopontin düzeyleri yüksektir ve bu yükseklik dislipidemi tanılı obez çocuklarda insülin direnci ile ilişkilidir.

Anahtar Kelimeler: osteopontin, obezite, dislipidemi, insulin rezistansı

TP-17

Adölasan Polikistik Over Sendromu Hastalarında Ortalama Trombosit Hacmi ve Nötrofil Lenfosit Oranının Değerlendirilmesi

Rukiye Taş, Ala Üstyol, Murat Elevli, Hatice Nilgün Selçuk Duru, Kamil Şahin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Polikistik Over Sendromu (PKOS), bir çok genetik ve çevresel etmenin etkili olduğu kronik anovulasyon ve hiperandrojenizm ile tanımlanan bir bozukluktur. PKOS'ta görülen hormonal değişiklikler ile, obezite, glukoz intoleransı ve diğer metabolik bozuklukları birbirine bağlayan esas noktanın, kronik düşük dereceli inflamasyon olduğu öne süren yayınlar mevcuttur. Bu çalışmada adölesan yaş grubundaki polikistik over sendromu hastalarında ortalama trombosit hacmi (MPV) ve nötrofil lenfosit oranı (NLR) parametreleri ile kronik inflamasyonu belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin Polikliniği'ne Aralık 2014 ve Ocak 2016 tarihleri arasında başvuran ve PKOS tanısı alan 13 – 18 yaş aralığındaki 30 olgu ile yaş ve vücut kitle indeksi (VKİ) eşleştirilmiş 30 kontrol vakası çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların fizik muayene yanında, boy, ağırlık, bel çevreleri ölçüldü ve vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Erken folliküler fazda, tüm hastalara venöz kandan, kan şekeri, insülin, total kolesterol, VLDL, HDL, LDL, trigliserit, lökosit, nötrofil, lenfosit, NLR, trombosit ve MPV değerlerine bakıldı. PKOS hastalarında ek olarak, total testesteron, FSH, LH, DHEAS analizleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda PKOS'lu adölesanlarda inflamasyon belirteci olarak kullanılan lökosit sayısı, nötrofil sayısı, NLR ve MPV parametrelerinde anlamlı yükselme saptamadık. PKOS hastalarında NLR değerinin HOMA-IR ile anlamlı pozitif korelasyonu görüldü. lökosit ile bel çevresi arasında pozitif korelasyon bulundu. HOMA-IR ile bel çevresi, VKİ ve nötrofil sayısı arasında pozitif korelasyon mevcuttu. Testosteron seviyesi ile HOMA-IR ve NLR arasında negatif korelasyon saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sendromun hormonal ve metabolik faktörlerine sınırlı maruziyet süreleri sebebiyle adölesan yaş grubundaki PKOS hastalarında inflamasyonun gösterilemediğini düşünmekteyiz. Ayrıca obezitenin tek başına düşük dereceli kronik inflamasyonu tetiklediği bilinmektedir. Hasta ve kontrol grubumuzun ekseriyetle obez adölesanlardan oluşması, PKOS'un inflamasyon yapıcı etkisinin obeziteden bağımsız incelenmesini kısıtlamaktadır. PKOS'un adölesan yaş grubunda düşük dereceli kronik inflamasyon gelişimindeki rolünün ortaya konabilmesi için daha büyük çaplı ve prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: polikistik over sendromu,nötrofil, lenfosit,mpv

TP-18

Taze Donmuş Plazmanın Kullanım Endikasyonlarının Uygunluğunun Değerlendirilmesi

Yiğithan Güzin, Yeşim Oymak, Tuba Hilkay Karapınar, Salih Gözmen, Yılmaz Ay, Raziye Canan Vergin
Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji ve Onkoloji Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Kan transfüzyonu 1900'lü yılların başında kan grubu antijenlerinin keşfedilmesi ile uygulama alanına girmiştir. Daha sonraki süreçte de kanın komponentlerine ayrılarak gereksinim olan kısmının kullanımı söz konusu olmuştur. Bir bağışçıdan elde olunan tam kan ünitesi ardışık santrifüjleme işlemlerinden geçirilerek eritrosit süspansiyonu, trombosit süspansiyonu, taze donmuş plazma (TDP) veya kriyopresipitat elde edilebilir. Kan ürünleri kılavuzlarda belirtilen endikasyonlar hastada mevcut ise verilmesi gerekmektedir. Kan komponentlerinden TDP ve kriyoprespitatın kullanım endikasyonları diğer komponentlere göre daha az bilinmektedir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Bu çalışmada merkezimizde Nisan - Aralık 2016 tarihleri arasında kullanılan TDP kayıtlarına ulaşıldı. Ulusal Kan Ürünleri Rehberinde belirtilen TDP kullanım endikasyonlarını sağlamayanlar uygunsuz transfüzyon olarak kaydedildi Bulgular; Yaş ortalaması 3.5±5.1 yıl olan 90 (%61.6)'ı erkek, 56 (%38.4)'sı kız hasta çalışmaya alındı. Toplam 286 ünite TDP 146 transfüzyon sırasında verildi. Ürünlerin 41 (%28.1)'i cerrahi kliniklerde 105 (%71.9)'ü pediatri kliniklerinde verildi. 146 transfüzyonun 29'u uygunsuz, 117'si uygundu. Servislere göre pediatri kliniklerinde 7 (%4.8),cerrahi kliniklerinde 22(%15) uygunsuz transfüzyon saptandı. Uygunsuz transfüzyonlardan 16 (%39,3)'sı ameliyat, yedisi (%24.1) yanık, beşi (%17.3) koagulasyon parametrelerinde uzama, biri (%3.5) koagülasyon parametreleri normal olmasına karşın gastrointestinal sistem kanaması olması nedeniyle yapılmıştı. Transfüzyon ile ilişkili reaksiyon görülmedi.

SONUÇ: Kan ürünlerinin elde edilmesi gönüllülük esasına dayanan zahmetli ve maliyeti yüksek bir işlemdir. Ayrıca transfüzyon ile ilişkili ciddi reaksiyonlar da göze alınarak yapılmaktadır. Bu çalışmada görüldüğü gibi halen uygunsuz TDP transfüzyon oranı %19.8 bulunmuştur. Erişkin gruplarda bu oran %60'ları bulabilmektedir. Daha düşük uygunsuz transfüzyon oranlarına karşın merkezimizde bu konuda bilgilendirmenin artırılmasının gerektiğini düşünmekteyiz.

Kaynaklar:

1. Northern Neonatal Nursing Initiative Trial Group. Randomisedtrial of prophylactic earlyfresh-frozenplasmaorgelatinor glucose in pretermbabies: Outcome at 2 years. Lancet 1996;348:229-232

2. Stanworth SJ, Brunskill SJ, Hyde CJ, et al. Is freshfrozenplasmaclinicallyeffective? A systematicreview of randomized controlledtrials. Br J Haematol 2004;126:139-152.

3. Akkaş M, Ataman D. Inappropriate Fresh Frozen Plasma Use in Coagulation Disorder. Eur J Surg Sci 2011;2(2):38-41

Anahtar Kelimeler: Taze donmuş plazma, Uygunsuz kullanım, Koagülasyon bozukluğu, Kanama

TP-19

Obezite Nedeniyle Değerlendirilen Çocuk ve Ergenlerde Antropometrik Ve Biyokimyasal Verilerin Karşılaştırılması

Yetkin Ayhan, Saygın Abalı, Yasemin Akın, İrem Ünal, Fatma Kaya Narter, Esra Çetinkaya Polatoğlu
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Obezite, çocukluklarda sıklığı artan önemli bir sağlık sorunudur. Birçok hasta, ölçümleri ve yeterli sağlıklı yaşam önerisi yapılmadan çok sayıda tetkik yapılarak bir ileri basamağa yönlendirilmektedir. Bu çalışmada, Çocuk Endokrinoloji Polikliniği'nde obez çocukların antropometrik ve laboratuvar verilerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Obezite yakınması ile getirilen çocukların boy, ağırlık, bel çevresi ve hastanemizde en az 8 saat açlık sonrası yapılmış serum glukoz, insülin, ALT, AST, lipid profili verileri (n=159, 98 kız) retrospektif olarak değerlendirildi. Hiçbir hastada klinik veya laboratuvar olarak hipotiroidi, Cushing sendromu saptanmadı. Vücut kitle indeksinin (VKİ) Türk Çocukları standartlarına göre 95 persantil üzerinde olması obezite, 85-94 persantil arası olması fazla tartılı olarak tanımlandı. Bel çevresi standart deviasyon skoru (bel SDS) ile açlık glukoz ve insülin kullanılarak bulunan HOMA-IR (homeostatic model assessment-insulin resistance) değeri her çocuk için hesaplandı.

BULGULAR: Yaş ortalaması 11.1±3.0 yıl (aralık 4.7-17.8) idi. Hastalar iki gruba ayrıldı (obez %84.9 ve fazla tartılı %15.1). Bel çevresinin >2 SD olma oranı gruplarda sırasıyla %95.6 ve %20 .8 idi ($p<0.001$). VKİ SDS ile bel SDS arasında anlamlı pozitif korelasyon saptandı. Serum glukozu tüm hastalarda <126 mg/dl idi, 100-125 mg/dl arasında olma (bozulmuş açlık glukozu) oranı obez ve fazla tartılı çocuklarda sırasıyla %26.2 ve % 18.2 idi ($p=0.425$). ALT yüksekliği (> 50 U/l) oranı %9.1 idi ve her iki grupta benzerdi. VKİ SDS, bel SDS ve bel/boy oranı ile insülin, HOMA-IR ve ALT değerleri arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmıştır. Trigliserid düzeyi ile bel SDS arasında anlamlı pozitif korelasyon saptanmış ancak VKİ SDS ile anlamlı ilişki olmadığı görülmüştür.

SONUÇ: Çocukluk çağı obezitesinde doğru yapılmış bir antropometrik değerlendirme, laboratuvarı öngörebilmektedir. İnsülin, hem öngörülebiliyor olması hem de yüksekliğinin tedaviyi değiştirmiyor olması nedeniyle çocukluk çağı obezitesinde aile hekimliği ve çocuk sağlığı pratiğinde ilk basamak tetkikler arasında yer almamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Obezite, insülin, HOMA-IR

TP-20

Ca Sensing Reseptöründe Yeni Tanımlanmış Bir Mutasyona Bağlı Hipoparatiroidi Vakası

Fatma Dursun, Fatma Çiftçi, Heves Kırmızıbekmez
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Kan kalsiyumu direkt olarak PTH'yı, paratiroid kalsiyum algılayıcı reseptörü (CaSR) aktive ederek süprese eder. Serum kalsiyumundaki azalma, paratiroid bezinde CaSR'ü inaktive eder ve PTH salgısı artar. CaSR geninde inaktivasyona yol açan mutasyon sonucunda hiperkalsemi gözlenirken, CaSR geninde aktivasyona yol açan mutasyonda hipokalsemi gözlenir. Çoğunlukla idiopatik hipoparatirodizm olarak değerlendirilen bu hastalara ancak gen analizi ile tanı koyulabilir.

OLGU: 4060 gr sezaryen ile term, 23 yaşında anneden LGA(Large for Gestational Age) doğan bebek 6 günlükken nöbet nedeni ile dış merkezde yenidoğan yoğunbakım servisine yatırılmış. Burada hipoparatiroidi tanısı alan hasta 15 aylıkken çocuk endokrinoloji polikliniğimize başvurdu. Aralarında akrabalık olmayan sağ ve sağlıklı anne babanın ilk çocuğuydu.Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 13.3 kg(+ 2.1 SDS), boy: 78 cm (-0.64 SDS)), ön fontanel kapalı, baş çevresi:46 cm(-0.69 SDS), genital ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde kalsiyum: 7.5 mg/dl, spot idrarda kalsiyum/kreatinin:0.5, 25-Hidroksi Vitamin D:12.6ng/mL, Alkalen Fosfataz:272 IU/L, Fosfor:9.2mg/dL, PTH:14.6 pg/mL.Hastanın aktif vit D ve kalsiyum tedavisi düzenlendi. Nefrokalsinozis açısından yapılan üriner ultrasonografi normal olarak saptandı. Hasta hipoparatiroidi etyolojisi açısından tetkik edildi, anne ve babadan Kalsiyum, Fosfor, Alkalen fosfataz, Paratiroid hormon düzeyleri gönderildiğinde annenin de hipokalsemisi olduğu tespit edildi. Hiperkalsiürik hipokalsemisi olan hastada ilk planda Otozomal dominant geçiş gösteren Calcium Sensing Reseptör geninde mutasyon düşünüldü, genetik analizi yapıldı. Hastada yapılan genetik analizde daha önce tanımlanmamış CASR geni 3. ekzonunda bulunan p.Gln117Arg (c.350A>G) değişimini heterozigot olarak taşıdığı saptandı.

SONUÇ: Bu hasta nadir görülen bir hipokalsemi nedeni olduğu ve yeni bir mutasyon saptandığı için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: hipokalsemi, CaSR mutasyonu, PTH

TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLER-2

E-POSTER ALANI

7 Mart 2017
17:00 - 17:30

	Oturum Başkanları	
1. Grup	*Ahmet Sami Yazar*	*Esra Yücel*
2. Grup	*Hilal Susam Şen*	*Burcu Karakayalı*
3. Grup	*Berna Hamiçıkan*	*Miray Yıldırım*
4. Grup	*Alper Kaçar*	*Fatih Aygün*

TP-21

Anne Sütü Alma Süresinin Yaşamın İlerleyen Yıllarında Üst Solum Yolu Enfeksiyonu Sıklığına Etkisi

Seçil Arıca[1], Mehmet Ziya Gençer[2], Vefik Arıca[3], Mehmet Taşkın Egici[4], Fatih Alıcıoğlu[5]
[1]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Okmeydani Eğitim Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[2]Ankara ili Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara
[3]Yeniyüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[4]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İstanbul
[5]Bingöl İli Adaklı İlçe Entegre Hastanesi, Bingöl

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı 24-72 ay arasındaki çocuklarda antibiyotik kullanım oranlarını ve emzirme süresi ile yaşamın ilerleyen yıllarında üst solunum yolları enfeksiyon sıklığını araştırmaktır.

YÖNTEM: 2014 Mayıs–2014 Temmuz tarihleri arasında İstanbul ili Okmeydanı Eğitim-Araştırma Hastanesine ve Bingöl ili Adaklı İlçe Entegre Hastanesine başvuran 283 çocuğun ebeveyni ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak görüşüldü.

BULGULAR: Eğitim düzeyi yüksek annelerin çocuklarının daha az enfeksiyon geçirdiği ve daha uzun süre anne sütü aldığı saptanmıştır. Çalışma kapsamında değerlendirilen çocukların yılda geçirdiği enfeksiyon sayısı ortalama 4,6+2,4 kez olup yılda kullanılan antibiyotik kutu sayısı ortalama 3,0+1,8 kutudur. Yılda 8 kez ve üzeri enfeksiyon geçirenler sık enfeksiyon geçiriyor olarak kabul edildi ve iki grup yapılmıştır. Sık enfeksiyon geçirenlerde ortalama anne sütü alma süresi 10,9+8,8 ay iken sık enfeksiyon geçirmeyen çocuklarda ortalama anne sütü alma süresi 15,8+7,0 ay idi.($p<0,005$). Hem annesi hem babası sigara içen çocuklarda sık enfeksiyon geçirme olasılığı 17 kat artıyordu (OR=17,2; $p<0,0001$).

SONUÇ: Uzun süre anne sütü alan çocukların yaşamın ilerleyen yıllarında daha az enfeksiyon geçirdiği saptanmıştır. Anne eğitim düzeyinin, anne sütü alma süresini ve enfeksiyon sıklığını etkilediği bununla birlikte ebeveynleri sigara içen çocukların daha fazla enfeksiyon geçirdiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu, Enfeksiyon Sıklığı, Emzirme, Çocuklar, Pasif Sigara İçiciliği

TP-22

İnfantil Koliği Etkileyen Faktörler

Reyhan Üstündağ[1], Ezgi Kaçar[2], Seçil Arıca[3]
[1]Sivas Hafik Hacı Esma Kocacık İlçe Hastanesi, Sivas
[2]Erzurum Şenkaya İlçe Hastanesi, Erzurum
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Süt çocukluğu döneminin en sık rastlanan rahatsızlığı olan infantil kolik (İK), aileyi ve hekimi sıkıntıya sokabilen, maddi ve manevi kayıplara neden olabilen bir sendromdur. Tanımında Wessell'in tanımı en çok kabul görendir. Gelişimi normal olan, sağlıklı bebeklerde, en az 3 hafta boyunca haftada 3 günden, günde 3 saatten fazla süren ve başka bir nedenle açıklanamayan huzursuzluk, ajitasyon ve ağlamaların olduğu tabloya İK denilmektedir. Çalışmamızda İK'yı etkileyen faktörler incelenmiştir.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamızda yaşları 1-5 ay arası değişen 150 bebek randomize olarak çalışmaya alındı. İnfantlarda İK prevalansı, risk faktörleri ve tedavi seçeneklerinin araştırılması planlandı. Wessel ölçütlerine uygun olan bebekler İK olarak kabul edildi. Veriler geniş kapsamlı anket soruları ile toplandı ve SPSS15 paket programı kullanılarak analiz edildi. İstatiksel karşılaştırılmasında $P< 0.05$ düzeyi istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 150 bebeğin %50'sinde kolik öyküsü bulunmaktaydı. Vaka ve kontrol gruplarının cinsiyet dağılımı aynıydı(kız:%46,7 erkek:%53,3). Birinci çocuk olmak İK gelişme riskini 1,6 kat arttırıyordu(OR:1,632 P:0,004). Kardeşlerinde İK öyküsü bulunan bebeklerde İK olma riski 1,53 kat fazlaydı (OR:1,56 P:0,033). Gebelikte kötü ruh haline sahip olduğunu belirtenlerin bebeklerinde İK gelişme riski 9 kat fazlaydı(OR:9,0 P:0,0001).

TARTIŞMA: Lucasseen'in ve Crowroft'un çalımasıyla uyumlu olarak çalışmamızda kolik varlığıyla anne yaşı, doğum şekli, doğum ağırlığı arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Kolik ağlamalar; bebek bakımı konusundaki deneyimsizliklerinin getirdiği yüksek ebeveyn stresi ve artmış ebeveyn öfkesi ile ilişkilendirilebilinir. Maternal endişe, genç anne, annenin eğitim düzeyi, baba ile birlikte yaşamama, sosyal desteğin yetersiz olmasıda İK riskini arttıran diğer faktörlerdir. Çalışmamızda düşük ebeveyn güvenini doğrulayacak şekilde İK riskini; ilk çocuk olmak 1,6 kat, annelerin gebelikteki ruhsal durumunu kötü olarak belirtmesi 9 kat arttırmaktaydı.

SONUÇ: İK her ne kadar ailelerde büyük endişe uyandıran, bebek ve ailenin hayat kalitesini olumsuz anlamda etkileyen bir durum olsa da kendini sınırlayan bir durumdur. Genellikle prognozu mükemmeldir. Biz aile hekimlerine bu konuda aileleri infantil kolik konusunda doğru bilgi akışını sağlamak düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: Aile Hekimliği, İnfantil Kolik, Wessell

TP-23

Çocuklarda Duodenitlerin Klinik ve Endoskopik Özelliklerinin Değerlendirilmesi: 5 Yıllık Deneyim

Nafiye Urgancı[1], Tuğçe Kurtaraner[2], Ayşe Merve Usta[1], Banu Yılmaz[3]
[1]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul
[2]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[3]SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Literatürde çocukluk çağı gastrit ve özofajit ile ilgili yapılmış birçok çalışma olmasına karşın duodenitlerin değerlendirilmesi ile ilgili veri oldukça kısıtlıdır. Bu çalışma ile çocuklarda biyopsi ile kanıtlanmış duodenitlerin etyolojik, endoskopik ve patolojik özellikleri irdelenmiştir.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Ocak 2011-Aralık 2014 tarihleri arasında hastanemiz çocuk gastroenteroloji bölümü tarafından üst GİS endoskopisi yapılan hastaların patoloji raporları taranarak duodenit saptanan hastalar geriye dönük olarak incelendi.Hastaların yaş,cinsiyet,başvuru yakınmaları,endoskopi bulguları,histopatolojik bulguları ve etyolojik dağılımları dosya kayıtlarında geriye dönük olarak kaydedildi.

BULGULAR: Üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapılan 3368 olgudan 797'sinde(%23,6) duodenit saptandı. Olguların %53,3'ü kız,%46,7'si erkek olup yaş ortalaması 9,1 ±3,2 yaş idi. Olguların başvuru yakınmaları incelendiğinde %50,3'ünde epigatrik ağrı,%46'sında regürjitasyon,%64,6'sında periumbilikal ağrı,%51,9'unda kusma,%25'inde kanama,%31,9'unda büyüme-gelişme geriliği,%11,9'unda tedaviye dirençli demir eksikliği,%22,9'unda ishal-kabızlık saptandı. Endoskopik bulguların dağılımına göre olguların %46'sında özofageal hiperemi,%52,4'ünde corpusta hiperemi,%83,9'unda antral hiperemi,%61,4'ünde antral nodülarite,%41,1'inde bulbusta hiperemi,%28,8'inde bulbusta ülser %70,8'inde duodenumda hiperemi ve %16,9'unda taraksı görünüm bulundu. Histopatolojik bulguların dağılımı incelendiğinde ise %45,7'sinde antrumda akut iltihabi hücre pozitifliği,%54,2'sinde antrumda kronik iltihabi hücre pozitifliği ve %46'sında H.pylori pozitifliği saptanırken, %30,1'inde duodenumda intraepitalyal lenfosit artışı, %25,7'sinde duodenumda villus atrofisi,%0,6'sında Brunner gland hipertrofisi,%0,25'inde lenfatiklerde genişleme gözlendi. Olguların %46'sında H.pylori gastriti %25,7'sine Çölyak hastalığı, %23,3'üne nonspesifik gastrit,%4'ünde giardiazis,%0,12'sinde Brunner gland adenomu tanısı konuldu.

TARTIŞMA: Endoskopik biyopsilerin histopatolojik incelenmesi sonucu olguların %23,6'sında duodenit ve yüksek oranda gastrit ile duodenit birlikteliğini saptadık.Ayrıca endoskopik olarak saptanan duodenal hipereminin histopatolojik olarak da doğrulandığını tespit ettik. Atipik çölyak hastalığı yanı sıra karın ağrısı kliniği ile başvurup laboratuar incelemelerinde giardia saptananamasına rağmen histopatolojik olarak çöliak ve giardiazis tanısının konulmasında oldukça önemli olmaktadır.Sonuç olarak üst GIS endoskopilerinde duodenal lezyon tespit edilmese de biyopsi alınmasının tanıda oldukça yardımcı olabileceği kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: duodenit,üst gis endoskopisi,gastrit

TP-24

Çocuklarda Farklı İdame Sıvı Tedavileri ve Güvenilirliği

Reşat Gürpınar, Burcu Karakayalı, Şirin Güven, İsmail İşlek
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Pediatrik idame sıvı tedavide güncel görüş izotonik veya izotoniğe yakın sıvılar kullanılması yönündedir. Ancak, idame sıvı tedavisinde izotonik olarak SF mayii kullanımı reno-vasküler, elektrolit ve metabolik denge açısından çeşitli komplikasyonlara yol açabilmekte ve son yıllarda idame SF tedavisinden kaçınılması tavsiye edilmektedir. Biz servisimizde yatmış farklı idame mayii verilmiş hastaların sonuçlarını retrospektif olarak değerlendirerek, farklı sıvıların güvenilirliğini araştırdık.

YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde, 01.12.15-01.03.2016 tarihleri arasında,çeşitli tanılarla hastanede yatarak tedavi görmüş ve idame mayii olarak 3 farklı içerikli mayii verilmiş olan toplam 91 hastanın sonuçları retrospektif olarak değerlendirdik. Hastalar 1/3 SF [n:30], ½ SF; [n:31], ve Isolyte-S® [n:30] olmak üzere 3 gruba ayrıldı. Hastaların yaşları, hastaneye yatış tanıları, vücut ağırlıkları, vücut ağırlıklarının metre-kare (m^2) olarak karşılığı kaydedildi. Laboratuar olarak Na, K, Cl, BUN, Cr, ALT ve AST, CBC, TİT, Kan gazları, ADH değerleri kaydedildi. Herhangi bir komplikasyon gelişip gelişmediği incelendi. Klinik sonuçları etkileyebilecek kronik metabolik hastalık ve/veya benzeri hastalığı olanlar ile uygunsuz ADH salgılatabilecek Merkezi Sinir Sistemi patolojisi ve/veya enfeksiyonu olan vakalar çalışma dışında bırakıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda, üç farklı sıvı verilmiş gruplar içinde elektrolit dengesizliği saptanmadı. Hiponatremi ve ADH değerleri arasında istatistiksel anlamlı farklılık bulunmadı. İdame SF kullanımından sonra görülebilen metabolik asidoz, hiç bir hastamızda saptanmadı. Çalışmaya alınan tüm parametreler göz önünde bulundurulduğunda, her üç grubun kendi arasında istatistiksel anlamlı fark yaratcak değerler olmadığı gibi, grupların kendi içlerinde de patolojik değerlere rastlanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuk hastalarda bu üç sıvı çeşidinin; 1/3 SF, ½ SF, ve Isolyte-S® (dengeli sıvı)'nın idame sıvı tedavisi seçeneği olarak güvenle kullanılabileceği kanısındayız. Bu konuda ideal veya ideale yakın önermelere varılabilmesi için vaka sayısı açısından daha geniş, daha kapsamlı komplikasyon yelpazesine sahip, mümkün olan en fazla pediatrik yaş grubunu içerisine alan respektif çalışmalara ihtiyaç olduğu görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: elektrolit,idame,mayii,pediatri

TP-25

Akut Karın Ağrısı Şikayeti ile Başvuran Hastalarımız

Mehmet Alay, Yasemin Akın, Ebru Şenol, Esra Çetinkaya Polatoğlu, Rabia Alay, İrem Ünal
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Çocuk Acil Polikliniğine sık başvuru nedenlerinden birisi olan akut karın ağrısı; çocukluk yaş grubunda genellikle dahili nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan, bazen kendiliğinden düzelen; cerrahi nedenlerden ayırt edilmesi gerekli olan acil bir durumdur. Çalışmamızda çocuk hastalarda akut karın ağrılarının başvuru sıklığını ve dağılımını incelemek amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: 2015 yılında Çocuk Acil Polikliniğimize 1 haftadan daha kısa süredir olan karın ağrısı şikayeti ile başvuran, batın operasyonu ve travma hikayesi olmayan olgularda; yaş, cinsiyet, karın ağrısının mevsimsel dağılımı, eşlik eden bulgular, karın ağrısı bölgeleri, laboratuar ve görüntüleme tetkikleri, kesin tanılar ile dahili ve cerrahi nedenlerle ilgili parametreler değerlendirildi.

BULGULAR: Çocuk Acil Polikliniğimize başvuran 105.683 olgudan 5713'ü(%5,4) akut karın ağrısıyla gelmişti. Bu hastalardan kesin tanıya ulaşılan 1897'si(%33,2) çalışmamıza alındı. Olgularımızın %54,2'si kız çocuktu, kız/erkek =1.1 bulundu. Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 7,03±3,07 yıl(2-14 yıl), erkek yaş ortalaması 7,05±3,15 yıl, kız 7,01±3,00 yıl bulundu. Başvuruların %32,68'sı kış mevsiminde, %25,67'si ilkbaharda, %21,98'i yazın, %19,66'sı sonbaharda olmuştu. En sık eşlik eden semptomlar; ishal(%20,24), kusma(%13,1) ve ateş(%10,8) olarak saptandı. Hastaların %92,7'sinin tüm batında ağrı ile başvurduğu, bunların %45.1 erkek, %54.9 kız olduğu görüldü. Çalışmamızda; en sık akut karın ağrısı nedeninin akut gastroenterit(%38,1) olduğu, bunu üst solunum yolu enfeksiyonlarının(%29,9), üriner sistem enfeksiyonlarının(%13,3) ve fonksiyonel karın ağrısının(%11) izlediği saptandı. Çalışma grubumuzda cerrahi neden olarak sadece akut apandisit yer aldı ve akut apandisit tanısı alan 23(%1,2) olgunun hepsine cerrahi müdahelede bulunuldu.

SONUÇ: Çalışmamızda akut karın ağrısı etiyolojisinde literatür bulguları ile uyumlu olarak akut gastroenterit en sık neden olarak saptandı ve acil gözlemde akut karın ağrısı nedeniyle izlenen hastalarda cerrahi dışı nedenlerin çok daha sık olduğu izlendi. Karın ağrısı şikâyeti ile başvuran çocukların büyük çoğunluğunun sonuç tanılarına bakıldığında; ayrıntılı hikayelerinin alınması ve dikkatli fizik muayenelerinin yapılmasının, hastaların büyük bir kısmında tanıyı koymada ve tedaviyi yönlendirmede yeterli olacaktır. Bu durumun bilinmesi gereksiz tetkiklerden kaçınmak açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Akut karın ağrısı, acil, çocuk

TP-27

Olgu Sunumu: Stevens-Johnson Sendromlu Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Dilek Emniyetli, Nagihan Eyi, Havva Öztürk, Seda Korkut, Fevzi Orhan, Fatma Gökçe Ertav, Deniz Cantürk, Bahar Yalçın, Cansu Hallı, Dilay Aydoğan, Reyhan Güzel, İlknur Kaya
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çoçuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Stevens-Johnson Sendromu (SJS); yüksek ateş, pürülan konjektivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli deri lezyonlarıyla karakterize bir hastalıktır. Etyolojisinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Olguların yarısından çoğunda ilaçlar sorumlu olmakla birlikte infeksiyonlar, kimyasallar ve malign hastalıklar da etyolojide rol alabilir. Acil müdahale ile kendini sınırlayabilirken, sepsis veya ölümle de sonuçlanabilir. SJS için özel bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Şüphelenilen ilacın kesilmesi tedavide ilk basamaktır ve destek tedavisiyle birlikte SJS tedavisinin temelini oluşturur. Bu nedenle SJS'nin ciddi boyutlara ulaşmadan iyileştirilmesinde hemşirelik bakımının rolü oldukça önemlidir. Olgumuzda SJS'li çocuğun ailesinden onam alınmış olup, hemşirelik bakımı NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda anlatılmaktadır. Ateş, boğaz ağrısı, halsizlik ve öksürük şikayetli ile özel hastaneye başvuran hastaya 3 gün önce antibiyotik başlanmıştır. Şikayetleri geçmeyen, vücudunda döküntüler görülen, genel durumu kötü olan hasta dış merkezden çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. NANDA hemşirelik tanılarına göre bakımı planlanan hastaya; SJS ile ilişkili tüm vücudunda açık yaralar, patlamış ve patlamamış büller ile bulgulanan cilt bütünlüğünde bozulma; ağız içinde ve dudak kenarında yaygın yaralar ile bulgulanan oral mukozal membranda bozulma; 39 C ile bulgulanan vücut sıcaklığında değişim/hipertermi; vücudundaki ve ağzındaki açık yaralarla ilişkili hastanın kendi ifadesi ile bulgulanan (ağrı puanı 7/10) ağrı; yüksek ateşe bağlı sıvı kaybı ve ağzındaki yaralar nedeniyle sıvı alımında azalma ile bulgulanan sıvı volüm dengesizliği hemşirelik tanıları kondu. En önemli sorun olan deri bütünlüğünde bozulma tanısına yönelik hastanın tüm vücudu günde bir kez distile steril suyla yıkanarak aseptik tekniklerle steril tül gras sargı ile kapatıldı. Yatak takımları steril olacak şekilde değiştirildi. Yüz bölgesindeki yaralarına bactroban bepanthen dönüşümlü olarak günde 6 kez uygulandı.Göz kapaklarında yapışma olmasını önlemek için günde 6 kez serum fizyolojik ile bakım yapıldı uygun damlalar damlatıldı. İki saat aralıklarla destekleyici pozisyon yastıkları yardımı ile pozisyon verildi. Çocuk yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavisi tamamlanan hasta, vücudundaki açık yaralar iyileşmiş bir şekilde çocuk kliniğine transfer edildi.

Anahtar Kelimeler: çocuk yoğun bakım ünitesi, NANDA, tül gras sargı, açık yara

TP-28

Konjenital Kataraktlı Olgularda Klinik Uygulamalarımız

Semra Tiryaki Demir, Dilek Güven, Deniz Özalp, Ayşe Burcu Dirim, Selam Yekta Şendül, Hatice Bilge Araz Arşan, Seval Cevher Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Konjenital katarakt nedeni ile katarakt cerrahisi uyguladığımız olgularımızı bildirmek.

YÖNTEM: Aralık 2014-Aralık 2016 tarihleri arasında lökokori, şaşılık veya obje takibi olmaması şikayeti ile başvuran veya dış merkezden konjenital katarakt tanısı ile kliniğimize yönlendirilen bebekler çalışmaya dahil edildi. Görme kaybı veya görme azlığı oluşturacak, optik aksı kapatan konjenital kataraktlı olgulara cerrahi tedavi uygulandı. Tüm olgulara pars plikata veya korneal girişli lensektomi, ön-arka kapsülotomi ve ön vitrektomi operasyonu uygulandı. 1.5-2 yaşına gelen olgulara ek olarak göz içi intraoküler lens yerleştirildi. Postoperatif dönemde; kontakt lens veya afak gözlük ile optik düzeltme yapıldı. Olgular cerrahi sonrası dönemde ambliyopi (göz tembelliği) tedavisi için kontakt lens, şaşılık ve ergoterapi birimimizde takibe alındı.

BULGULAR: 10'u kız 6'sı erkek olmak üzere toplam 16 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların 10'unda (%62) bilateral, 6'sında (%38) unilateral konjenital katarakt mevcuttu. Unilateral olan olguların 2'sinde (%12) optik aksı kapatan persistan fetal damarlanma mevcut idi. Olgulara katarakt cerrahisi uygulama yaş ortalaması 6,1 ay (1-24) idi. 14 olguya (%88) pars plikata girişli lensektomi operasyonu uygulandı ve afak bırakıldı. Afaki düzeltimi; 14 olgunun 12'sinde kontakt lens, 2'sinde afak gözlük ile yapıldı. 24 ve 30 aylık olan diğer 2 olguya (%12) aynı seansta korneal girişli katarakt cerrahisi ve göz içi intraoküler lens implantasyonu operasyonu yapıldı. Olguların 4'ünde (%25) kapsüler fimozis nedeni ile optik aksın kapanması sonucu sekonder kapsülotomi operasyonu uygulandı.

TARTIŞMA: Kliniğimizde konjenital kataraktlı olgularda pars plikata girişli katarakt cerrahisi tercih edilmektedir. Komplikasyonsuz cerrahiye rağmen optik aksı açık tutmak için tekrarlayan cerrahi müdahaleler gerekebilir. Görsel prognozda katarakt cerrahisinin başarısı kadar, post-operatif dönemde optik düzeltme ve ambliyopi tedavisine uyum da oldukça önemlidir. Kliniğimiz, konjenital kataraktlı olguların görsel rehabilitasyonunda retina, kontakt lens, şaşılık ve ergoterapi birimi olmak üzere multidisipliner olarak yaklaşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: konjenital katarakt,multidisipliner yaklaşım, pars plikata lensektomi

TP-29

Bel Ağrısı Nedeni İle Gelen Hastada Tesadüfen Tanı Alan Herediter Sferositoz Olgusu

Rıdvan Avcı, Özlem Akgün, Murat Elevli, Hatice Nilgün Selçuk Duru, Osman Büyükşen
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Kalıtsal sferositoz oldukça sık rastlanılan bir hemolitik anemidir. Etkilenen bireylerde hafif ve orta derece bir hemoliz vardır. Genellikle aile öyküsü alınır, klinik ve laboratuvar bulguları da tipik olduğu için çoğunlukla ileri tetkike gereksinim duyulmadan tanı konulur. Aile öyküsü alınmayan ve atipik seyreden olgularda eritrosit zar bozukluğunu belirlemek için eritrosit zar proteinlerinin ölçümü gerekebilir.

OLGU: 14 yaşında kız hasta bölümümüze geceleri idrar kaçırma ve bel ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın mevcut şikayetleri son birkaç gündür ortaya çıkmış ve zaman zaman hafif derecede sarılığı oluyormuş. Hastanın özgeçmişinde allerjik rinit dışında özellik yok. Ailede benzer öykü yok. Yapılan fizik muayenede hasta soluk ve ikterikti ve splenomegali mevcuttu. Batın ultrasonografide splenomegali saptandı (16.8 cm). Safra kesesinde kalkül saptanmadı. Laboratuvar incelemelerinde Hb 8.3 g/dL Hct %27.6 MCV 91.3 fL retikülosit %4.16 total bilirubin 1.44 mg/dL direkt bilirubin 0.31 mg/dL indirekt bilirubin 1.13 mg/dL, periferik yaymada sferositler mevcuttu ve osmotik frajilite testi artmış olarak tespit edildi. Parvovirüs Ig M pozitif gelmesi üzerine herediter sferositoz zemininde parvovirüs enfeksiyonuna bağlı hemoliz olarak değerlendirildi. Enürezis nokturna etyolojisi açısından yapılan tetkiklerde özellik saptanmadı. Enürezis nokturna ile herediter sferositoz arasında bir ilişki bulunamadı.

SONUÇ: Bu hastada bel ağrısının sebebi hemoliz olarak düşünüldü. Dolayısı ile biz bu olguda herediter sferositoz hastalarının çok farklı şikayetlerle gelebileceğini vurgulamak istedik. Ayrıca hastaların daha ileri yaşlarda semptom verebileceği ve hastalık otozomal dominant geçiş özelliği göstermesine rağmen her zaman aile hikayesi olmayabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bel ağrısı, Enürezis nokturna, Herediter sferositoz

TP-30

Yumurta Allerjisi Öyküsü Olan Hastalarımızda Kızamık ve Kızamık - Kızamıkçık - Kabakulak Aşılaması Sonrası Durumlarının Değerlendirilmesi

Ramina Rzayeva[1], Gizem Kara Elitok[2], Türkan Toraman[2], Memnune Evci[2], Sinan Uslu[3], Ali Bülbül[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlam Çocuk ve Yenidoğan İzlem Polikliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

GİRİŞ- AMAÇ: Besin allerjisi, bebeklik ve çocukluk çağında sık görülen allerjik hastalıklardandır. Yumurta embriyosu kullanılarak üretilen bazı aşı preparatları (kızamık-kızamıkçık-kabakulak, influenza,vb) yumurta proteini içerebilmektedir. Yumurta allerjili çocuklarda oluşabilecek allerjik reaksiyonlardan dolayı kızamık ve kızamık-kızamıkçık-kabakulak (KKK) aşılamasında çekinceler yaşanmakta ve hastaların aşılanmasında gecikmelere neden olmaktadır. Bu nedenle yumarta alerjisi öyküsüyle sağlam çocuk polikliniğimize başvuran hastalarımızın Kızamık ve KKK aşısı sonrası durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Sağlam Çocuk Polikliniğimize Ocak 2015- Aralık 2016 tarihleri arasında yumurta allerjisi öyküsü ile başvuran ve Kızamık(9.ay) yada KKK aşısı (12.ay) uygulanan hastalar retrospektif olarak çalışmaya dahil edildi. Aşılama sonrası kliniğimizde bir saat izlenen hastaların alerjik reksiyon açısından durumları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamız süresinde Sağlam Çocuk polikliniğimizde yumurta alerjisi öyküsü olan 45 hastaya 29 doz KKK ve 21 doz Kızamık aşısı uygulandığı belirlendi. Hastaların yaş ortalamaları 11.2 (9-15) ay olup %58 (n=26)'i erkek ve % 42 (n=19) kızdı. Aşılama sonrası kliniğimizde izlenen hastaların hiç birisinde alerjik reaksiyon gözlenmedi.

SONUÇ: Yumarta alerjisi öyküsü olan hastaların Kızamık ve KKK aşısı uygulaması sırasında farklı bir protokol uygulamasına gerek yoktur. Ancak aşı yapılan merkezlerde olası alerjik reaksiyonlara müdahale edilebilir koşullar hazır bulundurulmalı ve hastalar bu açıdan gözlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Allerji,yumurta,aşı,

TP-31

Febril Konvülziyonla Başvuran Çocuklarda Profilaksi Deneyimimiz

Nihan Uygur Külcü, Abdulkadir Bozaykut, Nil Sarıçiçek, Erdal Sarı, Özlem Temel, Serpil Değirmenci, Feyza Yıldız
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Febril konvülziyon (FK) selim olmasına rağmen nöbetin tekrarlama özelliği göstermesi ve nadir de olsa epileptik nöbete dönüşme riski nedeniyle önemini ve güncelliğini korumaktadır. FK'da antiepileptik ilaç (AEİ) profilaksisi günümüzde hala tartışılmaktadır. Hastanemize FK ile başvuran çocuklarda AEİ profilaksi uygulamalarımızı değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Zeynep Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil ve Çocuk Polikliniği'ne FK ile başvuran hastaların dermografik özellikleri, nöbet tipi, profilakside uygulanan ilaç oranları, ilaç başlanma zamanı ve yan etkileri hasta dosyalarından değerlendirdik.

BULGULAR: Hastanemize başvuran 228 FK'lı çocuk %93'ü basit, %7si komplike febril konvülsiyon olarak değerlendirildi. En sık %39.5 oranında jeneralize tonik nöbet izlendi. Çocukların %42'sine AEİ profilaksi verildi. Olguların 18'ine ilk nöbetten sonra, 78'ine ise iki ve daha fazla nöbetten sonra profilaksi başlandı. Profilakside sodyum valproat (%79.5), fenobarbital (%9.3), aralıklı diazepam (%11.5) kullanıldı. Profilaksi alanların %18'inde yan etki izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Febril konvülziyonda uzun süreli antiepileptik ilaç profilaksisinin gerekli durumlarda uygulanmasının düşük oranda yan etkileri olsa da faydalı olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: febril konvülziyon, çocuk, profilaksi

TP-32

Hipotonik Bebekte Algoritma ile Karar Vermenin Önemi: Olgu Sunumu

Bekir Yükcü[1], Onur Küçüközer[1], Gülşen Köse[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İstanbul

GİRİŞ: Hipotoni, eklemlerin pasif hareketlerine karşı kasların gösterdiği dirençte azalma olmasıdır. Hipotoni, beyin, spinal kord, periferik sinirler ve kasların hastalığına bağlı nörolojik disfonksiyon sonucu ortaya çıkan bir semptomdur. Santral hipotonide beyin işlevlerinde anormallikler, yüzde biçim bozukluğu, diğer organ anormallikleri, tendon reflekslerinin normal ya da canlı olması gibi klinik özellikler bulunabilir. Periferik hipotonide tendon reflekslerinin azalması veya bulunmaması, diğer organlarda anormalliğin olmaması, fasikülasyon, kas atrofisi gibi klinik özellikler bulunabilir.Biz bu olgu sunumunda hipotoninin nadir bir nedeni olan Konjenital Glikozilasyon Defekt (CDG)'li bir hastayı sunmak istedik.

OLGU: 10 aylık kız hasta oturamama şikayetiyle getirildi. Hastanın özgeçmişinde prenatal dönemde takipli ve sorunsuz olduğu, normal spontan vajinal yolla, miadında doğduğu, postnatal dönemde sorun olmadığı öğrenildi. Anne baba arasında 2.dereceden kuzen evliliği vardı. Yaşayan 3 kardeşinden 2'sinde mental ve motor retardasyon mevcuttu. Bir kardeşi de 3 günlükken nedeni bilinmeyen şekilde kaybedilmişti. Hastanın fizik muayenesinde gluteus maximus kasında yağ yastıkçık defekti ve meme başlarında içe dönüklük mevcut olup hastanın kardiyovasküler, sindirim, solunum sistem muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Baş kontrolü, anlamlı gülümseme ve dönme yoktu, kranial sinirlerin muayenesi sağlam, göz dibi bulguları normal, derin tendon refleksleri normoaktif olup patolojik refleksleri yoktu. Paro-Panjan ve arkadaşlarının hipotonik infantlar için geliştirmiş olduğu algoritmayı kullanarak hastamızı değerlendirdik. Sırasıyla anamnez, fizik muayene, biyokimyasal, metabolik testler, görüntüleme sonrasında belirlenen ön tanıya yönelik gönderilen tetkikin CDG tip 1 ile uyumlu olduğu bulundu.

SONUÇ: Hipotoni nedeniyle başvuran yenidoğan ve bebeklerin dikkatli bir klinik muayenelerinin yapılması ve öykülerinin alınması kısaca hastaların algoritmik değerlendirilmesi en önemli basamaktır. Bu olgu sunumunu hazırlamaktaki amacımız hipotoni ile başvuran hastalarda algoritmik yaklaşım sayesinde doktorların kolay ve hızlı tanı koymasına yardımcı olmak, hastalara can yakıcı ve gereksiz masrafların yapılmasının önüne geçmek ve son yıllarda gittikçe artan CDG'nin ayırıcı tanıda akılda tutulmasını sağlamaktır.

Anahtar Kelimeler: Hipotonik infant, CDG, Algoritma

TP-33

Bir Olgu Sunumuyla Çocukluk Çağında Nadir Görülen Bir Hastalık: Nörobehçet Hastalığı

İhsan Kafadar[1], Bekir Yükcü[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Behçet Hastalığı (BH), ilk olarak Hulusi Behçet tarafından tanımlanan, cildi, eklemleri, periferik damarları, sinir sistemini ve diğer bütün organları tutabilen sistemik vaskülittir. Günümüzde tanı,tekrarlayan aftöz veya herpetiform oral ve genital ülserler, üveit, erythema nodosum ve pozitif paterji testini içeren kriterlere dayanılarak konulur.Coğrafi bölgelere göre değişkenlik gösteren hastalık en sık Türkiye, Yakın Doğu ülkeleri ve Japonya'da görülmektedir.BH'de nörolojik tutulum ilk kez 1941 yılında tanımlanmıştır. Farklı çalışmalarda nörolojik tutulum sıklığının %2.2-50 arasında değiştiği bildirilmektedir.Hastalık tanısı konulduktan ortalama beş yıl sonra nörolojik semptomlar izlenmektedir.Nörolojik olmayan bulguların sıklıkla nörolojik bulgulardan önce görülmesine karşın bazen bu bulgular belirgin olmayıp tanı güçlüklerine yol açabilmektedir.Bu olguda çocukluk çağında nadir görülen Nöro-Behçet Hastalığı (NBH) tanısı alan bir hastayı sunduk.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta baş dönmesi, baş ağrısı ve mide bulantısı şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Hastanın hikayesinde yaklaşık 1 yıl önce periferik fasyal paralizi geçirdiği, bu nedenle tedavi aldığı ve şikayetlerinin geçtiği öğrenildi.Ayrıca yaklaşık 2 ay önce yine baş dönmesi şikayeti olması nedeniyle bir sağlık kuruluşuna başvurmuş.Orada yapılan tetkiklerde sorun yokmuş ve takiplerde şikayetleri gerilemiş.Yenidoğan ve çocukluk döneminde sorun olmayan hastanın anne baba arasında akrabalık yoktu. Soygeçmişte dedesinde tüberküloz nedeniyle tedavi alma haricinde patoloji bulunmadı. Büyüme gelişmesi yaşıtlarıyla uyumluydu. Sol üst göz kapağında hafif pitozis, nistagmus dışında diğer sistem muayeneleri anormallik saptanmadı.Yapılan kranial görüntülemede pons posterior kesimde hiperintens karakterde lezyon alanı dikkat çekmekte olup, kontrastlı serilerde mezensefalon orta kesimde yaklaşık 6 mm çapında lezyon görüldü.Bulguların ön planda behçet hastalığı gibi vaskülitik hastalıklar lehine olduğu belirtildi.Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde sık ağız içi ülserlerinin olduğu ve genital aftların da çıktığı öğrenildi.Hastada tekrarlayan oral ve genital ülserlerin varlığı, MRG incelemelerinde kontrastlanma alanlarının saptanması ve diğer tedavilere cevap vermemesi üzerine yapılan dermatoloji ve nöroloji konsültasyonlarında NBH düşünüldü.

SONUÇ: BH'de nörolojik tutulum, klinik ve görüntüleme bulguları olarak farklılık gösterebilir.Çocukluk çağında Nöro-Behçet Hastalığının nadir görülmesi nedeniyle daha önceden BH öyküsü olmayan, santral sinir sistemi tutulumu olan hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Nörobehçet, Çocukluk, Nörogörüntüleme, Baş dönmesi

TP-34

Son Bir Yıl İçerisinde Çocuk Acil Polikliniği'ne Başvuran İlaç Zehirlenmelerinin Değerlendirilmesi

Meryem Eroğlu[1], Pınar Kiper Mısırlıoğlu[2], Sevilay Kök[2], Dilek Hatipoğlu[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Polikliniği, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk çağında görülen zehirlenmeler, sık karşılaşılan ve ciddi sonuçlara neden olabilen önemli bir sağlık sorunudur. Bu çalışmada hastanemize başvuran zehirlenme vakalarının özelliklerinin araştırılması ve alınabilecek önlemlerin saptanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne 01.01.2016-31.12.2016 tarihleri arasında ilaç alımı nedeniyle başvuran 205 çocuk hasta alınmıştır. Olguların dosya kayıtları retrospektif olarak yaş, cinsiyet, zehirlenmeye neden olan farmakolojik ajanın adı ve miktarı, ne amaçla alındığı, gözlem süresi ve taburculuk şekli yönünden değerlendirildi.

BULGULAR: İlaç alımı nedeni ile son bir yıl içinde başvuran olguların 115 'i (%56.1) kız, 90 'ı (%43.9) erkek idi. Bu zehirlenme olguları çocuk acile getirilen tüm vakaların %0.19 idi. Olguların yaşları 1 ay-16 yaş arası olup ortalama 4.72 yaş olarak tespit edildi. Alınmış olan ajanların %14.6 'sı parasetamol, %5,3 'ü ibuprofen, %4.4 'ü diğer ağrı kesiciler, %5.8 'i antibiyotik, %7.3 'ü uyuşturucu madde, %9.2 'si böcek ilacı, %8.3 'ü çoklu ilaç alımı, %13.6'sı santral sinir sistemi etkili ilaçlar, %5.8 'i sindirim sistemi etkili ilaçlar olduğu gözlendi. Hastaların %93.7 'si kaza ile, %6.3 'ü intihar amaçlı ilaç almıştı. Hastaların %84.9 'u gözlem süresinin sonunda komplikasyon gelişmeden taburcu edilirken, %8.3 'ünün çocuk yoğun bakıma alındığı gözlendi. Kaza-ihmal sonucunda zehirlenme olgularının sıklıkla kız ve 1-3 yaş arası olduğu gözlenirken, intihar amaçlı ilaç alımlarının yine sıklıkla kız ve 13-15 yaş arası olduğu gözlendi.

SONUÇ: Ülkemizde evlerde ilaçların çocukların ulaşabileceği yerlerde bırakılması ve ambalajların korunmasız olması nedeni ile ilaç ile zehirlenme riski artmaktadır. Ailelerin eğitimi ve alınabilecek basit önlemler ile kaza-ihmal nedeni ile ilaç zehirlenmelerinin büyük ölçüde önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ilaç, zehirlenme

TP-35

Çocuk Acil Servisine Başvuran Zehirlenme Vakalarının Retrospektif Olarak İncelenmesi Dal Hastanesi Örneği;

Derya Kılınç, Funda Öztürkhan Erdek, Handan Bayraktar, Zübeyde Kostak Köse, Candan Zengin, Recep Memiş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemizde çocukluk döneminde zehirlenmeler trafik kazası, düşme ve yanıklardan sonra 4. sıklıkta görülen kaza çeşididir. Dal hastanesi olan Zeynep Kamil EAH'ne son üç yılda başvuran ilaç ve haplarla zehirlenme vakalarının restrospektif değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01.01.2014-31.12.2016 tarihleri arasında başvuran 456 zehirlenme vakasının restrospektif olarak hastane bilişim sistemi aracılığı ile incelenmiştir. Besin zehirlenmesi, kimyasal madde zehirlenmeleri ve hayvan ısırıkları dahil edilmemiştir.

BULGULAR: Toplam çocuk acil servisine başvuran hastaların %0,71'ini zehirlenme vakaları oluşturmaktadır. Hastaların %52,63'ünü erkekler oluşturmaktadır. Ortalama kalış süresi 875,17 dakikadır. Başvuran hastaların ortalama yaşı 2,66'dır. Vakaların %27,85'i ilkbahar mevsiminde ve %25,4'ü sonbahar mevsiminde meydana gelmiştir. Vakaların %83,55'i 0-5 yaş okul öncesi dönem çocuklarında yaşandığı tespit edilmiştir. 0-5 yaş oyun dönemindeki meydana gelen zehirlenme vakalarının %55,3'ü erkek çocuklardır. Vakaların %7,2'si 6-12 yaş okul dönemi çocuklarında, %9,25'ini 12-18 yaş ergenlik döneminde meydana gelmiştir. Ergenlik döneminde meydana gelen zehirlenme vakalarının %73,8'i kız çocuklarında olduğu tespit edilmiştir. Tekrarlı zehirlenme nedeni ile başvuru oranı %0,87'dir. Tekrarlı zehirlenme vakaları %100 oranında erkek çocuklarında olduğu, çoğunluğunun%87,25'inin nöroloji ilaçlar ile meydana geldiği tespit edilmiştir.

TARTIŞMA-SONUÇ: Zehirlenme vakası ile başvuran hastaların çoğunluğunu mevsim geçişleri ve 0-5 yaş oyun çocukluğu döneminde yaşandığı tespit edilmiştir. Ergenlik döneminde daha çok kız çocuklarında zehirlenme vakaları tespit edilmişken, oyun çocukluğu döneminde erkek çocuklarında olduğu tespit edilmiştir. Zehirlenmelerin çoğunlukla küçük çocuklarda görülmesi ebeveynlerin bu konuda eğitilmesinin ne kadar önemli olduğunu göstermektedir. Zehirlenme vakalarının önlenmesi adına toplumun bilinçlendirilmesi çocukluk dönemi zehirlenmelerinin önüne geçilmesi açısından son derece önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk acil, Zehirlenme, İntoksikasyon, Çocukluk dönemi

TP-36

Çocuk Acil Servisine Başvuran ve Müşahade Altına Alınan Hastaların Hastalık Profillerinin İncelenmesi

Derya Kılınç, Funda Öztürkhan Erdek, Eylem Hallaç, Ayşegül Alioğulları, Aysun Şengör
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hastanelerde acil servis başvurularının %30 'unu çocuk hastalar oluşturur. Çocuk hastaların büyük çoğunluğu hastalık seyirlerini izlemek amaçlı müşahede altına alınır. Yapılan bu çalışmada Çocuk acil servisine başvuran ve müşahede altına alınan hastaların hastalık dağılımını, yaş, cinsiyet ve mevsimlere göre farklılıklarını belirleyerek acil müdahale ortamını ve sağlık personelinin hizmetiçi eğitimini planlamak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma özel bir dal hastanesinin çocuk acil servisine 01.01.2016/00:00-31.12.2016/23:59 tarih ve saatleri arasında başvuran 0ay-18yaş arası müşehade altına alınan hastaların; hastane bilişim sistemi aracılığı ile araştırmacı tarafından hazırlanan veri toplama formuna kayıt edilmiştir. SPSS 21 analiz yöntemi ile analizleri yapılmıştır.

BULGULAR: Çocuk acil servisine başvuran hastaların %24,25'i acil servis müşahede alanında izleme alınmıştır. Müşahede altına alınan hastaların %56,45'i kız çocuklarıdır. Hastaların %31,71'i kış mevsiminde takip edilmiştir. %49,82 oranında 0-24 aylık çocuklar oluşturmuştur. Ortalama müşahede altında kalış süresi 447,72 dakika olarak belirlenmiştir.. Müşahede altına alınan hastaların %2,6'sı başka sağlık kuruluşuna sevk edilmiştir. En çok sevk oranı %34,8 ile kış mevsiminde yapılmıştır. Başvuran hastaların %43,2'si solunum yolu enfeksiyonu (Akut bronşiolit, alt solunum yolu enfeksiyonu, üst solunum yolu enfeksiyonu, akut nazofarenjit, bronkopnomoni, astım, krup), %27,6'sı gastroenterit, bulantı kusma, %2 febril konvülziyon, %1,45 epilepsi, %3,45 ateş, %3 alerjik ürtiker, %0,6 ilaçlar ve haplar ile zehirlenme, teşhisi ile müşahade altına alınmıştır. Kış, ilkbahar ve sonbahar mevsiminde başvuran hastaların çoğunluğu solunum yolu enfeksiyonları, yaz mevsiminde başvuran hastaların çoğunluğu gastroenterit ve bulantı kusma tanısı ile müşahade altında takip edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Dal hastanesinin çocuk acil servisine başvuran hastaların çoğunluğunu solunum yolu enfeksiyonları ve gastroenterit diare oluşturmaktadır. Mevsimsel olarak müşahade altında takip edilen hasta populasyonu değişiklik göstermektedir. Acil servis alanının mevsimsel ortamının ayarlanması, hasta yoğunluğunu sağlıklı yönetme açısından yararlı olacağı düşünülmektedir. Tekrarlı hasta başvurularının azaltılması için aile eğitimlerinin tanıya göre yapılmasının uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk acil, hasta profil, müşehade

TP-37

Çocuk Acil Serviste Bonzai İntoksikasyonu

Ramazan Cahit Temizkan, Refika Yıldız, Önder Kılıçaslan, Merve Aslantaş, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Bonzai kullanımı, erişkin yaşta yaygın kullanılmaya başlandığı bilinmekle beraber çocuk yaş grubunda da gözlenmeye başlamıştır. Çocuk yaş grubunda da toplum sağlığını ilgilendiren bir sorun olması nedeni ile çalışma dizayn edildi. 3. Basamak çocuk acil servisine bonzai kullanma öyküsü ile başvuran hastalar irdelendi.

YÖNTEM: Haziran 2015-Haziran 2016 tarihleri arasında acil serviste görülen hasta dosyaları retrospektif olarak tarandı. Bonzai kullandığı tespit edilen hastalar çalışmaya alındı. Hastalar yaş, cinsiyet, hastaneye geliş yolu, takip süresi, toksikolojik inceleme sonuçları, kan tetkikleri yönünden araştırıldı. Kan, saç, idrar örnekleri Extacy, Amfetamin, Etanol, Eroin gibi psikotrop madde yönünden veri tabanı irdelendi. Ayrıca Tam Kan, kan biyokimyası testleri, Kan Gazı tetkiki irdelendi.

BULGULAR: Çalışma zaman aralığında 8 hasta bonzai kullanımı öyküsü ile başvurmuş. Hastaların yaşı 14-17 aralığında, ortalama yaşı 16 ve hepsi erkek idi. Hastaların %75'i(n=6) 112 aracılığı ile gelmiş. %25'i(n=2) kendi imkanları ile gelmiş. Hastaların %25'i (n=2) bilinç bulanıklığı, %12,5' unda(n=1) ajitasyon mevcut idi. %12,5(n=1) hasta yoğun bakım ünitesine 24 saat takip edilmiş. Diğer hastalar çocuk acil servisinde ayaktan izlenmiş. Bonzai kullanım öyküsü bulunan hastaların %50'sinde(n=4) vücut örneklerinde bonzai tespit edilmiş. %50'sinde(n=4) bonzai tespit edilememiş. Vücud örneklerinde bonzai tespit edilen 4 hastanın 3 ünde çoklu madde kullanimi tespit edilmiş. 1 hasta Amfetamin+extacy+cannabiol+11-coch-thc, 3 hasta bonzai+Extacy, 1hasta bonzai+eroin, 2 hastada bonzai+amfetamin, 1 hasta bonzai+alkol kullanmış. 1 hastada bonzai tespit edilememekle birlikte; ektazi+amfetamin tespit edildi. %37,5 hastada CK(n=3) ve %12,5(n=1) hastada CKMB yüksekliği, %62.5 hastada(n=5) LDH düşüklüğü saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Vücut örneklerinde bonzai pozitif tespit edilen hastaların %75'i çoklu madde kullanmıştır. Kurumuza başvuran olgular arasında madde kullanım öyküsü 14 yaşa kadar indiği tespit edilmiştir. Bu veriler toplum ve ergen sağlığı açısından uyarıcı niteliktedir. Adolesan yaş grubunda psikotrop madde kullanılmasının önlenmesi açısından aileleri ve eğiticilere gerekli eğitim verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: bonzai, çocuk, intoksikasyon, acil

TP-38

Çocuk Acile Başvurularda Karbonmonoksit Zehirlenmesine Yaklaşım

Gözde Ercan[1], Sevgi Akova[2], Betül Sözeri[3], İsmail İşlek[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Tıp, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Romatolojisi, İstanbul

AMAÇ: Karbonmonoksit(C0) renksiz,kokusuz,tatsız ve non-irritan bir gazdır.Normalde atmosferik konsantrasyonu <%0.1 dir.Karbonmonoksit zehirlenmesinin başlıca nedenleri;egzoz gazları,ısıtma sistemleri,yetersiz havalandırmalı yerlerde çalışan motorlu cihazlar ve yangınlardır.Her yıl özellikle kış mevsiminde acile başvurularda önemli sıralarda yer alan CO zehirlenmesi ölümcül boyutlarda olabilmektedir.Bu çalışma ile İstanbul gibi metropol bir kentte doğalgaz sistemine rağmen hala görülmekte olan CO zehirlenmesinin önemine değinmek istedik.

YÖNTEM: Çalışmamız için Ekim 2016 -Aralık 2016 tarihleri arası Ümraniye Eğitim ve Araştırma hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran 228 adli vaka hastasının dosyalarını inceledik.Hastaların hangi tür karbonmonoksit zehirlenmesi ile geldikleri,yaşları,CO değerleri ve tedavileri retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Acil servisimize adli vaka başvuruları içinde CO zehirlenmesi %3.9 olarak bulunmuştur.Bunların içinde %44.4 ü sobadan çıkan karbonmonoksit nedeni ile,%44.4 ü evde çıkan yangınlar sebebi ile,%11.1 ise bonzai dumanına maruz kalmış..%33.3 kişinin CO değeri %10 un üzerinde bulunmuş iken %66.6 sının %10 un alt sınırında bulunmuştur.Hastaların %22.2 si hiperbarik oksijen tedavisine(HBO) gidecek kadar ileri seviyededir.%77.7 si acil şartlarda müdahale edilerek sağlıkla taburcu edilmiştir. HBO tedavisine gidenlerin %100 ü soba dumanından dolayı zehirlenmiştir.

TARTIŞMA: CO zehirlenmesine ait klinik bulgular COHb düzeyi %10-15 oluncaya kadar belirti vermez.Hafif-orta düzeyde zehirlenmelerde hastalar genellikle baş ağrısı(en sık),yorgunluk,bulantı,baş dönmesi gibi konstitusyonel yakınmalarla başvurur.Ciddi CO zehirlenmesinde hastalar nöbet,senkop ve koma gibi nörolojk bulgular,kardiopulmoner ve metabolik bozukluklarla kendini gösterebilir.Tanı;kan gazında karboksi hemoglobin düzeyinin yüksek bulunması ile konur.Tedavi de;olabildiğince erken yüksek konsantrasyonda oksijen verilerek, karbonmonoksit kendisi gibi hemoglobine bağlanmak için yarışan oksijen tarafından hızla uzaklaştırılır.Atmosferik basınçtan daha yüksek basınçlarda %100 oksijen uygulanmasına hiperbarik oksijen tedavisi (HBO) denir.HBO tedavisi için eşik değer tartışmalıdır(%25-40).12.saatten sonra uygulamanın yararı gösterilmemiştir.

SONUÇ: Acil Servise CO zehirlenmesi ile başvurular içinde soba kullanımı ve yangınlar öncelikli sırayı almış olup erken yüksek konsantrasyonda oksijen verilerek ölümler engellenebilmiştir.Bu retrospektif yapılan çalışma ile kış aylarında kentsel bölgelerde görülen soba dumanı etkisinin halen önemini koruduğu ve yüksek oranda hiperbarik oksijen tedavisine gidecek kadar ileri etkisinin olduğuna dikkat çekilmiştir.

Anahtar Kelimeler: soba, hiperbarik oksijen, kış, acil

TP-39

Son Bir Yılda Korozif Madde Alımı Nedeni ile Çocuk Acil Birimine Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Nurbanu Bilgin[1], Sevilay Kök[1], Nafiye Urgancı[1], Ayşe Merve Kesim Usta[1]
[1]Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Bölümü, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenterelojı Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Bu retrospektif çalışmayla çocuklarda korozif madde alımları ile ilgili ülkemiz epidemiyolojik veri tabanına katkıda bulunmayı amaçladık.

GİRİŞ: Koroziv maddelerin kazara içimi çocukluk döneminde önemli bir sosyal sorundur. Nadiren mortalite ve morbidite nedenidir. Amerika Birleşik Devletleri'nde her yıl yüz binden fazla çocukta korozif madde alımı görülmektedir. Türkiye'de ise kayıtların sağlıklı olmaması nedeniyle sıklık tam olarak bilinmemektedir. Ancak yapılan bazı araştırmalarda ev temizlik ürünlerinin çocuk zehirlenme etkenleri arasında ilk sıralarda yer aldığı ve yaş grubu bakımından çocukların 6 yaş altında, sıklıkla 3 yaş altı ve erkek çocuklar olduğu belirtilmektedir. Çocuklarda korozif madde alımları genellikle kaza ile alım sonucu gerçekleşmektedir. Biz bu makalede çocuk acil polikliniğimize korozif madde alımı ile başvuran olgularımızı irdeledik.

MATERYAL-METOD: Bizim çalışmamızda hastanemiz çocuk acil polikliniğine 2016-2017 yılları arasında korozif madde alımı ile gelen 301 hasta değerlendirildi. Tüm olgular endoskopi yapılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların %41,5'inin erkek olup yaş dağılımı 1-18 yaş idi. Olguların %79,4 ünün 2-4 yaşları arasında olduğu belirlendi. Altı yaş altı olgular tüm başvuruların %93'ünü oluşturmaktaydı. Çocukların en çok içtiği korozif maddenin çamaşır suyu olduğu (%36,5) görüldü. Korozif madde alım dağılımı incelendiğinde %93,3'ünün bazik karakterde olduğu saptandı. Endoskopisi yapılan hastaların %30'unda çeşitli derecede korozif özefajite ait bulguya rastlanmıştır. Olgularımızın hiç birinde ciddi komplikasyon ve mortaliteye rastlanmadı.

SONUÇ: Çocukları korozif madde alma riskinden korumak için, ailelerin eğitimi, bu ajanların çocukların erişemeyeceği yerlerde tutulması ve depolanması ve bu ürünler için emniyet kapakları sağlanması gibi önleyici tedbirlere önem verilmelidir. Korozif madde alımının önlemediği durumlarda ise erken dönemde oral beslenmenin kesilmesi ve uygun medikal tedavinin başlanması prognoz üzerinde pozitif etki yaratmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, korozif madde alımı, özefajit

TP-40

Çocuk Acil Servisimizde Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi

Pınar Bütün, Yelda Türkmenoğlu, Seda Yolgiden Güren, Belen Ateş, Gizem Güvener, Alper Kaçar, Cem Arat, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Zehirlenme zararlı olabilecek toksik maddelerin çeşitli yollarla vücuda alınmasıdır. Tüm dünyada Çocuk acile başvuruların en sık nedenlerinden biridir. Zehirlenme etkenleri ülkelere, farklı coğrafik bölgelere, toplumun sosyokültürel düzeyine ve farklı zaman dilimlerinde değişiklik göstermektedir. Çocukluk çağında görülen zehirlenmeler kalıcı morbidite ve mortaliteye neden olabilen, acil servis ve hastane yatışlarında önemli rol oynayan bir durumdur.Bu çalışmada çocuk acil polikliniğimize başvuran ilaç,korozif maddeler, karbonmonoksid ve tanımlanamayan maddeler ile zehirlenme olgularının klinik ve demografik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: Çalışmaya İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisine 1-1- 2016 ile 31-12-2016 tarihleri arasında başvuran 0-16 yaş arasındaki hastaların kayıtlarından retrospektif olarak zehirlenme nedeni ile başvuran olgular alındı. Olguların kayıtlarından yaş, cins, zehirlenme etkeni, nedeni, hastaneye başvuru zamanı ve süresi, zehirlenme belirtileri,verilen tedavi, hastaneye yatış ve yoğun bakım ihtiyacı değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızdaki toplam 398 zehirlenme olgusunun 206'si (%51,4) kız idi. Yaş ortalaması yaklaşık 4,6 olarak bulundu. En sık zehirlenmeye neden olan etkenler 195 (%48,9) ile ilaçlardı, bunların arasında en sık etken 37(%9,2) parasetamol idi.Çoklu ilaç alımı 41(%10,3) olarak saptandı.Karbonmonokside bağlı zehirlenmeler 41(%10,3) iken korozif maddelere bağlı zehirlenmeler 149 (%37,4) olarak ve tanımlanamayan maddelere bağlı olgular 13 (%3,2) bulundu. Özkıyım nedenli zehirlenmelerin hepsi ilaçlarla olup 47 (%11,3) olguda görüldü. En sık görülen belirti 68 (% 17) kusma idi.Zehirlenme nedeniyle başvuran hastaların 76'ı (%19,1) yatırılırken26 (%6,5) olgu yoğun bakıma sevk edildi.

SONUÇ: Çocukluk çağı zehirlenmelerinde ilaçlar hâlâ ilk sırada olup, parasetamol en sık karşılaşılan etkendir. İlaçların çocukların kolayca erişebilecekleri yerlerde bırakılmaması, ambalaj kapaklarının kolay açılamayacak şekilde düzenlenmesi ve açıkta satılan kimyasal maddelerin temizlik maddesi olarak kullanılmaması çocukluk çağı zehirlenmelerinin önlenmesine, mortalite ve morbiditesinin azaltılmasına önemli katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Zehirlenme, Çocuk Acil, Korozif Madde, İlaç, Karbonmonoksit

TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLER-3

E-POSTER ALANI

8 Mart 2017
13:00 - 13:30

	Oturum Başkanları	
1. Grup	*Nimet Cındık*	*Birol Öztürk*
2. Grup	*Meltem Erol*	*Duygu Bayoğlu*
3. Grup	*Özlem Şahin*	*Sevgi Akova*
4. Grup	*Fikret Asarcıklı*	*Elif Eroğlu Günay*

TP-41

2011-2015 Yılları Arasında Üniversitemiz Çocuk Polikliniklerine İshal Şikâyeti ile Başvuran ve Adenovirüs ve/veya Rotavirüs Pozitifliği Saptanan Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Rezzan Ezgi Ekin, Meral Bülbül, Fesih Aktar, Ercan Çubuk, Muhammed Sabaz
Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Diyarbakır

GİRİŞ-AMAÇ: Enterik virüsler (özellikle rotavirüs ve adenovirüs) bakteriyel olmayan akut gastroenteritlerin en sık nedeni olarak bildirilmiştir. Gastroenterit etkenlerinin saptanması, hastalığın tedavisi ve prognozunun öngörülmesinde önemlidir.Gereksiz antibiyotik kullanımları başta olmak üzere birçok yanlış,gereksiz tedaviler uygulanması gereksiz maddi kayıpların yanında morbidite,mortalite oranlarını arttırmaktadır.

YÖNTEM: Çalışmaya Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne Ocak 2011– Aralık 2015 tarihleri arasında başvuran,rotavirüs ve adenovirüs tip 40/41 antijen sonuçları pozitif olan hastalar alındı. Çalışmaya 129 hasta ve 130 kontrol grubu olmak üzere toplam 259 çocuk dâhil edildi.Çalışma grubundaki vakalar rotavirüs pozitif, adenovirüs pozitif, hem rotavirüs hem de adenovirüs pozitif olmak üzere üç gruba ayrıldI.

BULGULAR: Çalışma grubundaki vakaların ortalama hastanede yatış süreleri 5,4 ± 2,9 gün idi. Kontrol grubundaki vakalarda ishal varlığı ($p = 0,023$) ve 0-10 arasındaki ishal sayısı ($p = 0,001$) istatistiksel olarak daha yüksek iken, çalışma grubunda 11-15 arasındaki ishal sayısı ($p = 0,001$) çalışma grubunda daha fazla idi. Çalışma grubundaki olguların %71,3'ünde rotavirüs, %20 ,2'sinde adenovirüs ve %8,5'inde hem rotavirüs hem de adenovirüs antijen pozitifliği vardı. Rotavirüs pozitif gruptaki hastaların üre, albümin ve CRP değerleri arasında kuvvetli ve anlamlı bir ilişki varken,Adenovirüs ve hem Rotavirüs hem de Adenovirüs pozitif gruptaki hastaların beyaz küre sayısı, üre, albümin ve CRP değerleri arasında istatistiksel yönden kuvvetli ve anlamlı bir ilişki vardı ($p < 0,05$). Rotavirüs pozitif, adenovirüs pozitif ve hem rotavirüs hem de adenovirüs pozitif olan üç gruptaki vakalarda ishal, kusma, karın ağrısı ve iştahsızlık ile aralarında istatistiksel yönden kuvvetli ve anlamlı bir ilişki vardı ($p < 0,05$). Her üç grup arasında nörolojik bulgular, probiyotik kullanımı ve antibiyotik kullanımı açısından anlamlı fark yoktu ($p > 0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Gastroenterit etkeni olarak virüslerin saptanması gereksiz antibiyotik kullanımını azaltacaktır. Özellikle viral gastroenteritlerden rotavirüs ve/veya adenovirüs enfeksiyonunda üre ve albumin ile sekonder enfeksiyon açısından beyaz küre sayısı ve CRP düzeylerininde yakın takip edilmesi gerektiği kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: adenovirüs, çocuk, gastroenterit, rotavirüs

TP-42

Total Anormal Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Olgularda Gözlenen Postoperatif Ritm Problemleri

Erkut Öztürk, Pelin Ayyıldız, Taner Kasar, Selman Gökalp, Hasan Candaş Kafalı, Yakup Ergül, Alper Güzeltaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada opere edilen Total Anormal Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi Olgularda (TAPVD) hastalarda erken dönemde yoğun bakım ünitesinde gözlenen ritm problemleri değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Opere edilen 20 TAPVD hastasının kayıtları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Kompleks kardiyak anomalisi olan olgular çalışma dışı bırakıldı.. Hastaların başvuru şekli, demografik özellikler (yaşı, geliş tartısı, cinsiyet), ayrıntılı ekokardiyografik bulgular ve ölçümler, yapılmışsa kalp kateterizasyonu ve anjiografisi, BT anjio bulguları, operasyon süresi (pompa süresi, cross klemp süresi), yoğun bakım kalış süreleri, mekanik ventilatörde kalış süreleri, kullanılan inotrop ajanlar ve kullanım süreleri ve gözlenen aritmiler ayrıntılı olarak incelenmiştir. Taburcu edilen hastalar taburculuk tarihinden 1 hafta,1ay, 3 ay, 6 ay ve 12 ay sonra EKG ve 24 saatlik holter tetkikleri ile tekrar değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Olguların 13'ü erkek ve 7'si kız idi.Median yaş 28 gün(3-240 gün) ve median ağırlıkları 3 kg(range 2,2-8kg) idi.Olguların TAPVD alt grubu değerlendirildiğinde 11 olgu suprakardiyak,5 infrakardiyak,3 kardiyak ve 1'i mixt tipti. Hastaların 3'ü (%15) geçici pace desteği ile yoğun bakım ünitesine kabul edildi.Milrinon; 20 hastada 2-18 gün arası, Adrenalin; 13 hastada 1-12 gün arası, Nöradrenalin 4 hastada 1-8 gün arası süreyle inotrop desteği verilmesi amacıyla kullanılmıştır.Olguların 6'sında normal sinüs ritmi, 6'sında sinüs taşikardisi, 5'inde Junctional Ektopik Taşikardi (JET),2'sinde intraatrial reentery taşikardi (IART), 1 olguda supraventriküler taşiaritmi(SVT) gözlendi. JET hastalarının 4'ü amiodaron tedavisi, 1'i overdriving pace ile supresyon yoluyla ve IART li olgular kardiyoversiyon ve kombine antiartimik tedavi ile SVT saptanan olgu ise adenozin yoluyla normal sinüs ritmine döndürülmüştür. Olguların ortalama izlem süresi 15 ay (3ay- 2 yıl) olarak gerçekleşmiştir. Bir olguda postoperatif ikinci ayda IART gözlenmiş ve önce kardiyoversiyon sonrasında antiaritmik tedavi ile kontrol altına alınmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Opere TAVD'lı hastalarda gelişen postoperatif aritmilerin erken tanısı ve uygun tedavisi ile mortalite ve morbidite olumlu yönde etkilenecektir

Anahtar Kelimeler: aritmi,total anormal pulmoner venöz dönüş anomalisi, çocuk

TP-43

Katekolaminerjik Polimorfik Ventriküler Taşikardi Tanılı Olguda Dirençli Ventriküler Aritmi Tedavisinde Sol Torakoskopik Sempatektomi

Erkut Öztürk[1], Murat Akkuş[2], Hasan Candaş Kafalı[1], Alper Güzeltaş[1], Yakup Ergül[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi,Göğüs Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Katekolaminerjik polimorfik ventriküler taşikardi(CPVT) ventriküler fibrilasyon(VF) nedeniyle ani ölüme yol açan iyon kanal defektlerinden biridir. Tedavide klinik durum, aile hikayesi ve genetik mutasyonun durumuna göre yalnız beta bloker içeren medikal tedavi veya otomatik implantable cardioverter-defibrillator (ICD) ve sol kardiyak sempatik denervasyon (LCSD) ile kombinasyon şeklinde tedavi uygulanabilmektedir. Bu posterde ICD implantasyonundan sonra ventriküler taşikardisinin devam etmesi üzerine LCSD uygulanan CPVT tanılı bir olgu sunulmuştur.

OLGU: On altı yaşında kız hasta okulda bayılma şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesi,laboratuvar testleri,EKG ve ekokardiyografisinde patoloji gözlenmedi. Yirmi dört saatlik holterde multiple polimorfik VES ve egzersiz testinde bidirectional VT gözlendi. Olguya CPVT tanısı konuldu.Metoprolol (4 mg/kg/gün) ve transvenöz ICD tedavisi uygulandı. ICD impantasyonundan sonra altı defa ICD şoku gözlendi(Her şok olgunun emosyonel stress durumunda olmaktaydı). Olguya LCSD tedavisi uygulandı.İşlem sonrası komplikasyon gözlenmedi.Takiplerde aritmi atağı gözlenmedi.

SONUÇ: CPVT tanılı olgularda gelişen dirençli aritmilerin tedavisinde LCSD güvenli ve efektif bir tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: taşikardi, çocuk, Torakoskopik Sempatektomi

TP-44

Operasyon Sonrası Gelişen Atelektazide Alfa Dornaz Kullanımı

Erkut Öztürk[1], Hasan Candaş Kafalı[1], Gülhan Tunca Şahin[1], Okan Yıldız[2], Yakup Ergül[1], Alper Güzeltaş[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi,Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kalp Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Atelektazi, aşırı ve yoğun kıvamlı akciğer sekresyonları ve solunum semptomları olan postoperatif çocuk hastalarda sık gözlenen klinik bir durumdur. Postoperatif atelektazilerde geleneksel olarak solunum fizyoterapisi, inhale bronkodilator ve mukus yumuşatıcı tedaviler kullanılmakla birlikte bu tedavi yöntemleri her zaman etkili olamamaktadır. Postoperatif atelektazi gelişen olgularda alfa dornaz ile atelektazi önlenebilmektedir.Bu yazıda alfa dornaz sonrası atelektazisi düzelen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Büyük arterlerin transpozisyonu nedeniyle arteryel switch operasyonu yapılmış 10 günlük kız hasta operasyonun üçüncü günü ekstübe edildi. Dördüncü gün çekilmiş olan akciğer grafisinde sol akciğerde atelektazi izlendi. Konvansiyonel tedaviye rağmen atelektazisi gerilemeyen ve koyu yapışkan sekresyonları olan olguya Alfa dornaz (Pulmozyme®; Roche, Basel, Switzerland) 2,5 mg günde tek doz olarak 3 kez uygulandı. Uygulama işlemi jet nebulizatör ve yüksek akımlı oksijen yardımıyla en az 30 dakika olacak şekilde inhaler olarak 5 cc %0,9 sodyum klorür ile birlikte verildi..İlacın ikinci dozundan sonra atelektazinin düzeldiği gözlendi.

SONUÇ: Postoperatif konjenital kalp cerrahisi sonrası özellikle hastaların yenidoğan ve infant olduğu olgularda ortaya çıkan atelektazinin tedavisinde alfa dornaz etkin ve güvenilir bir tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Operasyon Sonrası, Atelektazi, Alfa Dornaz

TP-45

Konjenital Kalp Hastalığı Olan Bebeklerde Eser Element Düzeyleri

Murat Elevli[1], Sadrettin Pençe[2], Halil Uğur Hatipoğlu[3], Kamil Şahin[1]
[1]S.B.Ü. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Biyokimya Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Ceylanpınar Devlet Hastanesi, Şanlıurfa

GİRİŞ - AMAÇ: Konjenital Kalp hastalığı (KKH) etyolojisi kesin bilinmemekle birlikte, % 90'ı, genetik ve çevresel faktörlerin etkileşimi sonucu, açıklanmaya çalışılmaktadır. Çalışmanın amacı çinko, bakır ve selenyum serum düzeyleri ile KKH arasındaki ilişkiyi araştırmaktı.

YÖNTEM: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk kardiyoloji polikliniğine başvurup KKH saptanan yaş ortalaması 127,7±161,3 gün olan 44 (22 kız, 22 erkek) hasta çocuk ve bunların anneleri ile sağlıklı çocuk polikliniğimizde izlenen ve yapılan ekokardiyografilerinde herhangi bir kardiyak anomali olmayan yaş ortalaması 105,8±111,1 gün olan 32 (15 kız 17 erkek) sağlıklı çocuk ve bunların annelerinden alınan kan örneklerinde çinko (Zn), bakır (Cu) ve Selenyum (Se) düzeyleri bakıldı.

BULGULAR: Hasta gruptaki konjenital kalp hastalıkları, sayı ve yüzdeleri:
1-Ventriküler septal defekt(VSD)-38-%86,4
2-Pulmoner stenoz(PS)-10-%22,7
3-Patent duktus arteriozus(PDA)-7-%15,9
4-Atrial septal defekt(ASD)-6-%13,6
5-Patent foramen ovale(PFO)-6-%13,6
6-Fallot Tetralojisi(FT)-6-%13,6
7-Mitral yetmezlik(MY)-4-%9,1
8-Triküspit yetmezlik(TY)-1-%2,3

Hasta grubun bakır yüksekliği oranı kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,003). PFO olan hastalarda bakır düzeyi, PS olan hastalarda çinko düzeyi hastalık olmayanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düşüktü (sırasıyla p=0,039 p=0,023). Hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerinde bakılan eser element düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı.

TARTIŞMA: Protein sentezinde eser elementler, ya sinyal iletiminde ya yapısal olarak ya da katalitik element olarak gereklidir. Bakırın önemli rol oynadığı bir enzim, kollajen oluşumunda gerekli lizil oksidazdır. Çalışmamızda PFO' su olan hastalarda bakır düzeyi istatistiksel olarak anlamlı düşük saptanmıştır. Zn eksikliğinin neden olduğu etkiler, azalmış hücre çoğalması, azalmış proten sentezi, tubulin polimerizasyonunda azalma, hücresel oksidatif hasarda artış, apoptoziste artış ve çinko parmakçıklara bağlanan hormon ve transkripsiyon faktörlerinin fonksiyonlarının azalması gibi mekanizmalar yer almaktadır. Çalışmamızda da PS'lu hastalarda Zn düzeyi anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Selenyum eksiliği kardiyomiyopatiye neden olabilmektedir. Ancak bizim yapmış olduğumuz çalışmada hasta ve kontrol gruplarının serum Se düzeyleri arasında anlamlı bir fark olmadığı saptandı. Sonuç olarak çalışmamız, Cu ve Zn eksikliği ile KKH arasında ilişki olduğunu göstermesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bakır, çinko, eser element, konjenital kalp hastalıkları, selenyum

TP-46

Ailesel Akdeniz Ateşi Tanısı ile İzlenen 0-18 Yaş Grubu Hastalarda Mutasyon Sıklığı ve Mutasyonların Klinik Bulgularla İlişkisi

Özlem Bostan Gayret, Veysel Gök, Meltem Erol, Özgül Yiğit, Şahin Hamilçıkan, Emrah Can
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) aralıklı olarak tekrar eden ateş, peritonit, plevrit ve artrit ile karakterize otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Şimdiye kadar AAA ile ilgili olarak 200 mutasyon ve polimorfizm belirlenmiştir. Çalışmada bölgemizde AAA araştırması yapılan çocuklarda genetik mutasyonların dağılımı ve klinik bulgularla mutasyon ilişkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: AAA ön tanısı ile MEFV geni mutasyon analizi yapılan 150 hastanın dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların MEFV geni mutasyon analiz sonuçları geriye dönük tarandı. Mutasyon analizlerinde E148Q, R202Q, P369S, F479L, M680I(G/C), M680I(G/A), I692DEL, M694V, M694I, K695R, V726A, A744S, R761H, E167D, R408Q, G304R olmak üzere 16 adet MEFV gen mutasyonu çalışıldığı görüldü. Hastalara ait yaş, cinsiyet, başvuru şikâyetleri ve öyküleri dosyalardan alınarak kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların ortalama yaşı 9,37±4,43 yıl olup, 78'i kız, 72'si erkekti. Olguların %44,7'sinde (67) karın ağrısı, %20 'sinde (30) eklem ağrısı, %16,7'sinde (25) ateş, %1,3'ünde (2) göğüs ağrısı, %20'sinde (30) ise diğer şikayetler olduğu görüldü. Allel frekans olarak 90 mutasyon saptadığımız AAA'li hastaların 137'sinde allel görüldü. R202Q (%37,2)'nin en yüksek frekansa sahip mutasyon olduğu görülürken, bunu E148Q (%23,4), M694V (%21,9), V726A (%5,1), M680I (%2,9)'nin izlediği görüldü. Karın ağrısı en sık başvuru şikayeti idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ülkemizde M694V gen mutasyonunun en sık gözlenen mutasyon olmasına rağmen çalışmamızda sırasıyla en sık R202Q ve E148Q gen mutasyonunun olduğu belirlendi. Bu durum hastalarımızın büyük oranda Doğu Anadolu kökenli olması ve bu bölgelerde pek çok etnik grubun varlığından kaynaklanmış olabileceği düşünüldü. Şikâyetlere göre genotiplerin dağılımı incelendiğinde ise tüm gen mutasyonlarında en sık şikayet karın ağrısı olarak tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, ateş, karın ağrısı, MEFV

TP-47

Akut Pankreatitli Olgularımızın Etyolojik ve Klinik Özellikleri; 10 yıllık

İnci Pınar Seçinti[1], Nafiye Urgancı[2], Ayşe Merve Kesim Usta[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

GİRİŞ: Akut pankreatitte, ani başlayan karın ağrısı ile birlikte serumda ve/veya idrarda pankreas sindirim enzimlerinde yükselme ve pankreasta radyografik değişiklikler sık görülmektedir. Çocuk çağında akut pankreatit görülme sıklığı giderek artma eğilimi göstermekte birlikte tedavi edilmediğinde önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaktadır. Bu çalışma ile akut pankreatit tanısı alan hastaların etyolojileri, klinik özellikleri, laboratuar sonuçları ve gelişen komplikasyonları irdeledik.

MATERYAL-METOD: 2006-2016 yılları arasında hastanemiz çocuk gastroenteroloji bölümünde yatırılarak izlenen akut pankreatit tanısı alan 18 yaş altındaki 30 olgunun biyokimyasal, serolojik ve görüntüleme yöntemleri değerlendirildi.

BULGULAR: Otuz olgunun %40.7 kız, %59.3 erkek olup ortalama yaş dağılımı 11 yıl idi. Olguların %11.1 1-5 yaş, %33.3 6-10 yaş, %55.5 11-15 yaşında olup başvuru yakınmaları %92,6 sı karın ağrısı, %18.5 i ateş, %3.7' si sarılık idi. Nedenleri incelendiğinde olguların 4'ünde (%13,3) FMF, 3'ünde (%10) safta taşı, 2'sinde (%6,6) enfeksiyon (1 olgu sitomegalovirus, 1 olgu parvovirus b19), 1 hastada (%3.3) safra çamuru, 1 hastada (%3.3) malformasyon (duodenumda dublikasyon kisti) bulunurken 19 olguda (%66,6) neden saptanamadığından idiopatik olarak değerlendirildi. Olgulardan 3 ü (%10) plevral effüzyon ve solunum sıkıntısı nedeni ile yoğun bakım ünitesinde izlendi. İki olgu 3 kez daha atak geçirdiğinden bu olgular kronik pankreatit olarak izleme alındı. Olguların hiç birinde hiperkolesterolemi, hiperlipidemi, hiperkalsemi saptanmadı. Tüm olguların ortalama serum amilaz 675,5, lipaz 1032, idrar amilaz klirensi 4,5 olarak bulundu. Sadece 1 olguda karaciğer enzimleri normalin 3 katı artmış ve total bilirubin normalin 5 katı artmış idi. Görüntüleme yöntemlerinde batın US ve MR ında pankreasda ödem dışında patoloji gözlenmedi.Olguların tümüne destek tedavi uygulanarak, izleme alındı. Hiçbir olgumuzda komplikasyon ve mortalite gözlenmedi.

SONUÇ: Akut pankreatit karın ağrısı ile başvuran hastalarda mutlaka düşünülmesi gereken bir hastalık olup erişkin etyolojisinden farklı olarak, altta yatan diğer sebeplerin araştırılması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Amilaz, Hiperkolesterolemi, Hiperlipidemi, Hiperkalsemi, Lipaz, Pankreatit

TP-48

Komplikasyonlarla Seyreden Hepatit A Olgularımız

Seda Geylani Güleç[1], Nafiye Urgancı[2], Leyla Telhan[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Taksim EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul
[3]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hepatit A virüs (HAV) enfeksiyonu çoğunlukla çocuklarda görülen, kendi kendini sınırlayan, genellikle asemptomatik seyreden bir enfeksiyondur. Hepatit A hastalığı dünyanın bir çok bölgesinde endemik olarak görülür. Çocuklarda subklinik olarak geçirilmesine rağmen, %7 oranında atipik seyredebilir. HAV enfeksiyonunun karaciğer dışı bulguları arasında artralji, kütanözvaskülit, kriyoglobülinemi ve hemofagositik sendrom, akalkülözkolesistit, pankreatit, aplastik anemi, Guillain–Barre sendromu, transversmyelit, akut tübüler nekroz, nefrotik sendrom, vaskülit, kriyoglobulinemi ve reaktif artrit yer almaktadır. Bu bulgular nadir görülür ve oluştuğu zaman hepatitin iyileşmesiyle iyileşir. Biz de atipik kliniklerle seyreden HAV enfeksiyonlu hastalarımızı sunmayı amaçladık.

YÖNTEM-BULGULAR: Şişli Hamidiye Etfal EAH Çocuk Gastroenteroloji Bölümünce 2003-2013 yılları arasında takip edilen 129 hepatit A tanılı olgudan 21'inde atipik klinik tablolar gelişmiştir. Bu hastalardan biri immun trombositopenik purpura, biri plevral effüzyon, biri otoimmun hepatit-hemolitik anemi, ikisi nefrotik sendrom, ikisi meningoensefalit, ikisi otoimmun hepatit, üçü akalküloz kolesistit, 4'ü tekrarlayan hepatit, 5'i fulminan hepatit idi. Tüm hastalar şifa ile taburcu edilip takiplerinde bir sorun yaşanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bu yazımızda HAV infeksiyonun seyri sırasında ortaya çıkabilen, belki de infeksiyonunun bir komplikasyonu olarak da değerlendirelebileceğemiz atipik seyrinin akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hepatit A, komplikasyon

TP-49

Wilson Hastalığı Tanısı Alan Olgularımızın Etyolojik ve Klinik Özellikleri; 14 Yıllık

Nafiye Urgancı, Gözde Gürpınar, Merve Usta, Merve Şakar
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Wilson hastalığının klinik bulguları tutulan organa göre değişiklik göstermektedir. Tanı serum seruloplazmin düzeyinde düşüklük, idrar bakırında artış ve gözde Kaiser-Fleischer halkasının görülmesi ile konulur. Tedavide bakırdan kısıtlı diyet, D-penisilamin, pridoksin, trientin ve çinko kullanılmaktadır. Bu çalışmada Wilson hastalığı tanısı alan hastaların klinik özelliklerini, laboratuar sonuçlarını ve tedavi yanıtlarını inceledik.

MATERYAL VE METOD: 2001-2016 yılları arasında hastanemiz çocuk gastroenteroloji bölümüne karaciğer enzim yüksekliği ile getirilen ve Wilson hastalığı tanısı alan 18 yaş altındaki 32 olgunun bilgileri dosya kayıtlarından geriye dönük olarak kaydedildi. Olguların karaciğer enzimleri, serum bakır, seruloplazmin, 24 saatlik idrarda bakır düzeyi, kayser-fleischer halkası ve karaciğer biyopsilerinin histopatolojik değerlendirilmeleri ve kuru karaciğer dokusunda bakır düzeyleri incelendi.

BULGULAR: Otuz iki olgunun %43 ü kız, %57 si erkek, ortalama yaş dağılımı 15 yıl idi. Olguların %9 unda ilk başvuru yakınması sarılık olup %46 sı da karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik nedeni ile getirildi. Olguların %9 unda ek yakınma olarak burun kanaması, %12 sinde karın şişliği, %6 sında konuşma bozukluğu mevcut idi. Fizik muayane bulgularında %28 hepatomegali, %25 splenomegali, %6 sarılık saptandı. Olguların %69 u sadece hepatik tutulum, %31 i ise hepatik ve nörolojik tutulum ile izlendi. Olguların %90 ında serum seruloplazmin düzeyi 20 mg/dl nin altında, 24 saatlik idrar bakırı %95 inde 100 mg ın üzerinde saptandı. Olguların %37 sinde serum bakırı 40 mg/dl nin üzerinde, %18 inde 20-40 mg/dl arasında saptandı, %21 inin batın usg si normaldi. Karaciğer biopsisinde kuru bakır düzeyi %85 inde 250 mcg/gr nin üzerinde saptandı. Olguların %43 ünün karaciğer biopsisinde fibrozis,yağlanma,inflamasyon, % 28 inde siroz saptandı. Olguların biri hariç diğerlerine penisilamin ve cinko tedavisi başlandı. Olguların %50 si sorunsuz olarak takiptedir.

SONUÇ: Wilson hastalığının tanısında serum seruloplazmin düzeyinde düşüklük, idrarda bakır atılımında artışı ve göz incelemesinde Kaiser-Fleischer halkasının saptanması son derece önemlidir. Erken tedavi ile iyileşebildiğini ve prognozunun iyi olabileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: wilson, bakır, karaciğer, çocuk, kaiser-fleischer

TP-50

Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Nedeniyle Enterne Edilen 2 Yaş Altı Hastaların Beslenme Açısından Değerlendirilmesi

Emre Usta, Yasemin Akın, Ebru Şenol, Esra Çetinkaya Polatoğlu, İrem Ünal, Gökşen Demir, Fatma Kaya Narter
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Beslenme yetersizliğinin; büyüme-gelişme geriliği, bağışıklık sisteminde yetersizlik ve enfeksiyonlara yatkınlık gibi ciddi sağlık sorunlarına sebep olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda, 2 yaş altı çocuklarda alt solunum yolu enfeksiyonu gelişiminin beslenme ve ailesel faktörlerle olan ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Bu prospektif çalışmaya hastanemiz çocuk servisine 15 Ocak-15 Mart 2016 tarihleri arasında alt solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yatırılmış olan ve bilinen kronik hastalığı olmayan 0-2 yaş arası 100 hasta dahil edildi.Ailelere beslenme ve sosyoekonomik düzey hakkında sorular içeren bir anket uygulandı.

BULGULAR: Olgularımızın 93'ü(%93) anne sütü almış ve/veya halen almaya devam etmekte iken; 7'si(%7) hiç anne sütü almamıştı.Yatış esnasındaki beslenmeleri açısından olgular değerlendirildiğinde; 50'si(%50) sadece anne sütüyle, 19'u(%19) anne sütü+mama ile, 17'si(%17) anne sütü+ek gıdalarla, 6'sı(%6) sadece mama ile, 4'ü(%4) mama +ek gıdalar ile, 4'ü(%4) ise sadece ek gıdalar ile besleniyordu.Olguların anne sütü alımları ile yatış sayıları arasındaki ilişki incelendi. Aralarındaki ilişki istatistiki açıdan anlamlı bulunmadı.

Olgular anemi açısından değerlendirildiğinde, 55 olguda(%55) ayına göre anemi mevcuttu. Anemisi olanlar içinde 3 hasta demir tedavisi görmekteydi, 52 olgu ise tedavi almıyordu. Anemi durumunun yatış sayısıyla olan ilişkisi incelendiğinde, istatistiki açıdan anlamlı ilişki görülmedi.

Çalışmamızda anne ve babanın eğitim düzeyleriyle,çocukların beslenme düzeyleri ve persentil değerleri arasında anlamlı ilişki olduğu saptandı($p<0.05$). Anne ve baba meslekleri ile çocukların beslenme durumu ve gelişimleri arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre yetersiz ve dengesiz beslenme, çocuk ölümlerinin %7'sinin birincil; %46'sının ise ikincil nedenidir. Yaşa göre uygun büyüme-gelişmeyi sağlamak ve beslenme yetersizliğinin çeşitli sonuçlarından kaçınabilmek için, bebekler dengeli ve yeterli beslenmeli ve onlara doğru beslenme alışkanlıkları kazandırılmalıdır. Bu nedenle süt çocuğu ve küçük çocukların beslenmesi tüm sağlık personeli ve çocuk hekimleri tarafından üzerinde durulması gereken önemli bir konudur. Tüm ebeveynlerin bebek beslenmesi konusunda eğitilmesi çocuk yaş grubundaki mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: alt solunum yolu enfeksiyonu, beslenme, malnutrisyon, süt çocuğu

TP-51

Diaçilgliserol Kinaz-ε mutasyonu ilişkili Hemolitik Üremik Sendrom:Olgu sunumu

Mehmet Fatih İleri, Nurver Akıncı, Gül Özçelik, Sare Güntülü Şık
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Hemolitik üremik sendrom(HÜS) etyolojileri, seyirleri ve tedavi yaklaşımları farklı olan bir grup hastalıktır. Diaçilgliserol kinaz-ε (DGKE) endotel, trombosit ve podositlerde bulunur. Araşidonik asit içeren diaçilgliserol (DAG)'un sinyalizasyonunu inaktive etmekle görevlidir. DAG protein kinaz C'yi aktive ederek tromboza eğilim ve TMA oluşturur. DGKE- ε mutasyonu saptadığımız olgumuzu (HÜS)'ün nadir bir etyolojisine dikkat çekmek için sunduk.

OLGU: Üç gündür süren ateş ve kusma şikayetleri olan 8 aylık kız olgu, bir gündür kanlı idrar yapmaya başlamış. Halsizliğinin artması, uykuya meyilli ve göz kapaklarının şişmesi nedeniyle acilimize başvurdu. Fizik muayenesinde hipertansiyon, hepatomegali, periorbital ve pretibial ödem saptandı. Tetkiklerinde Hb:7.3g/dl ve trombosit:44.000/mm3 düşük; üre:98 mg/dl, kreatinin:1.79mg/dl, AST: 226U/L, ALT:71U/L, LDH: 2108U/L, ürik asit: 12mg/dl yüksek saptandı. Periferik yaymada parçalanmış eritrositler ve şistositler görüldü. Direkt coombs negatifti. Tam idrar tahlilinde üç pozitif proteinüri ve hematüri vardı. Akut böbrek yetmezliği, hemolitik anemi ve trombositopeni birlikteliği olan olguda HÜS düşünüldü. Haptoglobulin:15 düşük; C3c:100 mg/dl, C4:25mg/dl ve ADAMTS13 aktivitesi %72 normaldi. Böbrek ultrasonografisin de bilateral parankim ekosu grade 2 artmıştı. Gaita kültüründe üreme olmadı, Enterohemorajik Escherichia coli (EHEC) ve verotoksin saptanmadı. Hemodiafiltrasyon, transfüzyon, hipertansiyon tedavilerinin yanında spesifik tedavi olarak 5 gün plazmaferez tedavisine rağmen anürikti. Standart tedaviye yanıt vermemesi nedenli atipik HÜS'te önerilen eculizumab hastaya uygulandı. Yükleme dozu ve bir idame doz yapıldıktan sonrada yanıt alınamadığından periton diyalizi başlandı. Serum vitamin B12 ve folik asit düzeyi düşük, homosistein düzeyi yüksek gelmesi üzerine kobalamin c metabolizma bozukluğuna bağlı hüs olabileceği düşünüldü. MTHFR gen mutasyonu homozigot pozitif saptandı. Vitamin B12 ve folbiol tedavisi başlandı. Bu sırada Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kliniği Nefrogenetik Laboratuvarında bakılan DGKE- ε mutasyonu homozigot pozitif olduğu, akraba olmayan anne babanında taşıyıcı olduğu öğrenildi.

SONUÇ: Bir yaş altı dönemde gelişen ve tedaviye dirençli vakalarda etyolojide DGKE- ε mutasyonu düşünülmelidir. Eculizumab tedavisi etkisizdir, tersine infeksiyon riski oluşturabilir. Sık ataklar, hipertansiyon, kronik böbrek yetmezliği gelişme riski fazladır.

Anahtar Kelimeler: atipik, dgke, hüs

TP-52

Otozomal Dominant Hipoparatiroidi ve Tip 5 Bartter Sendrom Tanılı Bir Olgu

Cansu Kartal[1], Özlem Aydoğ[2], Hasan Murat Aydın[3], Gizem Korkmaz[1], Eda Şahin[1], Gizem Sorkullu[1], İbrahim Kartal[4]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Samsun
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Samsun
[4]Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi Bilim Dalı, Samsun

GİRİŞ: Otozomal dominant (OD) hipoparatiroidi / OD hipokalsemi ve hiperkalsiüri; hipokalsemi, hipomagnezemi, hiperkalsiüri, hipermagnezüri ve hipoparatiroidi ile karakterize bir tablodur. Bu tabloya bazen hiponatremi, poliüri (tuz/su kaybeden nefropati), hipokalemi ve hipokloremik metabolik alkaloz ile karakterize Bartter sendromu eşlik edebilmektedir.

OLGU: 2,5 yaşında kız hasta, 4 aylıkken başlayan nöbet geçirme hikayesi ile getirildi. Epilepsi tanısı aldığı ve antiepileptik ilaçlar kullandığı öğrenildi. Anne ve babası 2. dereceden akraba idi ve ailede benzer hikaye mevcut değildi. Fizik incelemesinde; hasta mental motor retarde olup ekstremitelerinde hipertonisite mevcuttu. Laboratuar incelemesinde; Na 123 mEq/L, K 3.09 mEq/L, Cl 85 mEq/L, kalsiyum 5,6 mg/dl, Mg 0,61 mmol/L, pH 7.54, HCO3 27.2 mmol/L, PTH 10,85 pg/mL (N: 15-65) saptandı. 24 saatlik idrarda Ca (6,5 mg/kg/gün) ve Mg atılımı (2,3 mg/kg/gün) artmıştı. Üriner sistem ultrasonu normaldi. OD hipoparatiroidi / OD hipokalsemi ve hiperkalsiüri ile eşlik eden Tip 5 Bartter sendromu tanısı konulan hastaya; kalsiyum, potasyum, magnezyum ve aktif D vitamini desteği; poliüri ve hiperkalsiüri için hidroklorotiazid tedavisi başlandı.

TARTIŞMA: CaSR (kalsiyum algılayıcı reseptör), parathormon salgılanmasında ve renal distal tübüler kalsiyum reabsorbsiyonunda anahtar bir rol oynayarak hücre dışı kalsiyum konsantrasyonunu normal sınırlarda tutmaya çalışır. CaSR, Henle kulpunun çıkan kalın kolunda ROMK aracılı K ve NKCC2 aracılı NaCl reabsorbsiyonunda da önemli bir rol oynar. CaSR'nin bazı fonksiyon kazanım mutasyonları; hem kalsiyum metabolizma bozukluğuna hem de Bartter sendrom tablosuna yol açabilir.

SONUÇ: Erken dönemde tanı konulmayan ve uygun tedavi edilmeyen hastalarda, tekrarlayan nöbetlerle, hastamızda olduğu gibi kalıcı nörolojik sekeller gelişebilir. Ayrıca bu hastalarda hiperkalsiüri ve nefrokalsinozis sonucunda kronik böbrek hastalığı da gelişebilir. Rekombinant parathormon tedavisi konusunda çalışmalar devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 5 Bartter sendromu, Hipoparatroidi, Hiperkalsiüri.

TP-53

Hemolitik Üremik Sendromlu Olgularımızın Değerlendirilmesi: 6 Yıllık Deneyim

Nurver Akıncı, Gül Özçelik
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Hemolitik üremik sendrom (HÜS) mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği ile karakterize bir klinik tablodur. Çocukluk çağının en sık akut böbrek yetmezliği nedeni olarak kabul edilir. Verositotoksin ilişkili (Shiga-benzeri toksin) ve atipik form olmak üzere iki grupta incelenen hastalık önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir.

METHOD: Burada 2010-2016 yılları arasında merkezimize başvuran yaşları 2 ay ile 12 yaş arasında değişen 7'si erkek ve 10'u kız HUS tanısı alan 17 olgu sunulmuştur. Klinik, laboratuvar, tedavi ve prognoz açısından değerlendirilmiştir.

SONUÇLAR: Olguların birinde pnomoni, 13'de ishal öyküsü vardı ve sadece üçünde gaita kültüründe üreme oldu, birinde verotoksin izole edildi. Bir olgu da başvuru anında makrofaj aktivasyon sendromu gelişmişti. İki hasta son dönem böbrek yetmezliğinde (SDBY) başvurdu. Tüm hastalarda böbrek yetmezliği gelişmekle beraber sadece 10 hastada diyaliz uygulanması gerekti. Dört hastada tanı anında hipokomplementemi saptandı. Tedavide öncelikle plazma tedavisi uygulandı. Plazma tedavisine bağımlı ve/veya tedaviye dirençli olmaları nedeni 8 hastaya eculizumab tedavisi verildi. Eculizumab tedavisi ile 6 hastada plazma tedavisine ihtiyaç göstermeyen remisyon sağlandı. Yanıt alınamayan hastalardan birinde kompleman ilişkisiz DGKE mutasyonu saptandı. SDBY ile gelen iki olgu dışında 2 olguda da tedaviye rağmen böbrek yetmezliği düzelmedi, bir vaka diyaliz tedavisi altında iken kaybedildi. Altı olguda orta düzeyde proteinüri, hipertansiyon, evre 2 kronik renal yetersizlik düzeyinde renal sekel kaldı. Bir olgu nörolojik sekelle iyileşti. Hipokomplementemisi devam eden ve/veya kompleman sisteminde genetik mutasyon tespit edilen üç olguda, ayrıca transplantasyon öncesi iki olgu olmak üzere 5 olguda eculizumab tedavisi devam etmektedir. Altı olgu sekelsiz iyileşmiştir.

TARTIŞMA: HUS olguları çok farklı kliniklerle başvurabilmekte ve farklı prognostik ozellikler gösterebilmektedir. Plazma infüzyonu ve plazmaferez tedavileri HÜS'te ilk tedavi seçeneği olarak kabul edilmektedir. Ancak bazı vakalarda etkinlikleri yeterli olamamaktadir. Özellikle plazma tedavisine yanıtsız veya bağımlı olgularda olmak üzere, eculizumab tedavisi HÜS'te hızlı, etkili ve hayat kurtarıcı bir tedavi seçeneği olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: atipik hemolitik üremik sendrom, plazmaferez, eculizumab

TP-54

Behçet Hastalığı Tanılı Çocuk Hastalarda İşitmenin Değerlendirilmesi, Pilot Çalışma

Gonca Keskindemirci[1], Nuray Aktay Ayaz[2], Zehra Çınar[3], Özgür Yiğit[3], Çiğdem Kalaycık Ertugay[3], Mustafa Çakan[2], Şerife Gül Karadağ[2], Esat Alkaya[3]
[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Behçet Hastalığı (BH) ilk defa Türk dermatolog Hulusi Behçet tarafından tanımlanan, multisistemik vaskulittir. Genellikle hastalık ikinci dekatta başlamakla birlikte çocukluk çağında da bulgular başlayabilir. Klinikte daha çok mukokutanöz ve oftalmolojik bulgular ön planda olmakla birlikte hastalığın seyrinde vaskuler, pulmoner, gastrointestinal, nörolojik tutulumlar gözlenebilir. Organ tutlumu açısından heterojen dağılıma sahip olması göz önüne alındığında otolojik tutulumun da olabileceğini düşünülebilir. Çalışmamızda Behçet Hastalığında işitme fonksiyonunu değerlendirerek işitmenin etkilenip etkilenmediğini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya BH tanısı alan 15 çocuk hasta ile cinsiyet ve yaş uyumlu 11 sağlıklı gönüllü bireyler dahil edildi. BH tanısı ''Uluslararası BH çalışma grubu''nun kriterlerine göre koyuldu. Hastaların hiçbirinde değerlendirme sırasında nörolojik tutulum yoktu. BH tanılı hastalar ile sağlıklı kontrollerin önce otolojik muayeneleri yapıldı daha sonra pure-tone odyometre, yüksek frekanslı odyolojik değerlendirme ve Distorsiyon product otoakustik emisyon (DPOAE) değerlendirmeleri yapıldı ve sinyal-gürültü oranı (SNR) ölçüldü.

BULGULAR: BH tanısı alan 15 hasta (4'u kız 11'i erkek) ve yaş ve cinsiyet uyumlu 11 kontrol grubunun (7 kız, 4 erkek) yaş ortalamaları sırayla 13,91±2.62 ve 15,60±1.92 idi. Ortalama hastalık süresi 4.6±2.6 yıl idi. Tüm hastalar kolşisin kullanmakta idi. Kolşisine ilave olarak 1 hasta azotiyoprin, 1 hasta azotiyoprin ve prednizolon ve 1 hasta varfarin sodyum kullanmakta idi. BH tanılı hastalar ile kontrol grubunda işitme değerleri normal sınırlarda olmakla birlikte 500 Hz ve 4000 Hz işitme düzeylerinde her iki grup arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu. DPAOE'da 1000 Hz ve 4000 Hz frekanslarda her iki grup arasında fark anlamlı bulundu.

TARTIŞMA: İşitme değerlerinin her iki grupta normal olduğu görülse de her iki grup arasında anlamlı farkların olması işitmenin etkilenebileceğini düşündürebilir. BH tanılı çocuk hastalarda daha önce işitmenin değerledirildiği bir çalışmaya rastlanılmamıştır. Bu amaçla çalışmamız daha sonraki büyük kohort çalışmalara ışık tutacak bir çalışma olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Behçet Hastalığı, işitme fonksiyonu, çocukluk çağı

TP-55

Takayasu Arteritine Bağlı Gelişen Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu

Fatma Beşiroğlu Çetin, Soner Sazak, Saniye Berna Hamilçıkan, Gökçe Velioğlu Haşlak, Ahmet İrdem, Hasan Dursun, Fatih Aygün, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Takayasu arteriti aorta ve büyük dallarını tutan etiyolojisi belli olmayan inflamatuar bir vaskülittir. Takayasu arteriti olguların %50'sinde ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, anoreksi, artralji, myalji ve artrit gibi nonspesifik bulgularla başlayabilir. Hastalık, aorta, büyük damarların proksimal kısımları, pulmoner arterleri tutabilmekte ve damarlarda düzensizlik, daralma, poststenotik dilatasyon ve anevrizmaya neden olmaktadır. Tek veya çift taraflı renal arterlerin olaya katılması sonucunda ise renovasküler hipertansiyona neden olabilmektedir. Hastalık nadiren posterior reversible ensefelopatiye neden olabilir. Bu olgu, hastalığın klinik ve laboratuvar bulgularını gözden geçirmek ve çocuklardaki renovasküler hipertansiyonun etiyolojisinde düşünülmesi gereken hastalıklardan biri olduğunu vurgulamak amacıyla sunulmaktadır.

OLGU: Başvurusundan 3 ay önce kabızlık, karın ağrısı, bel ağrısı şikayetleri, C-reaktif protein, sedimentasyon yükselikliği nedeniyle başka merkezde idrar yolu enfeksiyonu tanısıyla iki kez yatış öyküsü olan ve üç aydır anal fissür için topikal tedavi ve demir tedavisi alan hasta CRP ve sedimentasyon değerlerinde yükseklik devam etmesiyle çocuk romatoloji polikliniğine yönlendirilmişti. Hastanın başvurusundaki muayenesinde sağ kol tansiyon: 110/70 mmHg, sol kol tansiyon: 130/75 mmHg ve sol kol nabazanlar sağ koldan daha belirgindi, diğer fizik muayenesinde bulgu yoktu. Ekokardiyografide asendan aortada 28 mm anevrizma, arteriyal MR'da abdominal aorta proksimal kesimde orta derecede darlık, her iki renal arter proksimal kesimde darlık izlendi.Takayasu arteriti tanısı konulan hastaya steroid tedavisi başlandı. İzleminde generalize tonik-kolonik konvulziyon geçiren hastanın KB'ı 170/120 mmHg olarak saptandı. Anti konvülsan tedaviye rağmen konvülsiyonu durdurulamayan ve karbondioksit retansiyonu gelişen hasta entübe edilerek, intravenöz esmolol tedavisi başlandı. Kranial MR sonucunda hastada hipertansiyona sekonder PRES sendromu olduğu görüldü. Renal arterlerdeki bilateral stenoz için girişimsel radyoloji hastaya abdominal aortografi yaparak balon dilatasyon uygulanan hasta, immünsupresif tedaviyle takip edilmektedir.

SONUÇ: Açıklanamayan semptomları olan ve akut faz reaktan yüksekliği ısrarla devam eden hastaların ayırıcı tanısında Takayasu arteriti akılda tutulmalıdır. Bu hastaların takibinde PRES açısından yakın kan basıncı takibi yapılmalı, ani KB yükselmelerinde gecikmeden acil antihipertansif tedavi uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, hipertansiyon, takayasu, pres sendromu

TP-56

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yüksek Akımlı Nazal Oksijen Tedavisi

Arzu Oto, Seher Erdoğan, Mehmet Boşnak
Gaziantep Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım BD, Gaziantep

AMAÇ: Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız akut solunum yetersizliği olan çocuk hastalarda yüksek akımlı nazal kanül ile oksijen tedavisinin etkinliğini ve güvenilirliğini değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Ocak 2015-Ocak 2016 tarihleri arasında akut hipoksik solunum yetersizliği tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırılan ve yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi verilen hastalar çalışmaya alındı. Hastaların bazal, 30 dk ve 12.saat arteriyel kan gazı parametreleri, solunum sayısı(SS), kalp hızı(KTA), sistolik, diastolik ve ortalama arter basınçları(SAB, DAB, OAB), dispne skoru, Fraksiyone oksijen indeksi(FiO2), Oksijen saturasyonu(SatO2) değerleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 24' ü(%48) kız, 26' sı(%52) erkek toplam 50 hasta alındı. Hastaların 0.dakika HR ve RR ortalamasına göre 30.dakika ve 12.saat KTA ve SS ortalamalarında görülen düşüşler istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). 0.dakika SatO2 ortalamasına göre 30.dakika (p.0.001) ve 12.saat (p:0.005) SatO2 ortalamalarında istatistiksel olarak anlamlı artış saptandı ($p<0.05$). Benzer şekilde 0.dakika FiO2 ortalamasına göre 30.dakika ve 12. Saat FiO2 ortalamalarında da istatistiksel olarak anlamlı bir düşme vardı($p<0.05$). 0.dakika dispne skor ortalamasına göre 30.dakika (p:0.001) ve 12.saat (p:0.001) skor ortalamasında görülen azalma istatistiksel olarak anlamlı idi ($p<0.05$). 0.dakika, 30.dakika ve 12.saat arasında pH, PaCO2, PaO2, SAB ve DAB açısından anlamlı bir farklılık yoktu ($p<0.05$). Tedavi başarısızlığı ile başvuru yaşı, PIM, PRISM, PMODS ve PELOD skorları, 0 dakika KTA, SS, SatO2, pH, PaCO2, PaO2, SAB, DAB, OAB, FiO2 arasında da bir ilişki saptanmadı($p<0.05$). Hastaların 40'ında(%80) tedavi başarılı iken, 10'unda(%20) invaziv ventilasyon gereksinimi oldu.

SONUÇ: Yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi hiperkapnisi olmayan akut ciddi hipoksemik solunum yetersizliği olan hastalarda, yeterli donanım ve monitorizasyon varlığında kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Solunum Yetmezliği, Yüksek Akımlı Nazal Oksijen Tedavisi

TP-57

Çocuklarda Yaşamı Tehdit Edici Nadir Bir Üst Hava Yolu Darlığı Nedeni: Subglottik Hemanjiom (Olgu Sunumu)

Hülya Gözde Önal[1], Muhammet Şükrü Paksu[2], Nazik Yener[2], Sinan Atmaca[3]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Samsun
[3]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun

Subglottik hemanjiomlar çocukluk çağında solunum sistemi yakınmalarına neden olabilen nadir benign vasküler malformasyonlardır.Yaşamı tehdit edici hava yolu obstrüksiyonuna neden olabilirler.Başlangıç klinik bulgular genellikle non-spesifiktir. Erken dönem en sık bulgu stridordur. Tedavi edilmeyen vakalarda acil entübasyon/trakeostomi gerektiren havayolu tıkanıklığı gelişebilir. Fizik muayenede bifazik stridor saptanır ve bronkodilatatör tedaviye yanıt yetersizdir. Tanıda altın standart bronkoskopi ile lezyonun görülmesidir. Doğumda normal olan 2 ay 11 günlük kız hasta 20 gün önce başlayan ve gittikçe artan hırıltı,morarma ve solunum zorluğu şikayetleri ile getirildi.Fizik incelemede hasta takipneik (60/dk) ve taşikardik (160/dk) idi, interkostal çekilmeleri vardı ve bifazik stridor duyuldu. PA akciğer grafisi ve laboratuvar incelemede özellik yoktu. Bronkodilatatör tedaviye yanıt alınamadı. Solunum yetmezliği olan hastaya mekanik ventilasyon uygulandı. Bronkoskopide,subglottik bölgede sol posterolateralde hemanjiom ile uyumlu pulsatil lezyon izlendi. Oral propranolol tedavisi başlandı. İzleminin 4.gününde trakeostomi açıldı. Hastanın 25 aylık iken yapılan kontrol bronkoskopide subglottik hemanjiyomun kaybolduğu görüldü ve trakeostomi kapatıldı. Dört yaşında yapılan son kontrolde hasta normaldi. Yaşamın ilk aylarında ortaya çıkan, ilerleyici, bronkodilatatör tedaviye yanıtsız bifazik stridoru olan hastaların ayırıcı tanısında subglottik hemanjiomlar düşünülmeli ve hastalar bronkoskopi yapılabilecek bir merkeze yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: subglottik hemanjiom, çocuk, bronkoskopi, trakeostomi

TP-58

Aşısız Mülteci Bir Vakada Tetanoz

Ayşe Hamde Durduran[1], Bahri Elmas[1], Öner Özdemir[2], Mustafa Kösecik[4], Mustafa Büyükavcı[3]
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Allerji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Hematoloji Bilim Dalı, Sakarya
[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Tetanoz clostridium tetaninin salgıladığı toksinle oluşan, kaslarda yaygın tonus artışı, paroksismal kas spazmları ve sempatik aktivite artışı ile giden mortalitesi çok yüksek bir hastalıktır. Ülkemizde görülme sıklığı azalmakla birlikte aşılamaları yetersiz mülteci sayısındaki artışa bağlı görülme sıklığında yeniden bir artış yaşanmaktadır. Tetanoz tanısıyla takip edilen yedi yaşındaki olgu, özellikle kasılma ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında tetanozun da düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

OLGU: Tüm vücutta kasılma nedeni ile başvuran yedi yaşında erkek hastanın öyküsünden yedi gün önce ayağına paslı çivi battığı ve daha önceden hiç aşı yapılmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde şuuru açık, sağ ayak tabanında 1x2 cm ebadında nekrotik yara, tüm vücutta kasılma, hiperestezi, ağzını açmada güçlük mevcut, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları normal idi. Mevcut bulgularla tetanoz düşünülen hastaya yüksek doz intravenöz kristalize penisilin G, insan tetanoz immünoglobulin ve tetanoz aşısı yapıldı. İntravenöz diazepam uygulandı ve roküronyum infüzyonu başlandı. Ses ve ışık izolasyonu sağlandı. Kardiopulmoner arrest gelişen hastaya CPR uygulandı, inotrop ve katekolamin desteği sağlandı. Takibinde multiorgan yetmezliği ve dissemine intravasküler koagülasyon gelişti. Renal replasman tedavisi ve üçüncü basamak yoğun bakım hizmeti verilebilmesi için ileri merkeze sevk edildi. Hastanın ileri merkezde exitus olduğu öğrenildi.

SONUÇ: Daha önce hiç aşılanmayan ve kirli yaralanma sonrasında da proflaksi uygulanmayan hastamızda tetanoz immünoglobulin, aşı, penisilin G ve destek tedavisine cevap alınamamıştır. Tetanoz aşısı beş yıla kadar yüksek oranda koruyuculuğa sahip olup mümkün olduğunca her 4-10 yılda bir tekrarlanabilir. Şüpheli yaralanmalarda erken proflaksi hayat kurtarıcıdır. Aşısız kişilerde kirli yaralanmalarda yara temizliği, aşı ve immünoglobulin birlikte yapılmalıdır. Görülme sıklığındaki artış nedeni ile özellikle yaralanmalar sonrası santral sinir sistemi bulguları ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda tetanoz da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: aşılama, mülteci, tetanoz,

TP-59

Riskli Yenidoğanlarda İşitme Kaybı Sıklığı ve Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Fazilet Akoğlu, Mehmet Ali Yavuz, Halil Alkaya, Selda Arslan
Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Hatay

GİRİŞ-AMAÇ: Günümüzde pek çok riskli yenidoğan teknolojik gelişmeler sayesinde yaşatılabilmektedir. Bununla birlikte bu yenidoğanların işitme kaybı açısından ek risk faktörlerine maruz kalmaları söz konusu olmaktadır. İşitme problemleri olan yenidoğanların gelişimsel sorunlarının azaltılabilmesi için 3-6 ay içinde tanı konup tedavi edilmeleri gerekmektedir. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitemizde izlenen bebeklerdeki işitme kaybı sıklığını ve işitme kaybının risk faktörlerini güncel olarak belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmada; 1 Ocak 2013 - 31 Aralık 2015 tarihleri arasında hastanemiz 3. Seviye yenidoğan yoğun bakımında izlenmiş 482 yenidoğanın işitme tarama sonuçları değerlendirilmiş, işitme kaybı sıklığı belirlenmiş ve risk faktörleri ile ilişkisi gözden geçirilmiştir. Joint Committe on Infant Hearing tarafından 2007'de güncellenen risk faktörleri açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan 482 yenidoğanın 8'inde (%1,6) işitme kaybı saptandı. Tüm vakaların %78,8'inin en az bir tane, %19,9'unun ise iki ya da daha fazla risk faktörü taşıdığı saptandı. İşitme kaybı saptanan vakalarda ise en az bir risk faktörü taşıma oranı %87,5 iki ve daha fazla risk faktörü taşıma oranı %75,0 olarak saptandı. İşitme kaybı izlenen vakalardaki en sık saptanan risk faktörleri; ÇDDA, ototoksik ilaç kullanımı, 5 günden fazla mekanik ventilasyon ve hiperbilirübinemi olarak belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuçlar değerlendirildiğinde, işitme kaybı oranımız son dönemde yapılmış çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin birden fazla risk faktörüne maruz kalmasının işitme kaybı gelişme sıklığını artırdığı gösterilmiştir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde izlenen hastaların işitme kaybı açısından risk altında olduklarının bilinmesi ve izlemlerinde ek risk faktörlerine maruz bırakılmamaları için gerekli önlemlerin alınması gerektiğini düşünmekteyiz. Kullanılan tedavi yöntemlerinin gelişmesi ile birlikte işitme kaybının risk faktörlerinin güncellenmesi ve bu riskleri taşıyan yenidoğanların korunması için yeni önerilerin geliştirilmesi gerekmektedir. Böylece riskli yenidoğanların işitme fonksiyonları korunacak ve zihinsel, sosyal ve duygusal olarak sağlıklı şekilde gelişmeleri sağlanacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, İşitme kaybı, Risk faktörleri

POSTER BİLDİRİLER

PP-001

Yenidoğanda Lokal Anestezi Sonrası Gelişen Methemoglobinemi Olgusu

Salih Demirhan, Nil Yazar Alpay, Hüseyin Burak Sağlam, Günce Başarır, Güner Emel Yolsal, Rabia Gönül Sezer, Abdülkadir Bozaykut
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Methemoglobin hemoglobin molekülündeki demirin ferröz formdan (Fe2+), ferrik forma (Fe3+) oksidasyonu ile oluşan, oksijen taşıma özelliği olmayan, anormal bir hemoglobin formudur. Methemoglobinemi kalıtsal ya da edinsel sebeplerle kandaki kırmızı kan hücrelerinin %1'inden fazlasının methemoglobin formunu almasıdır. Fetal hemoglobinin erişkin hemoglobine göre methemoglobine olan yatkınlığından dolayı ilk 3 ayda methemoglobinemiyle daha sık karşılaşılmaktadır. En sık karşılaşılan form olan edinsel methemoglobineminin en önemli sebebi oksidatif ajanlardır.

Olgu sunumumuzda özellikle 3 ay altındaki bebeklerde siyanozun ayırıcı tanısında yer alan methemoglobineminin tanınması ve lokal anesteziklerin edinsel methemoglobineminin en önemli sebeplerinden olduğunun vurgulanması amaçlanmıştır.

OLGU: 14 günlük erkek hasta dış merkezde Prilokain ile lokal anestezi altında gerçekleştirilen sünnet operasyonundan 1 saat sonra tüm vücutta morarma şikayetiyle acil servisimize başvurdu. Hastanın başvuru sırasındaki fizik muayenesinde siyanoz görülmedi. Yapılan detaylı fizik muayenesinde patolojik bir bulguya rastlanmadı. Hastanın oda havasında oksijen satürasyonu %95'di. Akciğer grafisi normal olan hastanın alınan kan gazında pH: 7.49 (7.35-7.45), pO2: 75.9 (83-108), pCO2: 30.2 (32-48), methemoglobin: %17.1 (0-1.5) olduğu görüldü. Hemogram ve biyokimyasal parametlerinde transaminaz yüksekliği dışında bir anormallik yoktu. (AST: 172 (0-40), ALT: 76 (0-41)) Hastaya ilaca bağlı methemoglobinemi tanısı konularak, 1 mg/kg metilen mavisi 50 ml serum fizyolojik içinde IV infüzyonla 1 saatte verildi. Hastanın metilen mavisi tedavisinden 2 saat sonra bakılan kan gazında methemoglobinin %2,4 olduğu görüldü. 12 saatlik müşahedenin ardından hasta hemoliz riski açısından günlük kontrole çağırılarak acil servisimizden taburcu edildi. Hastanın günlük kontrol muayenelerinde bir anormallik saptanmazken, alınan tahlillerinde methemoglobin oranının yükselmediği ve hemoliz gerçekleşmediği görüldü.

SONUÇ: Ülkemizde sünnet operasyonlarında sıklıkla kullanılan lokal anestezikler uygun doz aralığında bile methemoglobinemiye yol açabilmektedir. Lokal anesteziklerle yapılan müdahalelerden sonra gelişen siyanoz durumlarında methemoglobineminin akılda tutulması, oksijen ve sıvı desteği, askorbik asit ya da metilen mavisi ile uygun tedavinin yapılması ve hastaların hemoliz riski açısından takiplerinin yapılması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Lokal Anestezik, Methemoglobinemi, Metilen Mavisi, Yenidoğan

PP-003

Solunum Sıkıntısının Nadir Bir Nedeni; Pulmoner Kist Hidatik

Fatma Akgül[1], Hüsne Didem Türker[2], Alper Çiçek[2], Emel Ulusoy[1], Hale Çitlenbik[1], Durgül Yılmaz[1], Murat Duman[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye

Ekinokokların neden olduğu kist hidatik hastalığı ülkemizde hâlen sık görülen paraziter hastalıklardandır. En sık karaciğer, ikinci sıklıkta akciğer tutulumu görülür. Pulmoner kist hidatik genellikle asemptomatik seyirlidir. Bu vakada yirmi beş gündür yakınmaları olan rüptüre pulmoner kist hidatik olgusu sunulmaktadır. Hastamız on beş yaşında erkek, üç gündür öksürüğü ve renksiz vasıfta balgam yakınmasıyla acil servise başvurdu. 25 gün önce benzer şikayetlerle başvurduğu birinci basamak sağlık kuruluşunda sinüzit tanısıyla tedavi verildiği öğrenildi. Gelişinde solunumu olağan olan hastanın takibinde takipnesi, interkostal ve subkostal çekilmeleri izlendi. Akciğer grafisinde 4 x 4,5 cm çapında kistik lezyon saptanan hastanın solunum sıkıntısında artış gelişmesi üzerine çekilen toraks BT'de rüptüre kist hidatik ile uyumlu görünüm saptanması üzerine çocuk cerrahisi servisine devredildi. Pnömoni tedavisi sonrası hastaya kist eksizyonu ve dekortikasyon uygulandı. Pulmoner kist hidatik genellikle asemptomatik olmakla birlikte öksürük, ateş yüksekliği ve solunum sıkıntısı bulguları görülebilir. Endemik bölgelerde ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir. Rüptüre olgular anaflaksi bulgusu olmadan da acil servislere başvurabilir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner kist hidatik, pnömoni, solunum sıkıntısı

PP-004

Sığ Suya Dalma Sonrası Gelişen Pnömomediastinum

Fatma Akgül[1], Hatice Karaoğlu Asrak[2], Emel Ulusoy[1], Hale Çitlenbik[1], Durgül Yılmaz[1], Murat Duman[1]
[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Pnömomediastinum bronş ve alveol içi geçici basınç artışına bağlı mediastende serbest hava varlığıdır. Çocuklarda en sık astım varlığında ve zorlu ekspirasyon manevralarıyla tetiklenir. Nadiren nefes tutarak dalış sonrası görülebilir. Başlıca belirtileri göğüs ağrısı ve nefes darlığıdır, tanısı akciğer grafisi veya diğer görüntüleme yöntemleri ile konulabilir. Bu vakada sığ havuza dalma sonrası boyun ağrısı şikayeti ile çocuk acil servise başvuran ve spontan pnömomediastinum saptanan bir olgu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Boyun ağrısı, pnömomediastinum, suya dalma

PP-005

Spontan Pnömomeadiastinum Olgu Sunumu

Şeyda Değermenci[1], Elçin Jabiyev[1], Okşan Derinöz[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ: Pnömomediastinum sıklıkla travmatik nedenlerle oluşmaktadır. Ancak nadiren spontan da gelişebilir. Spontan pnömomediastinum, sıklıkla sağlıklı genç erkeklerde periferal pulmoner alveollerin yırtılması sonucunda görülür. Ani başlayan boyun ağrısı veya batıcı göğüs ağrısı semptomları ile karşımıza çıkar. Acile başvuran çocuklarda insidansı 1/42.000'dir.

OLGU: Daha önce sağlıklı 15 yaşında erkek hasta, başvurunun olduğu gün öğleden sonra ani başlayan boyun ağrısı yakınması ile Çocuk Acil Servise getirildi. Boy:181 cm(97p), VA:56 kg (25-50p) olan hastanın astım öyküsü yoktu. Sigara kullanmıyordu. Vital bulguları stabil olan hastanın, fizik incelemesinde her iki servikal bölgede cilt altı krepitasyon palpe edildi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Ön arka ve lateral servikal grafide cilt altı serbest hava görüldü. Akciğer grafisinde kalp etrafında serbest hava görülen hastanın boyun tomografisinde "boyun kas planları arasında anterior paravertebral alanda ve paratrakeal bölgede üst mediastene uzanan yaygın hava", toraks tomografisinde de "paratrakeal prekarinal paraözefageal alanda kalbi ve mediastinal vasküler yapıları çevreleyen yaygın hava" görüldü. Hastada altta yatan bir hastalık olmaması ve astenik yapılı olması nedeniyle spontan etyoloji düşünüldü. Çocuk cerrahisi servisinde yatırılarak takip edilen hastanın şikayetleri 48 saat içerisinde kendiliğinden geriledi.

SONUÇ: Cilt altı amfizemi, olguların %30-90'ında görülür; tipik olarak boyun veya prekordiyal alanda saptanır. Duyarlılığı çok yüksek olmasa bile, spontan pnemomediastinum için oldukça spesifik bir bulgudur. Özellikle astenik yapılı genç erkek hastalarda intrapulmoner basıncı arttıracak bir travma hikayesi olsun ya da olmasın, atipik ani başlangıçlı boyun ağrılarının ve batıcı tarzdaki göğüs ağrılarının ayırıcı tanısında mutlaka spontan pnömomediastinum düşünülmeli ve dikkatli fizik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: spontan, pnömomediastinum, krepitasyon

PP-006

Maksiller ve Ethmoid Sinüzit Komplikasyonu Olarak Selülit: Olgu Sunumu

Nurşah Yeniay Süt, Rabia Gönül Sezer, Ruba Şendur, Ezgi Yılmaz, Feyza Mediha Yıldız
Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Paranasal sinüslerin infeksiyonunda, anatomik komşuluk nedeniyle infeksiyon orbita ve intrakraniyal dokulara hızla yayılabilir ve çok ciddi, mortalitesi yüksek komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Bu yüzden erken tanı ve uygun tedavi önemlidir. Bu yazıda, ethmoidal ve bilateral maksiller sinüs infeksiyonu sonucu görülen cilt altı hematom ve ciddi yüz selülit olgusu sunulmuştur.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta; sol göz altında, sol göz kapağında, alında şişlik, baş ağrısı, 2 gündür oral antibiyoterapiye rağmen düşmeyen ateş şikayetleriyle çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde pürülan postnasal akıntı ve göz çevresinde, alında eritem, hassasiyet, ödem saptandı. Muayene ateşi:38,5°C idi. Meningeal irritasyon bulguları saptanmadı. Göz hareketleri aktif ve ağrısızdı. Görme keskinliğinde azalma saptanmadı. Tetkiklerinde WBC:15600/mm3, ANC: 12700, CRP:5,6 mg/dl saptandı. Hastanın çekilen paranasal sinüs BT incelemesinde; ethmoidal ve bilateral maksiller sinüsler içerisinde havalanma kaybına artmış dansiteler (sinüzit) izlendi.(Resim 2) Hastanın çekilen kranial BT incelemesinde; frontal bölgede cilt altında hematom ile uyumlu yumuşak doku şişliği izlendi. Hasta Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne danışıldı. Sinüzit infeksiyonunun yüze lokal yayılımına bağlı selülit olduğu düşünülüp hastaya geniş spektrumlu ıv antibiyotik başlandı. Hasta periorbital selülit/orbital selülit açısından Göz Kliniği'ne danışıldı ve hastaya dakriosistit tedavisi başlandı.

SONUÇ: Frontal, maksiller ve etmoid sinüslerden infeksiyon subkütan dokulara yayılabilir. Ateş, sinüse komşu deri bölgesinde ağrı ve ödem vardır. Özellikle medial kantus bölgesinde apse görülebilir. Dakriosistit drenaj gerektirmeden antibiyotik tedavisi ile düzelir. Fakat hasta mutlaka ciddi intrakranial ve orbital komplikasyonlar açısından kranial ve paranasal sinüs BT ile değerlendirilmelidir. Göz ve Kulak Burun Boğaz bölümünden konsültasyon istenmelidir. Orbital selülitte, apse formasyonunda, frontal kemik osteomiyelitinde (Pott poff tümörü) acil cerrahi drenaj gerekebilir. Bu nedenle sinüzit hastasının hangi komplikasyonlarla gelebileceği ve sinüs infeksiyonlarının hangi yollarla nereye yayılabileceğinin bilinmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: pott poffy, selülit, sinüzit

PP-007

Bakla Alımı Sonrasında Hemoliz Ve Methemoglobinemi İle Başvuran Favizm Olgusu

Bahri Elmas[1], Halime Çiçek[1], Mustafa Büyükavcı[2], Öner Özdemir[3], Fatma Gül Ünlü[4]
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Hematoloji Bilim Dalı, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Pediatrik Allerji Bilim Dalı, Sakarya
[4]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, Bursa

GİRİŞ: Glukoz-6-fosfat dehidrogenaz (G6PD), eritrositlerde pentoz monofosfat yolunda görev alan, aynı zamanda hücreleri oksidatif stresten koruyan bir enzimdir. G6PD eksikliğinin en sık görülen klinik belirtileri yenidoğan sarılığı ve genellikle ilaçlar, enfeksiyonlar ve bazı gıdalar gibi eksojen ajanlar tarafından tetiklenen akut hemolitik anemidir. Bakla alımı sonrasında oluşan oksidatif stres sonucu akut hemoliz ile birlikte methemoglobinemi görülebilmektedir. Bu iki durum, benzer patofizyolojik mekanizma nedeni ile eş zamanlı görülebilmesine rağmen nadiren rapor edilmiştir.

OLGU: Solukluk, sarılık, morarma ve genel durum bozukluğu nedeni ile başvuran ve oksijen satürasyonu %86, methemoglobin %13.6 saptanan yedi aylık erkek hastaya methemoglobinemi tanısı ile intravenöz askorbik asit uygulandı. Metilen mavisi bulunamadığı için uygulanmadı. Hemoglobin düzeyinde düşme devam eden ve sarılığında artış izlenen hastanın öyküsünden annesinin bakla yediği ve anne sütü vermeye devam ettiği öğrenilerek favizm tanısı konuldu.

SONUÇ: Methemoglobinemi vakalarında tedavi için kullanılan askorbik asid ve metilen mavisinin G6PD eksikliği bulunan vakalarda hemolizi artırıcı etkisi bulunması nedeni ile benzer klinikle başvuran iki hastalığın ayırıcı tanısı oldukça önemlidir. Bu vaka methemoglobinemi düşünülen ve özellikle sarılığı da bulunan vakalarda, methemoglobin düzeyi yanında düşük oksijen satürasyonunun oksijen tedavisine cevabı ile birlikte bilirübin ve LDH düzeylerinin de çalışılması gerektiğini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Favizm, G6PD eksikliği, hemoliz, methemoglobinemi

PP-008

Astım Atağı Sırasında Görülen Nadir Bir Komplikasyon: Pnömomediastinum Ve Cilt Altı Amfizemi

Turan Yıldız [1], Onur Bircan [2], Bahri Elmas [2], Öner Özdemir [2], Mustafa Büyükavcı [2]
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Spontan pnömomediastinum çocukluk çağında nadir görülen bir durumdur ve genellikle cilt amfizemi ile birliktedir. Çocuklarda en sık neden astım olmakla birlikte alt solunum yolu enfeksiyonlarına bağlı spontan pnömomedistinum da bildirilmiştir. Kontrolü sağlanamamış veya düzenli ilaç kullanmayan astımlı vakalarda görülme sıklığı daha yüksektir. Genellikle selim seyirli ve kendiliğinden iyileşmekle birlikte şiddetli vakalarda invaziv girişimler gerekebilir. Bu vaka sunumunda düzenli tedavi almayan beş yaşında astımlı erkek çocukta gelişen pnömomediastinum ve cilt altı amfizemi nadir görülen bir komplikasyon olması nedeni ile konuya dikkat çekilmek üzere sunulmuştur.

OLGU: Solunum sıkıntısı, göğüs ağrısı ve boyun sol yanında şişlik nedeni ile çocuk acil servise getirilen beş yaşındaki erkek hastanın düzensiz astım tedavisi almakta olduğu ve çok sayıda atak geçirdiği, doğumda mekonyum aspirasyonu nedeni ile ventilatörde takip edildiği öğrenildi. Astım atağı ve cilt altı amfizemi düşünülen hastanın görüntülemesinde pnömomediastinum ve pnömotoraks tespit edildi. Takibinde cilt altı amfizemi inguinal bölgeye kadar ilerledi. Pnömomediastinum ve sağda pnömotoraksta artış izlendi. Bronkoskopi ve endoskopik inceleme normal bulundu. Sağ akciğere thoraks tüpü takıldı ve cilt altına kesiler atılarak cilt altı amfizemine müdahale edildi. İki gün ventilatörde uygun modlarda takip edilen hastanın pnömotoraksı düzeldi ve pnömomediastinumu geriledi. Takibinin 12. gününde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Pnömomediastinum genellikle havanın cilt altına kaçması ile çocuklarda müdahale gerektirmeyen bir durumdur. Ancak bizim vakamızda olduğu gibi pnömotoraks ve pseudotamponad durumlarında acil tedavi gereklidir. Özellikle kontrolsüz astımlı vakalarda, atak tedavisine iyi cevap alınamayan durumlarda nadir görülse de pnömomediastinum ve pnömotoraks da düşünülmesi gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: Astım, pnömomediastinum, cilt altı amfizemi

PP-009

Çocuk Acilde Spontan Pnömotoraks Vakası

Hasan Apaydın, Sevgi Akova, Melahat Argun, Betül Sözeri
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Akciğeri saran viseral ve parietal plevra zarlarının arasında hava bulunması pnömotoraks olarak adlandırılır. En sık sebebi toraks travmaları olan pnömoraks eğer herhangi bir travma dışı gelişmiş ise ‘ spontan pnömotoraks ’ olarak adlandırılır. Hastalarda en sık ani başlayan batıcı- delici tarzda ağrı, nefes darlığı, öksürük şikayetleriyle kendini gösterebildiği gibi, ağır vakalarda ‘ şok ’ tablosuna da neden olabilir. En sık uzun, ince yapılı 20- 40 yaş arasındaki erkeklerde görülen spontan pnömotoraksın adölesanlarda da görülebileceğine dikkat çekmek amacıyla bu olguyu hazırladık.

OLGU: 17 yaşında erkek hasta acil servisimize 45 dakika önce dinlenme durumunda aniden başlayan batıcı- delici tarzda göğüs ağrısı nedeniyle başvurdu. Uzun boylu ve zayıf yapılı (boy: 178cm, 62kg) olan hastanın alınan anamnezine göre günde yarım paket sigara kullanım öyküsü vardı. Hastanın kalp tepe atımı 85/dk, tansiyon 117/70, solunum sayısı 18/dk, oda havasında oksijen satürasyonu 99 olarak tespit edildi. Fizik muayenesinde sol hemitoraksın solunuma daha az katıldığı ve yine sol hemitoraksta solunum seslerinin azaldığı tespit edildi. Çekilen ekspiryum PA akciğer grafisinde sol akciğer periferinde akciğer dokusu görünmüyordu ve hiler bölgede kollabe olan akciğer dokusunda ait yoğun, keskin sınırlı konsolidasyon izleniyordu. Damar yolu açılan ve nazal oksijen bağlanılan hasta çocuk cerrahisi ile konsülte edildi ve yatışı yapıldı.

SONUÇ: Ani başlayan ve batıcı tarzda olan göğüs ağrısı ile başvuran adölesanlarda spontan pnömotoraks da ayırıcı tanılar içinde bulundurulmalı ve dikkatli bir solunum sistemi muayenesi yapılmalıdır. Hastalar sıradan bir kas ağrısı benzeri tablo ile gelebileceği gibi oldukça ajite durumda da başvurabilirler. Bazen inspiryum P.A. grafi yanıltıcı olabileceğinden gerekli durumlarda ekspiryum P.A. grafi de çekilerek karşılaştırılmalıdır. Spontan pnomotoraksta nüks oranı %16 ve %54 arasında değişmekte olup bu farkın en önemli nedeni sigara kullanılmasıdır. Taburculuk sırasında hastaya sigarayı bıraktırıcı tavsiyelerde bulunmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: adölesan, göğüs ağrısı, pnömotoraks, sigara

PP-010

Tek Doz Nonsteroidal Antiinflamatuar Kullanımı Sonrası Gelişen Üst Gastrointestinal Kanama

Ramazan Cahit Temizkan, Emine Dağdelen, Önder Kılıçaslan, Merve Aslantaş, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçlar sıklıkla analjezik, antipiretik ve antiinflamatuar olarak kullanılmaktadır.Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların hepsi COX-1ve COX-2enzimi inhibitörüdürler. Midedeki COX-1 enziminide bloke ettiklerinden protektif prostaglandinlerin sentezini azaltırlar ve dispeptik şikayetler,ülser ve gastrointestinal kanama gibi gastrointestinal yan etkileri oluştururlar. Bu etkinin tek dozda bile oluşabileceği gözlenmiştir. Bizde tek doz NSAİ ilaç kullanımına bağlı gelişen 2 tane üst GİS kanama vakasını sunduk.

OLGU 1: 15 yaşında erkek hasta tek doz nonsteroidal antiinflamatuar ilaç (Diklofenak sodyum) kullanımı sonrası karın ağrısı ve kanlı kusma şikayeti olması üzerine acil polikliniğimize yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durumu iyi bilinç açık idi. Vital bulguları stabil bulundu. Epigastrik bölgede hassasiyeti vardı. Defans ve rebaund yoktu, barsak sesleri normoaktifti. Akut üst GİS kanama ön tanısı ile servisimize yatırılan hastanın oral alımı stoplandı ve H2 reseptör blokörü ve antiasit tedavisi başlandı. Hastanın bakılan PT, aPTT değerleri normal sınırlarda idi. D. coombs negatifti. Hastanın ilk başvurusunda bakılan Hb 9,6gr/dl iken 7 saat sonra bakılan Hemoglonini7.4/gr/dl' ye gerilemesi üzerine hastaya 1Ü eritrosit süspansiyonu verildi. Sonrasında hemogram takibi stabilleşen ve şikayetleri azalan hastanın oral alımına izin verildi. 2 gün hastanın yatarak takibi yapıldı. Oral alımı sonrasında şikayetleri olmayan hasta H2 reseptör blokeri ve antiasit kullanımına devam etmesi önerilerek taburcu edildi.

OLGU 2: 9 yaşında kız hasta tek doz ibuprofen alımı sonrası baş ağrısı karın ağrı ve kanlı kusma şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Melenası mevcuttu. Fizik muayenede genel durumu iyiydi. Batın rahat, defans ve rebound yoktu. Barsak sesleri normaldi. Vital bulguları stabil idi. İlk başvuruda bakılan Hb 7,8gr/dl olması üzerine üst GİS kanama ve derin anemi tanısı ile servisimize yatırıldı. PT,APTT değerleri normal sınırlarda idi. NG dekompresyonuna yükseldi. Şikayetleri gerileyen ve NG dekompreson ile hemorajik geleni olmayan hasta antiasit tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Nonsteroidal antiinflamatuar ilaçların tek doz kullanımının dahi üst GİS kanamaya yol açabilir. Hastaların bu yönde bilgilendirilmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: üst, gis, kanama, nonsteroidal, antiinflamatuar, çocuk

PP-011

Cinsel Olarak Aktif Olmayan Hastada Tubo-Ovarian Apse

Ramazan Cahit Temizkan, Emine Dağdelen, Önder Kılıçaslan, Merve Aslantaş, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Tubo-ovarian apse cinsel olarak aktif bireylerde sık görülmekle beraber; bakire kızlarda çok nadir olarak rastlanmaktadır. 17 yaşında Down sendromu ve tubo-ovarian apse tanısı alan hasta bildirildi.

OLGU: 17 yaşında Down sendromu tanısı konmuş olan kız hasta karın ağrısı yakınması ile acil servise müracaat etti. Yapılan muayenesinde akut batın bulguları ve sol inguinal bölgede kitle tespit edildi. Acil serviste yapılan USG tetkikinde kitle teyit edildi. Hastanın 1 ay önceki tomografisinde her iki overde en büyüğü 2.5 cm çapında olmak üzere kistik görünümler izlenmiştir raporu verilmişken yeni çekilen kontrastlı batın tomografisinde: "Sol over lojunda 7x6x5 cm boyutlarında multiple septalı yoğun içerikli kist yapıda kitle lezyonu izlenmiştir."rapor edildi. Tubo-ovarian apse tanısı ile hasta opere edildi. Lezyon eksize edildi. Kültür alındı kültürde üreme olmadı. Patoloji raporu "6x5x4 cm ölçülerinde bordo-kahverengi ameliyat materyali. Kesi yapıldığında 2x2x2 cm ölçülerinde yuvarlak kavite gri-yeşil renkli nekrotik materyal içeren apse odağı izlendi." Rapor edildi. Tetkiklerde BK:21,000, %nötrofil:82,6 CRP: 26,76 geldi.

SONUÇ: Karın ağrısı batında kitle yakınması ile gelen; cinsel olarak aktif olmayan hastada tubo-ovarian apse de akılda tutulmalı. Tubo-ovarian apse: Batından kaynaklanan enfeksiyon sonrası, nefrotik sendrom, kollagen doku hastalığı, komplikasyonu, batın travması gibi nedenlerle gelişebileceği gibi; hastamızda olduğu gibi özellikle hijyenin yeterli olmadığı durumlarda asendan yolla da gelişebileceği göz ardı edilmemeli.

Anahtar Kelimeler: tubo-ovarian, apse, çocuk,

PP-012

Çocuk Acile Kabızlık Şikayeti Ile Gelen Hastada Nadir Bir Etyoloji: Spinal Kitle

Yılmaz Seçilmiş, Müşerref Bağırova, Adnan Öztürk
Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

AMAÇ: Kabızlık dışkılamanın yapılamayışı veya yetersiz oluşu sonucu sert ve seyrek dışkılama durumudur. Çocuklarda kabızlık prevalansı %0,7-%29,6 arasında değişmektedir. Pediatri kliniklerine yapılan tüm başvuruların %3'ünden, pediatrik gastroenteroloji birimine başvuruların %25'inden sorumludur. Kabızlık sorunu yaşayan çocuklarda dışkılama sırasında zorlanma, karın ağrısı, karında şişkinlik, iştahsızlık, kusma, idrar kaçırma, idrar yolu enfeksiyonu ve psikolojik sorunlara sık rastlanır.Bu raporda kabızlık şikayetiyle gelen hastanın takibinde glob vezikale ve parapleji gelişmesi üzerine çekilen manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) spinal kitle saptanan vaka sunulmuştur.

OLGU: İki yaşında kız hasta, yaklaşık iki haftadır kabızlık ve karın ağrısı şikayetleri olan hasta çocuk acil polikliniğine bir kaç kez başvurmuş. Hastanın başvurularında kabızlığa yönelik laksatif ve lavman tedavileri verildi, hidrasyonu sağlanarak taburcu edildi. Ancak şikayetleri geçmeyen hasta gözlem ve tetkik amacıyla acil servis ünitesine yatırıldı. Yapılan fizik muayenesinde batında distansiyon mevcutdu.Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Takiplerinde hastanın idrar yapamaması nedeniyle yapılan kontrol muayenesinde glob vezikale saptandı ve kateterizasyon uygulandı. Takibinin altıncı saatinde parapleji gelişen ve derin tendon refleksleri alınamayan hastaya acil olarak spinal MRG yapıldı. Çekilen MRG'de torakal 4-6. vertebralar hizasında medulla spinalis posteriorunda, kompresyona neden olan ve medulla spinalisi bu düzeyde incelten kitle lezyonu izlendi. Bunun üzerine dekompresyon amacıyla nöroşirurji tarafından kitle eksizyonu yapıldı. Eksizyondan bir hafta sonrasında hastanın paraplejisi, kuvvet kaybı ve mesane disfonksiyonu düzeldi. Patoloji raporu nöroblastom olarak tanımlandı.

SONUÇ: Paravertebral kitleler, intervertebral foramene doğru büyüme eğliminde olan kitlelerin intraspinal uzanımları spinal kord basısı sonucunda ekstremitede güçsüzlük, paralizi ve inkontinans gibi nörolojik semptomlara yol açar. Dinlenmekle geçmeyen radiküler ağrılar son derece önemli ve uyarıcı bulgulardır. Bu çocuklarda mutlaka nörolojik muayene yapılmalı, MRG ile kitle ve vertebrada çökme araştırılmalıdır. Açıklanamayan nörolojik bulgusu olan çocuklarda spinal kitle araştırılmalıdır. Bu olgu, kabızlık, glob vezikale ve parapleji gibi farklı semptomlarla gelen hastada spinal kitle olabileceğinin akılda tutulması açısından önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Kabızlık,Manyetik rezonas görüntüleme, Spinal kitle

PP-013

Çocuklarda Akut Gelişen Pitozisin Nadir Bir Etiyolojisi: Tromboflebit

Yılmaz Seçilmiş, Elif Şüheda Yazıcı, Mehmet Adnan Öztürk
Erciyes Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kayseri

Üst göz kapağının düşüklüğüne pitozis denir. Çocuklarda en sık görülen pitozis nedeni miyojenik pitozislerdir. Pitozis etiyolojisinde miyojenik (myastenia gravis, basit konjenital pitozis), aponörotik, nörojenik (3. Sinir felci, horner sendromu), mekanik (tümör, travma, tromboz) nedenler yer almaktadır. Pediatrik grupta idiopatik tromboembolik olaylar göreceli olarak nadirdir. Hemen tüm tromboembolik olaylara altta yatan bir risk faktörü veya konjenital bir neden eşlik eder.

OLGU: 8 yaşındaki erkek hasta aniden başlayan sağ göz kapağında düşüklük, yüzünün sağ yarısında şişlik ve ağrı yakınmasıyla çocuk acil servisine başvurdu. Tıbbi hikayesinde daha önceden bir sağlık problemi olmadığı anidentek gözde şişlikle beraber ateşinin yükseldiği, göz çevresinde ağrı ve göz kapağında düşüklük olduğu öğrenildi. Herhangi bir travma ve böcek ısırığı öyküsünün olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede sağ göz ödemli, göz kapağı pitotik ve lokal ısı artışı mevcut olup göz hareketleri serbest ve doğaldı. Diğer sistem bulguları normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar parametrelerinde; tam kan sayımında WBC:16.760/mm3 ve 11.340/mm3 hakimiyeti mevcuttu. Eritrosit çökelme hızı: 67 mm/saat, C reaktif protein: 159 mg/L olarak saptandı. Orbital selülit açısından kontrastlı kraniyal bilgisayarlı tomografi çekildi. Sağ frontal bölgede yüzeyel flebit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Şişlik olan bölgeye yönelik yapılan yüzeyel ultrasonografi 'de sağ orbita ile aurikula arasında uzanan tromboze yüzeyel bir venöz yapı saptandı ve tromboflebit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Etiyolojik olarak faktör 8 yüksekliği saptanan hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Hastanın şikayetleri 1 hafta sonra büyük oranda düzeldi. Bu olgu ile çocukluk çağında acil servislere pitozis nedeniyle başvuran hastalarda nadir bir etiyoloji olarak tromboflebitin de akılda tutulması gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: pitozis,şişlik,tromboflebit

PP-014

Gastrointestinal Kanama ile Başvuran Henoch- Schönlein Purpurası

Yakup Yeşil[1], Erkan Erfidan[1], Şahin Kalkan[1], Nuray Aktay Ayaz[2]
[1]S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği, İstanbul
[2]S.B.Ü Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Henoch-Schönlein purpurası (IgA vaskülit) çocuklarda en sık görülen, deri, eklem, böbrek ve gastrointestinal sistem başta olmak üzere birçok organı etkileyebilen sistemik vaskülittir. Çocuklarda 3-15 yaş arası görülür. İnsidansı 17 yaş altında 10-20/100.000'dir ve 4-6 yaş arası zirve yapar. Altta yatan neden tam bilinmemektedir. İmmun aracılı vaskülitin İnfeksiyonlar, aşılar ve çeşitli antijenlerle tetiklendiği düşünülmektedir. Hastalar sıklıkla palpabl purpura ile başvurur. Burada purpura gelişmeden gastrointestinal kanama ile başvuran bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Sekiz yaşında erkek hasta acil servise 10 gündür devam eden karın ağrısı, 3 gündür defekasyon yokluğu, ve sol el 4. parmak dorsalinde döküntü ile başvurdu.Hastanın öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Psikomotor gelişimi normaldi. Fizik muayenesinde; sol el 4. parmak, proximal falanks dorsal yüzde 2x2 cm maküler döküntü mevcuttu. Palpasyonla tüm batında hassasiyet vardı. Laboratuvar incelemelerinde kaydadeğer bulgu yoktu. Batın USG'de; alt kadranlarda sekresyonlarla dolu, dilate, aperistaltik barsak ansları izlendi. ADBG'de; gaz ve fekalom imajları görüldü. Çocuk Cerrahi konsultasyonunda acil cerrahi patoloji düşünülmedi ve lavman önerildi. Lavman sonrası bol miktarda melanası gözlendi. İzlemde saatler içinde, özellikle eklemlerde maküler, alt ekstremitelerde palpabl purpuralar başladı. Hasta Henoch-Schönlein purpurası, gastrointestinal kanama tanısı ile romatoloji servisine yatırılarak tedavisine başlandı.

SONUÇ: Henoch-Shönlein purpurası klinik olarak, genellikle palpabl purpura(trombosidopeni ve koagülopati olmadan), karın ağrısı (diffüz, akut), artrit veya artralji, böbrek tutulumu (proteinüri, hematüri) ile başvurmaktadır. Bulguların ortaya çıkış sırası farklılıklar göstermektadir. Purpura ve eklem ağrısı genellikle ilk bulgudur. Ancak klasik palpabl purpura yokluğunda tanıda sıkıntı olmaktadır. Deri bulgusu olmadan gelişen karın ve eklem ağrıları infeksiyöz ve cerrahi süreçlerle karışmaktadır. Vakaların %15-35'inde döküntü görülmeden gastrointestinal şikayetler ortaya çıkmaktadır. Döküntü başlamadan masif gastrointistanal kanama ile başvuran vakalar ise nadirdir. Henoch-Schönlein vakalarının döküntü başlamada gastrointestinal şikayetlerle gelebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: henoch-schönlein, gastrointestinal, kanama

PP-015

Çocuk Acil Servise Başvuran Bilinci Kapalı Çocukta İlaç Sorgulamanın Önemi

Eylem Topaktaş, Sevgi Akova, Betül Sözeri, Hacer Arıkan Avcı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Zehirlenmeler çocukluk çağı sağlık sorunları arasında önemli bir yere sahiptir ve çocuk acil başvurularının önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Birçok zehirlenme vakasında klinik önemi olmayan belirtilere rastlanmasıyla birlikte bazı olgularda klinik belirtiler hayatı tehdit edebilecek boyutlarda gelişebilmektedir. Bu yüzden çocuk acil servise biliç bozukluğu ile başvuran her hastada ilaç zehirlenmesi mutlaka akılda bulundurulması gereken bir öntanıdır.. Çocuk acil servise başvuran atipik antipsikotik ilaçlarla zehirlenme vakaları da bu ilaçların erişkinlerdeki kullanımlarının artmasına paralel olarak gün geçtikçe artmaktadır. Bu yüzden çocuk acil servisimize bilinç kapanması ile getirilen çocuk hastayı sunarak bilinci kapalı çocuk hastayı değerlendirirken hikaye almanın özellikle ilaç sorgulamanın önemini vurgulamak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Zehirlenmeleri, olanzapin intoksikasyonu, çocuk acil zehirlenmeler

PP-016

Olgu Sunumu: Penil Saç-İplik Turnike Sendromu

Ruhan Özer[1], Melahat Argun[2], Hayrünisa Kahraman Esen[3], Ayhan Erdem[1], Hasan Apaydın[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Saç-iplik turnike sendromu vücudun çeşitli bölgelerine, özellikle el ve ayak parmakları, penis, klitoris, boyun ve nadiren de uvula gibi beden çıkıntılarına saç teli veya iplik dolanması ile uzvun dolaşımının bozulması sonucunda oluşan klinik bir durumdur. Dikkatli fizik muayeneyle erken tanı konulup, tedavi acil olarak uygulanmazsa iskemik strangülasyon sonucunda kalıcı doku hasarına ve tutulan organın otoamputasyonuna yol açabilmektedir. Bu çalışmada penil saç-iplik turnike sendromu tanısı alan 4.5 yaşında erkek hasta sunularak acil servis hekimleri ve pediatristlerin saç-iplik turnike sendromuna dikkati çekilmek istenmiştir.

OLGU: 4.5 yaşında erkek hasta penis ucunda morarma ağrı ve annesi tarafından fark edilen penis ucuna dolanmış saç şikayeti ile Çocuk Acil Servisine getirildi. Hastanın özgeçmişinde gömülü penisi olduğu ve sünnet sonrası 2 defa daha müdahale yapıldığı öğrenildi. Fizik muayenede glans peniste belirgin şişlik, kızarıklık-morarma ve ısı artışı saptandı. Kapiller dolum zamanı 2 saniyeydi. Glans penis ile mukoza arasını çevreleyen saç teli olduğu gözlendi. Çocuk Cerrahi Kliniği ile konsülte edildi. Klempe edilen saç teli cerrahi makasla kesilerek glans penis serbestleştirildi. Takipte glans penisin kanlanmasının normal olduğu gözlendi. Enfeksiyon bulguları olmayan ve şikayeti gerileyen hasta nekroz gelişmeden başarılı bir şekilde tedavi edildi.

SONUÇ: Saç-iplik turnike sendromu çocukluk yaş grubunda nadir görülen ancak uzuv kaybına kadar giden ciddi sonuçları olabilen bir klinik tablodur. Şüphelenildiğinde ve tespit edildiğinde zaman kaybedilmemelidir. Genellikle kaza ile olduğu düşünülmekle birlikte, olguların çoğunluğunu çocuklar oluşturduğu için değerlendirme yaparken hijyen eksikliği, çocuk ihmali ya da suistimali de akla gelmelidir. Hekimler bu sendrom hakkında bilgilendirilmeli ve tekrar eden vakalarda aile eğitimi ihmal edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: Turnike sendromu, saç turnikesi, huzursuz çocuk

PP-017

Çocuk Acile Başvuran Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Fatih Akpunar, Abdurrahim Uyanık, Nurcan Acar, Cemile Çelebi, Semra Yıldız, Tuğba Yıldız
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Servisi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Acil servisler travma ve yaşamsal tehlike içeren hastalıklardan mağdur olan kişilere anında tıbbi ve cerrahi girişim ile bu hastaların gözlemlenmesi için düzenlenmiş kesintisiz hizmet sunulan yerlerdir. Bu hizmeti ihtiyacı olan hastalara en kısa süre içinde vermek ve en acil olana öncelik tanımak esastır. Fakat herhangi bir acil yakınması olmayan hastalar da sıklıkla acil servise başvurmaktadır. Bu çalışmada çocuk acil servisine başvuran hastaların kliniklerinin, triaj kodlarının ve sosyodemgrafik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01 Ocak 2016 - 31Aralık 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk acil servisine başvuran 224.465 vaka değerlendirildi. Veriler hastane bilgi işlem sistemi taranarak retrospektif olarak incelenmiştir. Travma vakaları çocuk acil ünitemizde izlenmediğinden bu çalışmada travma harici vakalar ele alınmıştır.

BULGULAR: Çalışma döneminde Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Acil servisine toplam 224.465 hasta başvurmuştur. Bunların 307'si kırmızı alan, 107.629'u sarı alan, 116.529'u yeşil alan hastasıdır. Hastaların yaş ortalamasına baktığımızda ise 216.286 (%96)'sının 1-3 yaş arasında olduğu görülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların acil serviste aldıkları tanılar bakıldığında 133.587'sinin ÜSYE tanısı, 26.123'ünün bulantı-kusma ve 14.600'ünün de sebebi bilinmeyen ateş semptomları sebebiyle tedavi gördüğü saptanmıştır. Çocuk acil servisine en çok Aralık (27.777), en az Ağustos (13.551) ayında hastanın başvurduğu görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızdaki veriler göz önüne alındığında acil servise yapılan başvuruların büyük çoğunluğu triaj değerlendirmesi olarak yeşil alanı temsil etmektedir. Bunun sebebi olarak polikliniklerde sıra beklemek istenmemesi, özel kurumlara göre daha uygun fiyat olması, hastanenin ulaşımının daha kolay olması ve sağlık hizmetine kolay ulaşılabilir olması acil servise başvuruları artırmaktadır. Çocuk acil servislerinin gereksiz kullanımının engellenmesi, acil servise başvuran acil hastaların daha kısa zamanda etkin bir hizmet alabilmeleri sağlık çalışanlarının iş doyumu açısından ve gereksiz sağlık giderlerinin azalmasına katkıda bulunacaktır. Acil servis hakkında halkın bilinçlendirilmesi ve sağlık çalışanlarının triaj değerlendirme kriterleri hakkındaki bilgilerinin yenilenmesi gerekliliği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Acil servis, Triaj

PP-018

Çocuk Acil Kliniğine Başvuran Zehirlenme Olgularının Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Semra Yıldız, Tuğba Yıldız, Nurcan Acar, Cemile Çelebi, Abdurrahim Uyanık, Fatih Akpunar
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Servisi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocukluk çağı zehirlenmeleri, acil servise başvuruların önemli nedenleri arasındadır. Bu çalışmada çocuk acil servisine başvuran zehirlenme olgularının klinik ve sosyodemgrafik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01 Ocak 2016 – 31 Aralık 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk acil servisine başvuran 224.465 vaka incelenmiş olup 641 zehirlenme olgusu çalışmaya dâhil edildi. Veriler hastane bilgi işlem sistemi taranarak retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Çocuk Acil Servisine zehirlenme nedeniyle 0-18 yaş arası 641 hasta başvurmuştur. Zehirlenme olgularının 315'i kız 326'sı erkektir. Olguların 404'ünü 1-3 yaş grubu oluşturmaktadır. 233 hasta mesai saati içinde; 408 hasta ise mesai saati dışında başvuru yapmıştır. Olguların 344'ü ilaç ve biyolojik maddelerle, 143'ü kimyasal maddelerle zehirlenmeye maruz kalmıştır. 590 hasta tedavi önerisi ile taburcu edilmiş, 34 hasta çocuk servisine yatırılarak tedavi ve takibi yapılmış, 17 hasta ise yoğun bakım ünitesine sevk edilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuklarda zehirlenme olguları her yaş grubunda görülmekle birlikte en sık 1-3 yaş grubunda görülmektedir. Çocukluk çağı zehirlenmelerinin önlenebilir olması bu konunun önemini arttırmaktadır. Kapsamlı araştırmalar yapılması çocukluk çağı zehirlenmelerinin önlenmesinde, mortalite ve morbiditesinin azaltılmasında önemli yer almaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Zehirlenme, Acil servis

PP-019

Reaktif Hava Yolu Bulguları ile Başvuran Hastada Sıradışı Bir Ayırıcı Tanı: KİST HİDATİK

Bengü Arslan, Zeynep Gör, Gökçe Velioğlu Haşlak, Ahmet Doğan, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Hidatik kist, tarım ve hayvancılıkla uğraşan kişilerde görülen, Taenia ailesinden Ecchinococcus granulosus'un metacestode evresinde yaptığı enfeksiyonla oluşan, başlıca karaciğer ve akciğerde olmak üzere multipl organda spontan büyüyen ve rüptüre olan kistlerle karakterize bir hastalıktır. Kistlerin spontan rüptürü sonrası kist içi antijenik materyalinin serbest kalması ile spontan bakteriyel enfeksiyon, pnömotoraks, plevral efüzyonun yanı sıra solunum sisteminde nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı ile giden hipersensitive semptomları görülebilir.

VAKA: Üç yaşından beri dış merkezde reaktif havayolu tanısıyla takip edilen ve profilaktik olarak inhale steroid tedavisi alan sekiz yaşında erkek hasta, başvuru gününde başlayan göğüs ağrısı ve nefes darlığı şikayetiyle çocuk acile başvurdu. Göğüs ağrısının inspiryumla batıcı tarzda ve daha öncen de dönem dönem olduğu öğrenildi. Yakın zamanda diş çekimi sonrası şüpheli yabancı cisim aspirasyon öyküsü veren hastanın, dinlemekle sağ akciğer seslerinde azalma saptandı. Kardiyovasküler sistem muayenesi doğal olan hastanın çekilen EKG'sinde özellik saptanmadı. Laboratuvar incelemelerde WBC: 15.4, eosinofil sayısı: 690 gelen hastanın çekilen akciğer grafisinde sağ akciğer üst-orta ve alt lobda, sol akciğerde üst lobda akciğer parankim dokusunun büyük kısmını kapsayacak şekilde düzgün sınırlı kist hidatikle uyumlu olabilecek görünümler saptandı. Hayvan teması sorgulanan hastanın her yaz köye gittiği, büyük ve küçükbaş hayvanlarla teması olduğu öğrenildi. Hasta kist hidatik ön tanısıyla kist eksizyonu için dış merkeze sevk edildi.

SONUÇ: Son yıllarda ülkemizde sıklığı azalmış olsa da, Kist Hidatik, özellikle uzamış hipersensitivite ve reaktif havayolu hastalığı durumlarında hala akılda tutulması gereken bir ayırıcı tanıdır.

Anahtar Kelimeler: kist hidatik,reaktif hava yolu,eozonofili

PP-020

24–72 Ay Çocukları olan Ebeveynlerin SosyoDemografik Özellikleri ve Rutin Dışı Aşılar Hakkındaki Bilgi Düzeyleri: Doğu-Batı Karşılaştırması

Seçil Arıca[1], Mehmet Ziya Gençer[2], Fatih Alıcıoğlu[3]
[1]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[2] Ankara İli Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara
[3]Bingöl İli Adaklı Entegre İlçe Hastanesi, Bingöl

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı 24-72 ay çocukları olan ebeveynlerin sosyodemografik özellikleri ve rutin dışı aşılar hakkındaki bilgi düzeylerini sosyoekonomik açıdan farklı iki bölgede karşılaştırmalı olarak araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 2014 Mayıs – 2014 Temmuz tarihleri arasında İstanbul ili Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesine başvuran 149, Bingöl ili Adaklı İlçe Entegre Hastanesine başvuran 151 hasta çocuğun olmak üzere, toplam 300 çocuğun ebeveyni ile yüz yüze anket yöntemi kullanılarak görüşüldü.

BULGULAR: Çalışma kapsamına alınan çocukların 150'si erkek 150'si kızdı tüm çocukların yaş ortalaması 45,9±13,4ay idi.Erkek çocukların yaş ortalaması 46,4±13,2 ay, kız çocuklarının yaş ortalaması 45,5±13,6 ay idi. Ankete katılan toplam 300 katılımcıdan 190'ı(%63) rutin dışı aşılardan haberdar idi. Rutin dışı aşılardan haberdar olanların 75'i (%39) çocuğuna rutin dışı aşı yaptırmasına karşın medya vasıtasıyla rutin dışı aşılardan haberdar olanların 3'ü (%14) çocuğuna rutin dışı aşı yaptırmış idi. Anne eğitim yılının ve aile gelir düzeyinin rutin dışı aşı yaptırma oranını arttırdığı saptanmıştır. Bingöl'de rota virüs aşısı: 25 (%17), hepatit A aşısı: 10 (%7), varicella aşısı: dört (%3) iken İstanbul'da Rota aşısı: 13 (%9), hepatit A aşısı: 31 (%21), varicella aşısı: sekiz (%5) çocuğa uygulanmış idi.Çocuğuna rutin dışı aşı yaptıran annelerin ortalama eğitim yılı 8,9±4,1 yıl iken yaptırmayanların eğitim yılı ortalaması 6,2±3,3 yıl idi (p=0,01). Anne yaşı ile rutin dışı aşı yaptırma oranı arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmamıştır(p=0,27, r=0,08). 300 kişiden 2 kişinin aşıları eksiktir. En sık yaptırılan rutin dışı aşı Hepatit A iken en az yaptırılan rutin dışı aşı varicella aşısı olmuştur.

SONUÇ: Çalışmada bölgesel olarak özel aşı tercihlerinin farklılık gösterdiği saptanmıştır. Bingöl'de muhtemelen rota salgınlarının sıklığından ötürü ebeveynler tarafından rota virus aşısı Bingöl'de İstanbul'a oranla 2kat daha fazla çocuğa uygulanmış idi(p:0,03).İstanbul'da ise HAV aşısının 3 kat,Varicella aşısının ise 2 kat fazla yaptırıldığı izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bilgi Düzeyi, Rutin Dışı Aşı, Doğu-Batı Karşılaştırması

PP-021

Kronik İshal ve Düzelmeyen Akciğer Enfeksiyonun Nadir Bir Nedeni: Ağır Kombine İmmun Yetmezlik

Hatice Eke Güngör[1], Ayşe Demiraldı[2], Elif Demirbaş[2], Muhammed Eltaş[2], Yasemin Altuner Torun[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Kliniği, Kayseri
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştıma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri

Ağır kombine immün yetmezlik (AKİY), farklı genetik nedenlere bağlı ortaya çıkabilen, T ve B lenfosit fonksiyonlarında bozuklukla karakterize bir primer immün yetmezlik hastalığıdır. X'e bağlı ya da otozomal resesif geçiş gösterebilir. Görülme sıklığı 1/50.000-1/100.000 canlı doğumdur. Hastalar yineleyen sinopulmoner hastalıklar, kronik diyare, oral moniliazis, lenfadenit ve gelişme geriliği ile başvurabilirler.7 aylık kız hasta öksürük, ishal şikayeti ile çocuk polikliniğine başvurdu. Akut toplum kaynaklı bronkopnömoni ve akut gastroenterit ön tanısı ile servise yatırıldı. Olgunun fizik muayenesinde oral moniliazis, yaygın krepitan raller ve ronkus mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde lökosit sayısı 6.190/mm3, total lenfosit sayısı 1.200/mm3, total nötrofil sayısı 3.710/mm3 saptandı. Pa ac grafisinde infiltrasyonu olan hastaya nonspesifik antibiyotik tedavisi başlandı. İnhale salbultamol tedaviye eklendi. İshaline yönelik dışkıda parazit ve viral inceleme yapıldı. Takibinde akciğer enfeksiyonu, ishali ve oral moniliazisinde gerileme olmayan hastanın immün yetmezliğe yönelik tetkikleri yapıldı. Ig G: 210 mg/dl (304-1231 mg/dl), CD8+ T lenfositleri düzeyi %1.5 (%10-30) olarak saptandı. Akciğer grafisinde timüs izlenmedi. Anne ve babası arasında ikinci derece akrabalık bulunan, kronik ishal, oral moniliazis ve düzelmeyen akciğer enfeksiyon bulguları olan hastada AKİY düşünüldü. Proflaktik tedaviler başlandı. Kemik iliği nakli yapılmak üzere ileri bir merkeze sevk edildi. Bu olgu düzelmeyen akciğer enfeksiyonu, kronik ishal ve dirençli moniliazisi olan hastalarda immun yetmezliğin akılda tutulması gerekliliğini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Kronik ishal, pnömoni, immün yetmezlik, ağır kombine immün yetmezlik

PP-022

Çocukluk Çağı Astım Atağının Tedavisinde Çocuk Hekimlerinin Bilgi Düzeyi

Hatice Hilal Kırkgöz[1], Tarık Kırkgöz[2], Mahmut Doğru[1], Rabia Gönül Sezer[1], Abdülkadir Bozaykut[1]
[1]Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Astım atağı çocukluk çağında acile sık başvuru nedenlerinden birisidir. Genel pediatri asistan ve uzmanlarının çocukluk çağı astım atağı tedavisinin düzenlenmesi konusunda yeterli bilgi ve beceri düzeylerine sahip olmaları beklenmektedir. Bu çalışmada çocukluk çağı astım atağı tedavisi konusunda pediatri hekimlerinin bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamıza sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversitelerde çalışan çocuk hastalıkları ve sağlığı uzman veya asistan hekimleri katıldı. Çocukluk çağı Astım atağı konusunda yaklaşım ve bilgileri değerlendirmeye yönelik ifadeden oluşan toplam 8 soruluk anket formu uygulandı. Doğru cevap verenlere "2",kısmi doğru cevap verenlere "1", yanlış cevap verenlere "0" puan verildi.

BULGULAR: Hekimler ortalama 13,6±2,2 puan aldılar (minimum 6 maksimum 16 puan). En az doğru cevabın "Akut astım atağında fizyoterapi uygulaması gerekli midir?" sorusuna verildiği görüldü. Bu parametereye verilen doğru cevap oranı %63,7'ydi. Çalışmaya katılan hekimlerin tamamı "Akut astım atağına antibiyotik verilmeli midir?" parametresine doğru cevap verdi. Araştırmamıza katılan hekimlerin % 87,3'ü astım atağında mukolitik ilaçları, %66,9'u antihistaminikleri ve %63,7'si göğüs fizyoterapisi uygulamasının önermediğini, hekimlerin %98,7'si akut astım atağının tedavisinde kısa etkili beta agonistleri kullandığını, %98'i atak sırasında i.v. yol daha çok olmak üzere iv/p.o. steroid uyguladığını belirtmiştir.

SONUÇ: Uzman doktorların anlamlı olarak asistan doktorlara göre daha fazla doğru cevap verdiği tespit edildiği (p: 0,03) hekimlik süresinin (p:0,156) ve cinsiyetin (p:0,385) anlamlı bir farklılık yaratmadığı saptandı. Etkinlik açısından intravenöz yola göre anlamlı bir farklılığı bulunamayan daha az invazif ve ucuz olan oral yolla steroid uygulanmasının, hekimlerimiz tarafından yeterince benimsenmediği görüldü. Antihistaminik ve fizyoterapi uygulamasının halen astım atağı tedavisinde önerildiği saptandı.

Anahtar Kelimeler: astım, atak, bilgi düzeyi

PP-023

Çocukluk Çağı Astım Atağı Klinik ve Laboratuvar Bulguları Konusunda Pediatri Hekimlerinin Bilgi Düzeyi

Hatice Hilal Kırkgöz[1], Tarık Kırkgöz[2], Mahmut Doğru[1], Rabia Gönül Sezer[1], Abdülkadir Bozaykut[1]
[1]Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Astım çocukluk çağının sık rastlanan akut ve kronik hastalıklarından birisidir. Hışıltı, nefes darlığı, göğüs ağrısı ve öksürük gibi çeşitli klinik bulguları mevcuttur. Genel pediatri asistan ve uzmanlarının çocukluk çağı astımı tedavisi konusunda yeterli bilgi düzeyi etkin kontrol için gereklidir. Bu çalışmada, çocukluk çağı astım atağı klinik ve laboratuvar bulgularının konusunda bilgi ve uygulamalarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Astım atağının klinik ve laboratuvar bulgularının sorgulandığı toplam on bir parametrenin olduğu yirmi iki puanlık anket hazırlandı. Sağlık bakanlığı eğitim ve araştırma hastaneleri ve üniversitelerde çalışan çocuk sağlığı ve hastalıkları uzman ve asistan hekimlerine anket uyglandı. Katılımcılara süre kısıtlaması yapılmadı.

BULGULAR: Ankette ortalama alınan puan 16,2±2,1'di (minimum 2 maksimum 21). Bu parametrelere göre yapılan değerlendirmede uzman yada asistan olmanın (p:0,773), hekimlik süresinin (p: 0,659) ve cinsiyetin (0,952) anlamlı fark yaratmadığı görüldü. Yapılan değerlendirilmede en az doğru cevabın "Akut astım atağı değerlendirilmesinde paac grafi gerekli midir?" sorusuna verildiği saptandı. Bu parametreye doğru cevap verenlerin oranı %38,2'ydi. En fazla doğru cevap verilen parametreler akut astım atağı şiddetini belirlemede en önemli klinik bulgular olarak dispne, vizing ve retraksiyonlardı. Bu parametrelere verilen tam doğru cevap oranı sırasıyla %91,1,%81,5 ve %84,1'di.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamıza katılan çocuk hekimlerinin astım atağı teşhisinde en fazla yardım aldığı tetkikler olarak oksijen saturasyonu, akciğer grafisi ve kan gazı değerlendirmesi olarak sıralanmıştır. Ülkemizde astım atağında daha fazla göğüs grafisinden yaralanıldığı saptanmış olup, çok gerekli durumlar dışında bu uygulamanın yerine beş yaşından büyük çocuklarda solunum fonksiyonu testi ya da peak flowmetre ile ölçüm yapmanın tanı ve tedavi değerlendirilmesinde daha uygun olacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: laboratuvar bulguları, astım, atak

PP-024

Çocukluk Çağı Astım Patogenezi Ve Risk Etmenleri Konusunda Pediatrist Bilgi Düzeyi

Tarık Kırkgöz[1], Hatice Hilal Kırkgöz[2], Mahmut Doğru[2], Rabia Sezer[2], Abdülkadir Bozaykut[2]
[1]Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul
[2]Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Astım çocukluk çağının sık rastlanan akut ve kronik hastalıklarından birisidir. Genel pediatri asistan ve uzmanlarının çocukluk çağı astım patogenezi ve risk etmenleri konusunda bilgileri değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Çocuk hastalıkları ve sağlığı uzman veya asistan hekimlerinin katıldığı çalışmamızda, hekimlere astım patogenezi ve risk emenlerinin sorgulandığı toplam dokuz parametrenin olduğu onsekiz puanlık anket uygulandı.

BULGULAR: Hekimlerin toplam dokuz soruya on sekiz puan üzerinden ortalama 11,9±2,5 aldığı en az iki en fazla sekiz soruya doğru cevap verdikleri hesaplandı. Çocuk doktorlarının çoğu "astım sistemik enflamtuvar bir hastalıktır" cümlesinin tamamen ya da kısmen doğru olarak değerlendirdi (sırasıyla %75,2 ve %15,4). "Evde hayvan bulunması astım riskini artırır" ve "Yineleyen üst solunum yolu enfeksiyonları astım riskini arttırır" cümleleri çocuk hekimlerinin en çok hata yaptığı sorulardı. Sırasıyla %39,5 ve %27,4 oranlarında tam doğru cevap verildi. En fazla tam doğru cevap "Astım patogenezinde bronş kasılması yanında mukozal ödem ve enflamasyon da rol oynar" ve "Astım yineleyici ve reversibl bulgularla seyreder" cümlelerine verildi. Doğruluk oranları sırasıyla %99,4 ve %96,2'ydi.

SONUÇ: Astım patojenezi ve risk etmenleri hakkındaki sorulara verilen yanıtlara bakıldığında, asistan ya da uzman doktor olmanın, hekimlik süresinin ve cinsiyetin anlamlı olarak farklılık yaratmadığı gözlenmiştir. Bizim çalışmamızda çocuk hekimlerinin özellikle de asistan hekimlere kıyasla uzman hekimlerin, çocukluk çağı astımının klinik bulguları hakkında yeterli bilgi düzeyinde oldukları tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: astım, bilgi düzeyi, risk etmenleri

PP-025

Acile Başvuran Alerjik Rinit, Bronşiyal Astım ve Akut Bronşitli Çocuklarda Prenatal ve Çevresel Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi

Muhammet Çömçe[1], Didem Kafadar[1], Meltem Erol[2], Abdurrahman Polat[1], Vusale Gözütok[1], Bahar Besimoğlu[1], Özgül Yiğit[2]
[1]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Bölümü, İstanbul
[2]Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bronşiyal astım, alerjik rinit ve akut bronşit-bronşiolit hastane başvurularının en sık nedenleri arasında bulunmaktadır. Son yıllarda özellikle astım prevalansında ve acile başvuru oranlarında artış meydana geldiği dikkat çekmiştir.Bu nedenle astımı ve alerjik riniti ortaya çıkaran nedenler ve akut hastalığı alevlendiren faktörler üzerinde çalışmalar devam etmektedir.Bu çalışmada astım, alerjik rinit ve akut bronşitli hastalarda prenatal ve çevresel risk faktörlerini değerlendirme ve aralarındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Kesitsel tanımlayıcı özellikte olan bu çalışmada çalışmacılar tarafından hazırlanan 29 sorudan oluşan çocukların sosyodemografik özelliklerini, prenatal dönemini,doğum sonrası çevresel faktörlerini, beslenmelerini ve hastalık öyküsünü sorgulayan anket formu kullanıldı.Form çocuk acil polikliniğine başvuran çocukların çalışmaya gönüllü katılmayı kabul eden anne veya babalarıyla yüzyüze görüşülerek doldurulduu.

BULGULAR: Şubat 2013-Mart 2013 aylarında gerçekleştirilen çalışmaya 0-16 yaş arası 126 çocuğun ebeveyni katıldı. Çocukların %38,1'i (n=48) kız, %61,9'u (n=78) erkekti.Olguların %42,8'i (n=54) astım, %19'u (n=24) alerjik rinit %3,1'i (n=4) ise astım ve alerjik rinit tanısı almıştı.%67.5'i(n=85)akut bronşit-bronşiolit geçirmişti.Hastalar en sık 2-6 yaş grubunda bulunmaktaydı(%50.8); ilk görülme yaşı en sık 0-2 yaş grubu olarak bulundu. Kış aylarında şikayetler artıyordu.Çevresel şartları incelendiğinde evde sigara içilmesi, rutubet varlığı, yünlü eşya, hayvan bulunması gibi alerjanların varlığı astım tanısı alanlarda daha yüksek bulundu. Doğum sonrası beslenme öyküsüne bakıldığında 6 ayın üstünde formül mama başlanan çocukların oranı yalnız alerjik rinit ve yalnız astım tanısı alanlarda daha düşük bulundu. Ayrıca 6 aydan uzun anne sütü alma oranı yalnız alerjik rinit tanılı hastalarda daha yüksek orandaydı.Yalnız alerjik rinit tanılı çocuklarda ailede atopi öyküsü oranı diğer gruplara göre daha yüksek oranda bulundu. Tüm olgularda ailelerin % 39.7 sinde alerji öyküsü bulunmaktaydı.

SONUÇ: Astım, alerjik rinit ve akut bronşitli çocuklarda, risk faktörleri değerlendirildiğinde, prenatal ve çevresel risk faktörlerinin belirli oranlarda yüksek olduğu saptandı.Alerjik hastalıkların risk faktörleri açısından ayrı ayrı değerlendirilmesi ve değerlendirme sonuçlarına göre gerekli önlemlerin alınması hastalık oluşumu için daha etkili koruyucu yöntemler gelişmesine neden olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: alerjik rinit, bronşiyal astım, bronşit, bronşiolit

PP-026

Besin Alımı İlişkili Enterokolit - Olgu Sunumu

Onur Küçüközer, Ayşe Merve Usta, Nurşen Ciğerci Günaydın, Ayşenur Kaya
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Besin alımı ilişkili enterokolit sendromu besine bağlı duyarlılık reaksiyonlarının ciddi bir formu olup; inek sütü, soya, tahıllar, yumurta, et, çeşitli sebze/meyveler ve deniz ürünleri gibi çok çeşitli gıdalara karşı gelişebilmektedir. Tanı için ayrıntılı anamnez, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesinin yanında ayırıcı tanının yapılması önemlidir. 3 aylıkken yakınmaları başlayan besin proteini ilişkili enterokolit tanılı olgumuzu sunduk.

OLGU: 5,5 yaşında erkek hasta. 3 aylıkken anne sütü alımı sonrası yüzde ve kollarda döküntü olan hastada inek sütü alerjisi(İSA) düşünülerek eliminasyon diyeti başlanmış. 6. aydan sonra hışıltılı çocuk ve ev tozu duyarlılığı tanısıyla dış merkezde izlenmiş. 1.5 yaşında karın ağrısı, kusma, kanlı dışkılama yakınması olan hasta antihistaminik tedavi ile düzelmiş. 4 yaşında sık inhaler kullanımı nedeniyle alerjik astım tanısıyla izlenen hastanın aynı zamanda kusma, karın ağrısı, ishal atakları ve rektal kanama yakınması mevcut. Hastada yumurta, dana eti, inek sütü, yumurta, balık ve fıstığa karşı gıda reddi, bu gıdaları yeme sonrası kusma ve aralıklı ishal; bu gıdalarla birlikte nohut ve kuru fasülye yedikten sonra hemen defakasyon ihtiyacı oluyor. Fizik bakıda; Tartı:20 kg(50p), boy:119 cm(90p) sistem muayeneleri normal. Laboratuar tetkiklerinde; biyokimyasal parametreleri normal; eozionofili yok(%1.4), IgE(21 ku/l), IgG(815 mg/dl) ve IgM(92 mg/dl) normal, IgA hafif düşük(42 mg/dl) idi. Gıda miks spIgE, yumurta beyazı, inek sütü, keçi sütü, buğday, balık, fındık spIgE <0.35 kU/l negatifti. Çölyak antikorları negatif saptanan hastada; üst GİS endoskopisi normal, kolonoskopide ise transvers kolon, inen kolon, rektosigmoid kolon ve rektumda lamina propriada eozinofillerde artış saptandı. Fekal kalprotektin düzeyi yüksek(214 μg/g) olan hastanın deri prik to prik testinde süt, yumurta negatif, balık(istavrit) ile 5*5 mm endurasyon saptandı. Deri yama(patch) testinde balık çeşitleri(+), yumurta(+),inek sütü(+) pozitif olarak değerlendirildi. Şu anda süt, yumurta, balık tüketmiyor.

SONUÇ: Çoklu gıda alerjisi ve buna bağlı gastrointestinal semptomlarla giden olgularda gıda spesifik deri ve yama testlerinin yapılması tanısal amaçlı ve gereksiz eliminasyon diyetinin yapılmaması açısıdan oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Allerji, Deri testi, Diyet,Enterokolit, Gıda

PP-027

Ağır Kombine İmmun Yetmezlik Olgusu

Zeynep Hazıroğlu Ökmen[1], Osman Demir[1], Nur Şeyma Zengin[1], Asın Bayrak Mengi[3], Caner Doğan[1], Mehmet Halil Çeliksoy[2], Seda Geylani Güleç[1]
[1]GOP Taksim EAH, Pediatri Kliniği, İstanbul
[2]GOP Taksim EAH, Pediatri Kliniği, Alerji ve İmmunoloji Bölümü, İstanbul
[3]GOP Taksim EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Çocuklarda Nadir Görülen Bir Ağır Kombine İmmun Yetmezlik Olgusu:

AMAÇ: Ağır kombine immun yetmezlik, T ve B lenfosit fonksiyonlarında bozuklukla karakterize bir primer immün yetmezlik hastalığıdır. X'e bağlı ya da OR olabilir, 1/50.000-1/100.000 arasında sıklıkta görülür. Oral moniliazis, dirençli ishal, iyileşmeyen akciğer enfeksiyonları, gelişme geriliği, malnütrisyon ve canlı aşılar sonrası kardeş ölüm öyküsü olan hastamızda Ağır Kombine İmmun Yetmezlik tanısı konması nedeniyle bu olguyu sunduk.

OLGU: 1 haftadır öksürük ve beslenememe şikayeti olan 6 aylık hastanın, 20 günlükken egzamatöz lezyonu oldugu ve 1 aylıkken otit nedenıyle hastanede yattığı, çok kez üsye, oral moniliazis, ishal ve dermatit geçirdiği öğrenildi. 20 yasındaki annenin yasayan 2. cocugu ve 2 kardeşi 5 aylıkken enfeksıyon nedenıyle ex olmuş. Anne baba arasında akrabalık mevcut. FM: genel durumu kötü, tartı:5450gr(<3p), boy:66cm(50p), ateş: 37.3, kta:160/dk, dss:40, ağız içi ve dil üzeri aftöz lezyonlar, moniliazis, sol kulak memesinde egzamatoz lezyonlar mevcut. Dinlemekle bilateral ral ve ronküs mevcut. S1+s2+ 1/6 sistolik üfürüm duyuldu. Batın rahat, KC 2cm, dalak np. PA AC: bılateral yaygın infıltrasyon vardı, timus görülemedi. Lökosit: 1300/mm3 lenfosit:%13(170/m3) nötrofil:%72(940/mm3) Crp:17. Kontrol PA ACde ınfıltrasyon devam etmekte, timus gölgesi görülemedi. Hasta izole edildi, bronkopnomonı tanısıyla antıbıyoterapi ve destek tedavi başlandı. Perıferık yayma: genel lökopeni (sayısı yaklasık 1000); %65 nötrofil, %20 lenfosit, atipi yok. IGA:0.23, IGG: 1.29, IGM:0.57, IGE:18.5; hepsi düşük. Hastaya IVIG tedavisi üç haftada bir uygulandı. Trimetoprim-Sülfametaksazol, Flukanazol, Asiklovir profılaktık tedavısı baslandı. 5li lenfosıt alt grupları; CD3: %3.2 (düşük), CD4: %0.3 (düşük), CD8: %1.78 (düşük), CD4/CD8: 0.16 (düşük), Total CD3:24/mm3 (düşük), Total CD4:2.2/mm3 (düşük), Total CD8:13/mm3 (düşük), CD19+CD56:%67 (düşük). Hastaya ağır kombine immun yetmezlik, T-B+NK+SCID tanısı kondu. Kemik iliği transplantasyonu yapılan bir merkeze sevki gerçekleştirildi.

SONUÇ: İmmun yetmezlik nadir görülen bir hastalık olsa da gelişme geriliği, atipik enfeksiyon, tekrarlayan ve inatcı moniliazis nedenıyle cok kez hastane basvurusu olan hastalarda mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: immun yetmezlik, tekrarlayan moniliazis, inatçı enfeksiyon

PP-028

Ağır Kombine İmmün Yetmezlik: Bir Olgu Sunumu

Emre Aygün, Yelda Türkmenoğlu, Esra Özek, Ensar Duras, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: İmmün sistemdeki hücre, hücre ligandı, sinyal proteinleri gibi elemanların sayısal veya fonksiyonlarındaki bozukluklar sonucunda gelişen kronik ve yineleyen bakteriyel, viral, fungal ve protozoal enfeksiyonlarla seyreden hastalıklar primer immün yetmezlik (PİY) hastalıklar grubunu oluşturmaktadır. PİY İnsidansının 1/10.000 ile 1/100.000 arasında olduğu bildirilmektedir. Bu hastaların %50-60' ını humoral immün sistem bozuklukları, %10- 15'ini T hücre defektleri, %15-29' unu kombine immün yetmezlikler, %10-15'i fagositer sistem defektleri ve %1-3'ü kompleman sistem bozuklukları oluşturmaktadır. Ağır kombine immün yetmezlikli (AKİY) hastaların tanısının ilk bir yaş içerinde konulması, tek küratif tedavi şansı olan kemik iliği nakil (KİT) başarısı açısından önemlidir. Burada sık tekrarlayan enfeksiyon öyküsü, gelişme geriliği olan ve anne-baba arasında akraba evliliği bulunan dokuz aylık bir erkek olgu sunulmuştur.

OLGU: Dokuz aylık erkek hasta tarafımıza öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile getirildi. Ebeveynlerinde akraba evliliği olduğu bilinen hastanın, özgeçmişinde uzun süren yenidoğan sarılığı nedeniyle, iki kez de pnömoni nedeniyle hastaneye yatışı olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde, büyüme geriliği olduğu görülen hastanın, cildinde yaygın olarak gözlenen, iki ay öncesinden başlamış ve artarak devam eden hiperpigmente lezyonlarının olduğu ve akciğer muayenesinde krepitan rallerinin olduğu saptandı. Tam kan sayımında lökopeni ve lenfopenisi olan hastanın bakılan immunglobulin düzeyi yaşına göre normal aralıkta saptandı. İstenen lenfosit subgrup analizi T-B-NK+ AKİY immün fenotipi ile uyumlu idi. T-B-NK+ AKİY ayırıcı tanısı için çalışılan gen analizinde RAG1 homozigot mutasyonu saptandı. Yapılan aile taramasında tam uyumlu kardeş vericisi olan hasta KİT yapılması amacıyla ilgili merkeze yönlendirildi.

SONUÇ: AKİY hastalarına erken tanı konulamaması mortalitesi yüksek olan enfeksiyonlara ve komplikasyonlara sebep olabilmektedir. Tekrarlayan enfeksiyonlu olan çocuklarda lenfosit sayısındaki düşüklük erken tanı açısından en önemli ipucudur. Primer immün yetmezlik hastalıklarının ayırıcı tanıda daha sık düşünülmesi ve immünolojik değerlendirmenin öncelikli yapılması, bu hastaların erken dönemde tanı almasını ve tek küratif tedavi seçeneği olan KİT yapılma imkanını sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Ağır kombine immün yetmezlik, lenfopeni, lökopeni, rag1 mutasyonu

PP-029

Döküntü ile Başvuran Hastalarda Mastositoz Tanısı Olgu Sunumu

Senanur Şanlı, Mehmet Fatih İleri, Gülşen Köse, Zeynep Yıldız Yıldırmak, Nihal Aslı Küçükünal, Ayşenur Kaya
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Mastositoz, bir ya da daha fazla organda klonal mast hücre çoğalması ve birikiminin görüldüğü farklı klinik tablolara yol açabilen bir hastalıktır. Sadece derinin tutulmasıyla kutanoz mastositoz şeklinde görülebileceği gibi birden fazla organın etkilenmesiyle sistemik tutulum ile de seyredebilir. Çocuklarda kutanöz mastositoz genellikle benign bir hastalıktır. Sıklıkla yaşamın ilk 2 yılında başlangıç gösterir, hastaların %90'ında sistemik tutulum izlenmez, çoğunda pubertede remisyon görülür. Burada mastositoz tanısı alan iki olgu sunduk.

OLGU:

Olgu 1: Altı aylık erkek hasta ilk kez 1 aylıkken tüm vücutta ani gelişen yaklaşık 20 dakika süren kızarıklık, kabarma ve kaşıntı şikayeti ile başvurdu. Sonrasında devam eden, sayısında artış gözlenen kollarda, uyluk bölgesinde ve ayakta ortaya çıkan birkaç adet açık kahverengi renginde soluk küçük nodüler lezyonları olması nedeniyle Darier bulgusu pozitifliği de saptanan hastada mastositoz düşünülerek punch biopsi örneği alındı. Biopsi materyalinde mastositoz immonohistokimyasal olarak doğrulandı. Sistemik organ tutulumu açısından değerlendirilen hastada sistemik tutulum saptanmadı ve olgumuz Çocuk Allerji ve İmmunoloji ve Çocuk Hematoloji klinikleri tarafından kutanoz mastositoz tanısı ile takip edilmektedir.
Olgu 2: Dört aylık kız hasta, 4.ayda karma ve konjuge pnömokok aşısı sonrası gelişen ürtikeryal döküntü nedeniyle başvurdu. Öyküsünde aralıklı kızarıklık ve ürtikeri olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde kahverengi deri lezyonlarının gözlendi darrier bulgusu pozitif idi. Cilt biopsisi ile mastositoz tanısı doğrulandı. Sistemik tutulum saptanmayan hasta kutanoz mastositoz tanısı ile takip edilmektedir.

SONUÇ: Kutanöz mastositozda hastalık deride lokalizedir ve bunun alt tipleri inspeksiyon ve biyopsi ile belirlenir. Buna dayanarak üç ayrı alt tip tanımlanmıştır: makülopapüler kutanöz mastositoz (urticaria pigmentosa), diffüz kutanöz mastositoz ve derinin soliter mastositoması. Mastositozis açıklanamayan anaflaksi hallerinde araştırılması gereken bir durumdur. Çocukların çoğunda deri lezyonları püberte esnasında geriler ve sistemik mastositoza gidiş olağan değildir. Bazı kutanöz mastositozlu olgularda deri lezyonları yaygındır ve tedavi gerektirir.

Anahtar Kelimeler: Döküntü, Histamin Deşarjı, Mastositoz

PP-030

Klaritromisin Kullanımı Sonrası Gelişen Toksik Epidermal Nekrozis Olgu Sunumu

Ezgi Çelikboya, Senanur Şanlı, Sare Güntülü Şık, Ayşenur Kaya
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Stevens-Johnson Sendromu (SJS) ve Toksik epidermal nekroliz (TEN), akut başlayarak hızlı ilerleyen, ciddi klinik tablolara ve mortaliteye sebep olabilen, deri ve mukozaların akut seyirli ve şiddetli aşırı duyarlılık reaksiyonlarıdır. TEN sıklıkla ilaçlar tarafından tetiklenen, deri, göz, mukozalar ve birden çok organı etkileyebilen, mukozal membranlarda daha geniş nekrolizis görülen ve vücudun %30'undan fazlasının tutulduğu tablodur. TEN'in görülme sıklığı kesin olarak bilinmemekle birlikte genel popülasyonda insidansı 0,4-1,3/1000000 olarak bildirilmektedir, mortalitesi ise %25-30'dur. Burada klaritromisin kullanımı sonrası gelişen TEN olgusunu sunuldu.

OLGU: Dokuz yaşında erkek hasta ateş ve gözlerde kızarıklık ile başlayan sonrasında vücutta yaygın makülopapuler ve büllöz lezyonlarının olması üzerine dış merkeze başvurmuştu. Ön planda SJS düşünülen hasta çocuk yoğun bakım ünitemize alındı. Anamnezde klaritromisin kullanımı sorasında lezyonlarının geliştiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, gövdede yaygın, kanamalı, birleşme eğiliminde makülopapüler ve büllöz lezyonları, oral mukoziti, blefarokonjuktiviti mevcuttu. Hasta mevcut bulgularla TEN olarak değerlendirildi. Yara bakımları klorheksidinli tül greylerle yapıldı. Hastaya 1 gr/kg'dan intravenöz immunglobülin (IVIG) 3 gün boyunca verildi, ancak deri bulguları ve lezyonlarında kısmi iyileşme olması üzerine tedavisine 1 mg/kg prednol 5 gün eklendi. Göz hastalıkları göz bulgularını konjuktival kemozis, korneal epitelyal erozyon olarak değerlendirdi. Cilt ve mukoza lezyonları tamamen gerileyen hasta geç dönem komplikasyonları takip edilmek üzere şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: SJS ve TEN in etyolojisi açık olmamakla birlikte başta ilaç kullanımı ve enfeksiyonlar olmak üzere, immuniteyi etkileyen pek çok faktörün rol oynadığı bilinmektedir. Olgunun anemnezi alındığında pnömoni nedeniyle klaritromisin grubu antibiyotik kullanımını takiben cilt ve mukozalarda eritemlerin oluşmuş olması etyolojisinde kullanılan antibiyotiğin olduğunu düşündürdü. TEN nadir fakat hayati tehdit eden mukokütanöz bir hastalıktır. TEN tedavisinde; erken tanı, nedenin ortaya konulması, şüpheli ilacın kesilmesi, gerekli merkeze erken transferi, iyi hemşirelik hizmetleri ve destekleyici bakımdır. Destek tedavisini sıvı replasmanı, yeterli beslenme desteği, yara bakımı ve enfeksiyonlardan korunma oluşturmaktadır. İlaç tedavisi ise başlıca sistemik kortikosteroidler, İVİG tedavisi oluşmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Klaritromisin, Steven Johnson Sendromu, Toksik Epidermal Nekrozis

PP-031

EBV İlişkili Lenfoma ile Seyreden Primer İmmun Yetersizlik Olgusu

Senanur Şanlı[1], Dildar Bahar Genç[1], Ayşenur Kaya[1], Funda Çipe[2], Zeynep Yıldız Yıldırmak[1], Sema Vural[1]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: İmmun sistemin başlıca fonksiyonu vücudun enfeksiyonlara karşı korunmasıdır. Primer immun yetmezlikler enfeksiyonlara yatkınlığın yanısıra otoimmunite,inflamatuar hastalıklar,lenfoproliferasyon,malignite riskinde artışa neden olabilmektedir.Özellikle bazı primer immunyetmezliklerde EBV assosiye lenfoproliferatif hastalık ile prezente olur.Lenfoproliferatif hastalıklar lenfoid dokuların kontrolsüz hiperplazisi ile ortaya çıkan,poliklonal reaktif hiperplazilerle birlikte monoklonal ve malign hastalıkların oluşturduğu heterojen bir hastalık grubunu oluştururlar. Burada immunyetmezlik zemininde gelişen EBV ilişkili Hodgkin lenfoma olgusu anlatılmıştır.

OLGU: Onbeş yaşında Suriye kökenli erkek hasta, yorgunluk,kusma,diyare,kilo kaybı şikayetleriyle getirildi. Hemogramında derin anemi,lenfopeni,nötropeni,trombositopeni saptandı. Fizik muayenesinde solukluk, hepatosplenomegali, krepitan ralleri mevcuttu. Pnömoni ön tanısı ile izlenirken çekilen toraks BT'sinde bilateral plevral efüzyon görüldü, ön planda tüberküloz düşünüldü. İzoniazid, ethambutol, pirazinamid, rifampisin tedavileri başlandı ancak PPD negatif, ARB ve Tbc kültürleri negatif bulundu. Pansitopenisi olması sebebiyle çocuk immünoloji ve çocuk hematoloji tarafından değerlendirildi. İmmunglobulinler,lenfosit alt grupları,EBV markerları,Dihidrorodamin testi,izohemaglutinin,antiHBS gönderildi. Kemik iliği biopsisi yapıldı,lösemi paneli gönderildi. EBV DNA 186.000 kopya saptandı. Kemik iliği biopsisinde EBV ile ilişkili Hodgkin lenfoma tanısı aldı. IgG,A,M yaşına göre çok düşük, Lenfosit altgruplarından CD3+CD4+%23 ve CD19 %0.23 çok düşük, İzohemaglutininler 1/2titrede,antiHBs negatif saptandı. Hastada primer immun yetmezlik,EBV assosiye lenfoma düşünüldü. IL-2-indüklenebilir T-Hücre Kinaz eksikliği (ITK) için genetik test yapıldı, negatif saptandı. EBV assosiye lenfoproliferatif hastalık ile ilişkili primer immun yetmezlikler ve kombine immun yetmezlikler için genetik tarama gönderildi. Hasta Hodgkin lenfoma tedavisi için kemoterapi aldı,sonrasında radyoterapi görüyor. 3 haftada bir 1gr/kg IVIG,Tripetoprim- sulfametoksazol,flukanazol,asiklovir profilaksileri alıyor. Genel durumu orta-iyi, Çocuk Onkoloji ve Çocuk immünoloji kliniklerinden düzenli olarak ayaktan takibi yapılmaktadır.

SONUÇ: EBV assosiye lenfoproliferatif hastalık ile prezente olan immunyetmezliklerde İmmün sistemi sağlam kişilerin aksine, EBV infeksiyonu kontrol altına alınamaz, lenfoproliferasyon ve lenfoma gelişebilir. Bizim olgumuzda da 14-15 yaşlarında ex olan iki kardeşinin bulunması,sık hastalık öyküsü bulunması,kemik iliği biyopsisinde EBV ilişkili lenfoma saptanması üzerine EBV assosiye lenfoproliferatif ile seyreden immunyetmezlikler düşünüldü.Bu nadir hastalıkların akılda tutulması amacıyla olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: EBV, Hodgkin Lenfoma, İmmunyetersizlik

PP-032

Geç Tanılı Konjenital Diyafragma Hernisi:Morgagni Hernisi

Gözde Ercan[1], Sevgi Akova[2], Ceyhan Şahin[3], Betül Sözeri[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Tıp, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, İstanbul
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatolojisi, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital diyafragma hernisi (KDH), diyaframda bir defektin bulunduğu doğumsal bir anomalidir. KDH insidansı 1/2000-5000 canlı doğumda bir olarak görülmektedir. %95'inden fazlasını Bochdalek hernisi, geri kalanlarını Morgagni hernisi ve diğer nadir tipler oluşturur. Bunların %2-6'sı Morgagni hernisidir. Bu olguda hışıltı ile gelerek morgagni hernisi tanısı konulan 4.5 aylık erkek hasta sunulmuş olup tekrarlayan hışıltı vakalarında konjenital diyafragma hernilerinin de önemi vurgulanmıştır.

OLGU: 6 günlükken başlayan tekrarlayan solunum sıkıntıları olan hasta 4.5 aylık iken tarafımıza ilk gelişinde Fizik Bakı'sında:solunum sesleri bilateral doğal,minimal subkostal çekilmesi mevcuttu,hastanın göğüs ön duvarında mediastinel kayma görünümü izlendi.Laboratuvar incelemelerinde;PA Akciğer filminde:barsak ansları mediastinel alanda izlendi,Toraks BT de görünüm Morgagni hernisi ile uyumlu bulundu.Çocuk cerrahisi tarafından operasyonu gerçekleştirildi.Operasyon sonrası komplikasyon gözlenmedi.

TARTIŞMA: Morgagni hernisi esas olarak bir orta hat lezyonudur. Ancak defektin solu kalp tarafından desteklendiğinden herni genellikte sağa yönelmiştir.Olguların hemen hemen tümünde herni kesesi mevcuttur.Morgagni hernisi,en sık konjenital kalp hastalıkları olmak üzere Down sendromu gibi konjenital anomalilerle de birlikte olabilir.Bizim olgumuzda ek patoloji görülmedi.Morgagni hernilerinin büyük bir çoğunluğu asemptomatik ve yenidoğan döneminde semptom oldukça nadirdir.Daha büyük çocuklarda tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları,öksürük,kusma ve epigastrik huzursuzluk olabilir.Bizim olguda tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları mevcuttu.Tedavisi cerrahidir;en kolay yaklaşım göbek üstü orta hat kesiyle sağlanır.

SONUÇ: Konjenital anomaliler çoğunlukla yenidoğan döneminde bulgu verdiği için morgagni hernisi gibi geç tanı alabilen vakalar akla getirilmemektedir.Diyafragma hernilerinde kese içerisindeki lezyona göre görünümün değişmesi tanı koymada güçlük yaratabilir.Bu nedenle şüpheli vakalarda ön ve yan akciğer grafisi ile morgagni hernisi açısından değerlendirmek önemlidir. Bochdalek hernisi genellikle yenidoğan döneminde ağır solunum sıkıntısı ile bulgu verirken Morgagni hernisi semptomsuz seyretmektedir ve çoğunlukla geç tanı alır. Bu olgu ile tekrarlayan hışıltısı olan ara dönemde asemptomatik seyreden bir süt çocuğunda geç tanılı konjenital herni vakalarının da akılda tutulması vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hışıltı, Mediastinel kayma, asemptomatik

PP-033

Çocuklarda Küpe Masum Bir Takı mı ?

Murat Çakar, Özkan Cesur
Karabük Üniversitesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Karabük

AMAÇ: Küpe tüm yaşta kadınların kullandığı bir takıdır. Genelde küçük çocuklarda kulak delinerek takılmaya başlanan küpeler, komplikasyon olarak daha çok kulak memesinde yüzeyel enfeksiyonlar olarak karşımıza çıkmaktadır. Ancak, kulak memesinde küpe kulpunun kalması gibi daha ciddi problemlerin olabildiğini olgularımız ışığında sunmayı amaçladık.

OLGU: 2014-2017 arasında 5 ila 8 yaşlarındaki 6 kız hasta, küpenin arka kulpunun kulak memesi içinde kaldığı ve çıkaramadığı şikayetiyle kliniğimize başvurmuştur. Yaklaşık bekleme süreleri 3 ila 7 gün arası olan bu vakaların yapılan muayenesinde cerrahisiz çıkarmanın mümkün olmadığı anlaşılmış ve cerrahi işlem planlanmıştır. Hastaların 4 ü lokal cerrahi işlemi tolere etmişken, ikisine yüzeyel maske anestezisi ile genel anestezi verilmek zorunda kalınmıştır. Cerrahi işlem sırasında, bölgeye cerrahi insizyonla girilip küpenin arka kulpu çıkarılmıştır. Küpenin kulpunun büyüklüğü nedeni ile geniş insizyon açılması gereken iki vaka da 5/0 vickryl ile tek sütur konularak kapatılmıştır. Tüm olguların bir hafta sonraki kontrollerinde sorunsuz iyileştikleri gözlenmiştir.

SONUÇ: Bakıldığında masum bir takı gibi gözüken küpelerin çocuklarda çeşitli nedenlerle kulak memesine gömülü kulpları yüzünden anestezi almalarına kadar varabilen cerrahi prosedürlere ihtiyaç duyması göze çarpan bir husustur. Bu nedenle küpe masum gibi gözüksede özellikle takılıp çıkartılırken dikkatli davranılması akılda tutulması gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: kulak, küpe, cerrahi

PP-034

Akut Gastroenteritli Olguların Ailelerinin Rota Virüs Aşısı Hakkındaki Farkındalık, Bigi ve Tutumları

Mustafa Yılmaz[1], Seçil Arıca[1], Muhammed Nurullah Yakut[2]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocukluk çağında ağır gastroenterite neden olan etkenlerin başında rotavirüs gelmektedir. Morbidite, mortalite ve önemli bir ekonomik yüke neden olan rotavirüs ishalinin önlenmesinde başlıca yöntemin aşılama olduğu bilinmektedir. Bu çalışma ile akut gastroenteritli olguların demografik özellikleri ile ailelerinin aşı bilgi düzeyi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışma 1 Aralık-1 Şubat 2015 tarihleri arasında İstanbul Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne gastroenterit yakınmasıyla başvuran ve gastroenterit nedeniyle Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Servisi'nde yatan toplam 53 hastanın ailelerine, araştırmacılar tarafından oluşturulmuş anket formu uygulanarak gerçekleştirilmiştir. Verilerin SPSS 16.0 istatistik programı ile yüzde dağılım analizi yapılmış ve ki kare testi ile anlamlılıkları değerlendirilmiştir

BULGULAR: Çalışmaya yaşları 1-60 ay (median:13; sd:12.93) arasında değişen 31 (%58,5) erkek ve 22 (%41,5) kız olmak üzere toplam 53 hasta dahil edilmiştir. Olguların 7'sinin (%13,2) gastroenterit tanısının ilk koyulduğu yer aile sağlığı merkezi, 12'sinin (%22,6) hastane polikliniği, 32'sinin(%60,4) acil servis ve 2'sinin(%3,8) diğer servisler olduğu tespit edildi. Olguların 49'unun (%92,5) aşı olmadığı, 4'ünün (%7,5) ise aşı olduğu saptandı. Neden aşı yapılmadığı sorgulandığında; 47 (%88,7) kişi aşıyı duymadığı için; 1 (%1,9) kişi maddi imkansızlık nedeniyle; 1 (%1,9) kişi de aşının koruyuculuğuna inanmadığı için aşıyı yaptırmadığını ifade etti. Aşı hakkında nereden bilgi aldıkları sorulduğunda; 46 kişinin (%86,8) bilgilendirilmediği, 3 kişinin (%5,7) aile hekimi tarafından, 3 kişinin (%5,7) de diğer doktorlar tarafından bilgilendirildiği öğrenildi. 14 olgunun (%26.4) rotavirüs negatif, 14 olgunun (%26.4) rotavirüs pozitif ve 25 olgunun (%47,2) gaita virüs antijen testinin yapılmamış olduğu saptandı. Aşı olmama ile aşıyı duymadığı için aşıyı yaptırmama (p:0,00) arasında istatistiksel anlamlı ilişki saptandı. Aile hekimleri tarafından bilgilendirilme ile aşıyı yaptırma arasında da istatistiksel anlamlı (p:0,00) ilişki görüldü.

SONUÇ: Çalışma grubundaki olguların ailelerinin rotavirüs aşısı konusundaki bilgileri yetersizdir. Aileler rotavirüs aşısı konusunda sağlık kuruluşları tarafından daha etkin bilgilendirilmeli, aşı yaptırma yönünde desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, akut gastroenterit, rotavirüs

PP-035

Ailelerin Ateşli Çocuğa Yaklaşımda Bilgi, Tutum Ve Davranışlarının Değerlendirilmesi

Mustafa Yılmaz
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada, ebeveynlerin çocukluk çağında yüksek ateş konusunda bilgi düzeyleri, ateş karşısındaki tutum ve davranışları ile ateş düşürücü ilaç kullanımı ve bunlarla ilişkili olan faktörlerin ortaya konulması amaçlandı.

GEREÇ VE YÖNTEM: Çalışmaya İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği ve Sağlam Çocuk Polikliniklerine periyodik sağlık muayeneleri için getirilen 0-5 yaş arası 350 çocuğun anne veya babası ile prospektif bir çalışma yürütülerek, ebeveynlerin ateşli çocuğa yaklaşımda bilgi, tutum ve davranışları araştırıldı. Anket verileri SPSS v 20.0 paket programı ile değerlendirilerek $p<0.05$ değerleri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan annelerin; %88'inin dijital termometre kullandığını, %77'sinin vücut ısısı ölçümünü koltuk altından yaptığını ve %79'unun 38 °C derece ve üzeri vücut ısısını ateş olarak kabul ettiği belirtilmiştir. % 42'sinin ateş düşürmeye yönelik yaptıkları ilk uygulamanın ateş düşürücü ilaç vermek olduğu, ateş düşürmek için daha çok parasetamol ve ibuprofen şuruplarını dönüşümlü olarak (%31) tercih ettikleri, %90' ının ateşle ilgili bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu, ateş düşürücü ilacın dozunu ise reçeteye göre (%40), %60'ının ise rektal yöntemle ateş düşürmenin daha etkili olduğunu söylemişlerdir. Babaların ise; %83'ünün dijital termometre kullandığını, %69'unun vücut ısısını koltuk altından ölçtüğünü ve %68'inin 38 °C derece ve üzeri vücut ısısını ateş olarak kabul ettiği belirtilmiştir. %31' inin ateş düşürmeye yönelik yaptıkları ilk uygulamanın ateş düşürücü ilaç vermek olduğu, %40' ının ateş düşürmek için verilen ilacın ismini bilmediklerini, %87' sinin ateşle ilgili bilgi kaynağının sağlık personeli olduğu, ateş düşürücü ilacın dozunu ise reçeteye göre (%50), %68'inin ise rektal yöntemle ateş düşürmenin daha etkili olduğunu söylemişlerdir.

SONUÇ: Ailelerin büyük çoğunluğu yüksek ateş tedavisinde ateş düşürücü ilaçları tercih ediyordu. Ateş düşürücü ilaçlar konusundaki bilgi çoğunlukla sağlık çalışanlarından alınmaktaydı. Hekimlerin ebeveynlere ateş ve zamanında doğru antipiretik kullanımı konularında eğitim vermesi desteklenmeli, her muayene bir eğitim fırsatı olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ailelerin bilgisi, Ateş, Çocuk

PP-036

Pulmoner Alveoler Proteinozis

Mahmut Esat Tülüce, Derya Altuntaş, Dilek Doğruel, Gülşah Ayçin, Ayşe Şenay Şaşihüseyinoğlu, Mahir Serbes
Çukurova Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adana

KÜBRA ÖRKMEN

GİRİŞ: Pulmoner alveoler proteinozis (PAP), ilk kez 1958'de Rosen, Castleman ve Liebow tarafından tanımlanan, alveollerin PAS (+) reaksiyon veren, lipid ve proteinden zengin bir madde ile dolu olması ile karakterize bir hastalıktır.

OLGU: 2 yaş 3 aylık kız hasta 2.5 aydır devam eden öksürük şikayetiyle dış merkezde pnömoni tedavisi aldıktan sonra şikayetlerinin devam etmesi ve solunum sıkıntısı olması üzerine ileri tektik ve tedavi için servisimize yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde dinlemekle her iki akciğer bazallerinde ralleri mevcuttu, diğer sistem muayene bulguları doğaldı. Laboratuar tetkiklerinde (tam kan sayımı, biyokimyasal inceleme, immunglobulin düzeyleri, lenfosit alt grup paneli) özellik yoktu. Açlık mide suyundan 3 kez yollanan ARB sonucu negatif, PPD si 6x7mm saptandı. Kan gazı takibinde hafif CO2 retansiyonu dışında özellik yoktu. Ter testi 50 mmol/L (<60 mmol/L) olarak ölçüldü. Akciğer grafisinde alt zonlarda daha yoğun olmak üzere yaygın bilateral retikülonodüler opasiteler izlenen hastanın torax tomografisi " Her iki AC parankiminde tüm yüzeylerde yaygın buzlu cam dansiteleri izlenmektedir. " şeklinde raporlandı. Takiplerinde solunum sıkıntısı ilerleyen hastaya etyolojiye yönelik AC biyopsisi yapıldı. Patoloji preparatlarında alveollerin PAS pozitif, proteinden zengin materyal ile dolu olduğu görüldü ve hasta PAP tanısı aldı.

TARTIŞMA: Etyolojisi bilinmeyen bu hastalığın fizyopatolojisinde tip II pnömositlerden aşırı miktarda sürfaktan yapımı ve/veya sürfaktanın alveol makrofajları tarafından ortamdan yeterince uzaklaştırılamaması sözkonusudur. Bu olgu ile oldukça nadir görülmesine rağmen solunum sıkıntısı ile başvuran ve rutin tetkikler ile etyoloji aydınlatılamayan hastalarda PAP tanısının da göz önünde bulundurulmasına dikkat çekmeyi istedik.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner, Alveoler, Proteinozis

PP-037

Hipoproteineminin Ayırıcı Tanısında Menetrier Hastalığı

Hülya Nalçacıoğlu[1], Eylem Sevinç[2], Hatice Eke Güngör[3], Binnaz Çelik[4]
[1]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bölümü, Kayseri
[2]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, Kayseri
[3]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmunoloji Bölümü, Kayseri
[4]Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kayseri

AMAÇ: Menetrier hastalığı, gastrik mukoza yoluyla protein kaybına bağlı hipoalbüminemiyle sıklıkla ilişkili nadir görülen bir gastropatidir. Çoğu vakada klinik bulgular kusma, diyare, karın ağrısı, anoreksiya ve periferik ödemdir. Çocukluk çağında Menetrier hastalığının en önemli nedenlerinden biriside sitomegalovirus (CMV) enfeksiyonudur. Burada genel durum bozukluğu ve hipoalbuminemi kliniği ile başvuran ve CMV enfeksiyonuna ikincil menetrier hastalığı tanısı alan bir olgu sunulmuştur. Bu olgu ile birlikte hipoalbuminemi ayırıcı tanısı gözden geçirilmiştir.

OLGU: Bilinen bir hastalığı olmayan 3 yaşında kız hasta, 3 gündür gözlerde belirgin olmak üzere yüzde şişme ve şişlik öncesinde 3-4 gün süren karın ağrısı ve kusma yakınması ile getirildi. Kan albumin değerinin 2.1gr/dl gelmesi üzerine çocuk nefroloji bölümüne konsulte edilen hastanın tam idrar tetkikinde proteinin negatif olması üzerine hipoalbuminemi etyolojisi araştırılmak üzere yatırıldı. 24 saatlik idrar protein atılımının 2.5 mg/m2/saat olması üzerine protein kaybının böbrek kaynaklı olmadığı tespit edildi ve Nefrotik Sendrom ekarte edildi. Gastrointestinal sistemden kaynaklı protein kaybına yönelik üst gis endoskopisinde hipertrofik gastrik holdların görülmesi üzerine Menetrier hastalığı düşünüldü. Nedene yönelik serolojik incelemelerinden CMV IgM antikoru ve CMV PCR pozitif saptandı. Olguya albumin desteği, proton pompa inhibitörü ve tuzdan fakir yüksek proteinli diyet başlandı. Antiviral ve destek tedavi ile klinik bulguları 2. haftasında geriledi.

SONUÇ: Ödemle başvuran hastaların idrar incelemesinde proteinüri saptanmadığında protein kaybettiren enteropati ayırıcı tanıda düşünülmeli ve gastropati nedenlerinden biri olan CMV enfeksiyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipoproteinemi, Menetrier Hastalığı, Protein Kaybettiren enteropati

PP-038

Aplazia Kutis Konjenita

Hatice Dülek[1], Güldehan Atış[2], Zeynep Emine Tuzcular Vural[1], Işık Gönenç[1], Sema Aytekin[2]
[1]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Deri ve Zührevi Hastalıklar Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Aplazia kutis konjenita (AKK) doğumda cildin, daha nadir olarak da cilt altı dokuların yokluğu ile giden heterojen bir hastalık grubudur (1).Lezyon sıklıkla tektir ve büyüklüğü 0.5-3cm dir, %70 saçlı deri yerleşimlidir (2).Sporodik olarak görülebilir veya bazı genetik hastalıklarla ilişkili olabilir (3,4).Erkek ve kız çocukları eşit oranda etkiler.Aplazia kutis konjenita tanısı klinik olarak konmaktadır.Burada saçlı deride, kemik tutulumunun eşlik etmediği aplazia kutis konjenitanın izole olarak gözlendiği çocuk hasta sunulmuştur.Ülkemiz literatüründe seyrek rastlanan antiteyi ayırıcı tanıda hatırlatmayı amaçladık.

OLGU: Beş buçuk aylık erkek çocuğu polikliniğimize saçlı deride doğumdan beri var olan iyileşmeyen yara şikayeti ile getirildi. Dermatolojik muayenede saçlı deride parieto-oksipital bölgede 1,5X1,5 cm ebatında yer yer sarı kurutlar gözlenen alopesik alan tespit edildi (Resim 1).Annenin 4. çocuğu olarak dünyaya gelen hastanın prenatal öyküsünde özellik yoktu.Dermatolojik muayenesinde mevcut lezyon dışında özellik saptanmadı. Özgeçmişinde şüpheli kalp rahatsızlığı (takipte patent duktus arteriozus?) ve idrar yolu enfeksiyonu vardı.Soygeçmişinde özellik yoktu.Hastaya klinik özellikleri ve anamneze dayanılarak aplazia kutis konjenita tanısı kondu.Lezyona sabah-akşam haricen gümüş sülfadiazin krem uygulanması önerildi ve hastanın ailesi genetik danışmanlık için genetik bölümüne gönderildi.Hasta 3 ay sonra kontrole çağrıldı.

TARTIŞMA: Hastalığın insidansı 10.000 doğumda 3 olarak bildirilmiştir (5).AKK' nin lokalize formunda yaygın forma nisbeten ailesel geçiş insidansı daha yüksektir (6).Olgumuz saçlı deri yerleşimli lokalize form ile uyumluydu. AKK tablosu olasılıkla genetik faktörler, teratojenler (7),vasküler nedenler gibi birçok faktörün kombinasyonuyla meydana gelmektedir. Hastamızda bilinen intrauterin teratojen maruziyeti yoktu. AKK tanısı klinik olarak konur ve genellikle biyopsi gerekmez. Tanısı için spesifik bir laboratuvar testi bulunmayan AKK' de klinik tanının önemine dikkat çekmeyi amaçladık. AKK tedavisinde topikal gümüş sülfadiazin içeren konservatif yaklaşım önerilmektedir. Biz de hastamızın tedavisinde 2X1 gümüş sülfadiazin başladık. Yapıcıoğlu ve ark. (8) spontan reepitelize olan bir AKK olgusu bildirmiş ve lezyonun çoğunda epitelizasyonun spontan olarak meydana geldiğini ifade etmişlerdir. Hastalığın sonraki gebelikler sonucu doğacak çocuklarda görülme olasılığı açısından genetik danışma önerilmektedir (4,5).

Anahtar Kelimeler: aplazia kutis, konjenital, çocuk

PP-039

Çocukluk Çağında Görülen NAazofarenks Karsinomu: Olgu Sunumu

Özgür Erdoğan[1], Arzu Okur[2], Ceyda Karadeniz[2], Nalan Akyürek[3], Hüseyin Bora[4], Mehmet Düzlü[5], Faruk Güçlü Pınarlı[2]
[1]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,Ankara
[2]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Onkoloji BD, Ankara
[3]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji BD, Ankara
[4]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyasyon Onkolojisi BD, Ankara
[5]Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kulak Burun Boğaz BD, Ankara

GİRİŞ: Çocukluk çağında nadir rastlanan nazofarenks kanseri, çocukluk çağı malignitelerinin %1'inden daha azını oluşturmaktadır.

OLGU: 8 yaş erkek hasta, son 1 haftadır horlama, baş ağrısı ve ağzını tam olarak açamama şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde trismusu mevcut ve bilateral ön servikalde 2x2 cm lenfadenopatileri palpe edildi. Biyokimyasal göstergeler: hb:13,76 gr/dl,bk:14551 /mm3, plt:409000/mm3 bun:10 mg/dl, ürik asit:4,2 mg/dl, kreatinin: 0,2 mg/dl, ldh:320, ebv- vca ıgg: pozitif,ebv- ebna ıgg: pozitif ve elektrolitleri normal sınırlardaydı. Hastanın çekilen nazofarenks mr'da nazofarenkste yer kaplayan kitle lezyonu saptandı. Kulak Burun Boğaz muayenesinde nazofarenkste yer kaplayan kitle görüldü. Kitleden yapılan biyopside undiferansiye nazofarenks karsinomu tanısı konuldu. Evreleme amaçlı yapılan pet bt'de nazofarenksten sol sfenoid ve maksiller sinusu destrukte eden kitle ve servikal lenf nodları dışında tutulum görülmedi. Hastaya metotreksat, sisplatin,5-florourasil 'den oluşan kemoterapi başlandı. 1.kür sonunda baş ağrısı kayboldu,trismus düzeldi ve radyoterapi planı yapıldı.

SONUÇ: Çocukluk çağında nazofarenks karsinomlarının görülme yaşı ortalama 13 yaş iken hastamız 8 yaşında olup ayırıcı tanıda lenfoma düşünülmüştür. Burun tıkanıklığı, burun kanaması, trismus, baş ağrısı ve boyunda kitle ile gelen çocuk hastada ayırıcı tanıda nazofarenks kanseri de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Nazofarenks Karsinomu, Trismus, Kemoterapi

PP-040

Sağlık Kuruluna Başvuran Engelli Çocukların Retrospektif Değerlendirilmesi

Meral Kök Can[1], Memet Taşkın Egici[2], Dilek Toprak[3], Sündüs Ural[4]
[1]Beyoğlu Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreterliği, Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, İstanbul
[2]Pencap Sağlık Bakanlığı, Pakistan
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[4]Beyoğlu Kamu Hastaneleri Kurumu Genel Sekreterliği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Engellilik, doğuştan olan ya da sonradan ortaya çıkan herhangi bir hastalık ya da kaza sonucu oluşan bedensel, zihinsel, ruhsal, duyusal ve sosyal yetilerde çeşitli derecelerde kayıp ve normal yaşamın gereklerine uyamama olarak tanımlanmaktadır. Çalışmamızda, sağlık kuruluna başvuran engelli çocuk ve ergenlerin başvuru nedenleri ve tanı dağılımlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Araştırma, 2016 yılında İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği'ne bağlı sağlık tesislerinden sağlık kuruluna rapor almak amacıyla başvuran engelli çocuk ve ergenin verilerine Karar Destek Sistemi üzerinden Genel Sekreterlik onayı ile ulaşıldı. Verilerin analizi SPSS 15.0 paket programında yapıldı, tanımlayıcı istatistiklerde frekans ve yüzde dağılımı, sürekli değişkenler için ortalama, standart sapma, değerler gösterildi, $p<0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Sağlık Kurullarından 1602 çocuk için engellilik raporu verilmişti. Bunların %63,04'ü (n=1010) erkek, %36,96'sinin (n=592) kız olduğu saptandı. Çocukların yaş ortalaması 7,31±5,06 olup, yaş arttıkça başvuru sayısının azaldığı görüldü. En sık başvuru nedenleri %49,81 (n=798) ile özel eğitim raporu almak ve %34,39 (n=551) ise engelli özür oranını belirlemek içindi. Başvurularda en sık saptanan tanılar; %23,1 (n=370) hafif düzeyde bilişsel gelişimde gerilik, %12,2 (n=196) orta düzeyde bilişsel gelişimde gerilik, %9,9 (n=158) özgül öğrenme güçlüğü, %8,6 (n=138) ağır düzeyde bilişsel gelişimde gerilik, %7,6 (n=121) otizm, %7,5 (n=120) konuşma bozukluğu idi. En sık saptanan hafif düzeyde bilişsel gelişimde gerilik tanısı, 5-9 yaş arasındaki çocuklarda en fazla olduğu tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Engelli çocukları olan ailelerin sağlık kurularına başvuruları azımsanmayacak oranda olup talepler genellikle devlet yardımı ve eğitim desteği almak amacıyladır. Bu durum sağlık kurulları için oldukça yoğun bir iş gücü gerektirmekte olup gerektiğinde hem ailelerin taleplerini karşılamak hem kurulların yoğunluğunu azaltmak için sağlık kurullarının sayıları arttırılabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Sağlık Kurulu, Engellilik, Engel Oranı.

PP-041

Kardiyak Arrest Sonrası Lance-Adams Sendromu Gelişen Olgu

Abdullah Güneş, Zeynep Savaş Şen, Arzu Yılmaz, Bülent Alioğlu
Anakara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

AMAÇ: İlk kez 1963'te tanımlanan Lance-Adams Sendromu (LAS), kardiyak arrest sonrası oluşan kontrolsüz miyoklonik nöbetlerle karakterize nörolojik bir komplikasyondur. Beynin oksijen düzeyinde azalma sonucu gelişmektedir. Kardiyak arrestten günler, haftalar sonra başlayabilir. Bilinç durumu normalden ciddi fonksiyon bozukluğuna kadar çeşitlilik gösterebilmektedir. Miyoklonik nöbetler ses ve dokunma ile artmakta olup uykuda kaybolmaktadır. Karakteristik bir elektroensefalografi (EEG) bulgusu yoktur. Yapılan çalışmalarda klonazepam, valproik asit ve pirasetam tedavilerinin etkili olduğu görülmüştür. Aşağıda arrest sonrası koma tablosu ile yoğun bakım servisimizde izlenen LAS tanılı bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: Onyedi yaşında erkek hasta 10-15 dakika su altında kalma sonrasında gelişen arrest nedeni ile kardiyopulmoner resüsitasyon (KPR) uygulanmasını takiben bilinci kapalı bir durumda yoğun bakım servisimize yatırıldı. Arrest sonrası ilk 24 saatte özellikle alt ekstremitede daha belirgin olmak üzere miyoklonik nöbetleri olan hastaya intravenöz midazolam tedavisi başlandı. Klinik cevabının olmaması üzerine tedavisine kademeli olarak valproik asit, levatirasetam ve pirasetam eklendi. EEG'de belirgin epileptik aktivite izlenmedi; fakat ensefalopati ile uyumlu bulgular kaydedildi. Beyin MR'da hipoksi ile uyumlu olarak kortikal sulkuslarda silinme ve serebellar hemisferlerde diffüzyon kısıtlanması saptandı. Takibinde miyoklonik nöbetlerinde azalma gözlendi. İlk muayenesinde 3 olan glaskow koma skoru (GKS) izleminde 9'a çıktı. Hastanın valproik asit ve pirasetam tedavileri kademeli olarak azaltılarak kesildi. Mevcut klinik tablosu ile LAS düşünülen hasta yatışının 70. gününde minimal bilinçlilik durumunda, miyoklonileri geçmiş bir şekilde fizik tedavi rehabilitasyon programı ile taburcu edildi.

SONUÇ: Arrest ve KPR öyküsü olan ve takibinde miyoklonik nöbetler gözlenen hastalarda çocukluk çağında da LAS akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Lance-Adams Sendromu, Miyoklonik nöbet, Kardiyak Arrest

PP-042

18 Aylık Çocukta Ascaris Aspirasyonu

Mahmut Ekici[1], Amine Yavuz[1], Özgür Katrancıoğlu[2], Elif Kırıköz Bedel[3], Elif Ünver Korğalı[1]
[1]Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyet Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sivas
[2]Cumhuriyet Üniversitesi, Cumhuriyet Tıp Fakültesi, Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı, Sivas
[3]Cumhuriyet Üniversitesi Cumhuriyet Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Sivas

AMAÇ: Askariazis dünya çapında 1.4 milyar insanın enfekte olduğu bir helmintik enfestasyondur. Ağız yoluyla alınan parazit yumurtalarından çıkan larvalar döngüsünü tamamladıktan sonra enfeksiyonun yoğunluğuna ve tutulan organlara bağlı olarak çeşitli klinik tablolara yol açabilir. Hava yolundaki ascaris solucanları ani tıkanmaya, dispneye veya öksürüğe neden olabilir. Biz bu olguda nadir görülen akciğerde ascaris aspirasyonunu sunmak istedik.

OLGU: 18 aylık erkek hasta ani başlayan nefes darlığı ve öksürük şikayetleri ile 2016 yılı Eylül ayında Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvurdu. Hastanın öyküsünde 2 gün önce başlayan ani öksürükleri, ani solunum sıkıntısı ve 40 derece ateş, hırıltılı solunumu olduğu belirtildi. Yapılan fizik muayenesinde oksijen satürasyonu %81 olarak kaydedildi. Kilo:9 kg (<3p), boy:80 cm (10-25p), baş çevresi:42 cm (<3 p) olarak ölçüldü. Sol akciğerde solunum sesleri azalmış, takipneik, taşikardik, karın kasları solunuma katılıyor, expiryum uzamış, dudakları siyanotik görünümdeydi. Laboratuar değerlerinde hemogram ve periferik yaymasında Eozinofili (>400/mm^3), Immunglobulin E yüksekliği (91.5 mg/dl) saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sol akciğerde atelektazi saptandı. Bronkoskopi işlemi yapıldı, çıkarılan materyalde tamamen sekresyonlarla kaplı ascaris görüldü. Eozinofili ve Immunglobulin E düzeyinin yüksek gelmesi, bronkoskopi materyalinde ascaris görülmesi ve büyüme gelişme geriliği olması üzerine hastaya ascaris enfestasyonu+ascaris aspirasyonu tanısı konuldu. Tedaviye pyrantel pamoat 10 mg/kg/gün günde bir kez PO, sabahları aç karna, 5 gün olarak eklendi. Hastanın klinik ve PA akciğer bulgularında düzelme sağlandı, kilo alımı ve boy uzaması sağlandı.

SONUÇ: Ascaris lumbricoides, tropikal ve subtropikal bölgelerde yaygın bir helmint enfestasyondur. Ülkemizde de sık görülür. Ascaris aspirasyonu ise son derece nadir görülen bir tablodur. Büyüme gelişme geriliği, Immünglobulin E yüksekliği ve eozinofilisi bulunan bir çocukta yabancı cisim aspirasyonuna bağlı ani başlayan solunum sıkıntısı varlığında, ayırıcı tanıda ascaris aspirasyonu da düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ani solunum sıkıntısı, ascaris aspirasyonu, parazit, yabancı cisim aspirasyonu

PP-043

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Sonrası Görülen Akut Selim Miyozit Vakası

Ahmet İbrahim Baş, Özlem Akgün, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Çocukluk çağı enfeksiyonları arasında en sık görülen tablo üst solunum yolu enfeksiyonlarıdır.Üst solunum yolu enfeksiyonlarının bir komplikasyonu olarak yürümede güçlük ve bacaklarda ağrı ile giden bir tablo olan akut selim miyozit, guillain barre ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken genelde kendini sınırlayan ve iyileşme sürecine giren bir hastalıktır.Burada, çocuk sağlığı ve hastalıkları hekimlerinin en sık karşılaştığı tablo olan üst solunum yolu enfeksiyonunu bir komplikasyonu olarak akla gelmesi gereken akut selim miyozit vakası ele alınmaktadır.

OLGU: 4 yaşında erkek hasta 1 haftadır süre gelen üst solunum yolu enfeksiyonu mevcuttur. Hasta acilimize bacaklarda ağrı ve giderek artan yürümede ve ayağı üzerine basmada zorluk şikayeti ile gelmiştir.Acilimizde yapılan muaynesinde her iki uyluk bölgesinde ağrı ve hassasiyet mevcuttur.Hastanın orofarinksi hiperemik olarak görülmüştür.Solunum sistemi, kardiak sistem, üriner sistem,genital sistem muaynelerinde bir patoloji saptanmamıştır. 3 gün öne hastanın ateşinin yüksek olduğu ancak sonrasında ateş düşürücü kullanılarak düşürüldüğü ve tekrar yükselmediği aile tarafından ifade edilmiştir.Çocuk acil ünitemizde alınan tahlillerin sonucu: Kütle CK-MB:36,7 ng/ml(Referans değer:0,6-6,3 ng/ml), CK 2603 U/L (Referans değer:<171 U/L). CRP:102 mg/L (Referans değer:0-5 mg/L), AST:118 U/L ALT:42 U/L WBC:7310 Hgb:10,4 g/dl Hct:%30,3 Plt:236000 MCV:74,6 fL Neutrofil:3810, Lenfosit:2860 olarak gelmiştir.Diğer bakılmış olan parametreler hastanın yaşına uygun referans değer sınırları içindedir. Hasta Guillain Barre,miyozit ve tenosinovit ön tanıları ile ileri tetkik ve tedavi amacıyla interne edilmiştir. Yapılmış olan çocuk nörolojisi konsültasyonunda nörolojik muaynesinde bir patoloji saptanmamış olup, EMG önerilmiştir. Hastanın takiplerinde kas ağrılarının giderek azalması ve alınmış olan kontrol tetkiklerinde CRP ve CK değerlerinin giderek düşmesi üzerine hasta akut selim miyozit tanısı almıştır.Yapılmış olan kontrollerde hastanın şikayetleri tekrarlamamıştır.

SONUÇ: Üst solunum yolu enfeksiyonlarının bir komplikasyonu olarak akut selim miyozit özellikle alt ekstremitelerde görülen kas ağrıları ile gelen hastalarda akla gelmesi gereken bir tablodur. Guillain Barre sendromu ve tenosinovial hastalıkların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut, miyozit, selim

PP-044

Down Sendromlu Çocuğu Olan Annelerin Tanı Anında Yaşadıkları Deneyimler

Mehmet Akif Büyükavcı, Derya Gümüş Doğan, Sinem Kortay Canaloğlu, Meltem Kıvılcım
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı, Malatya

GİRİŞ-AMAÇ: Down sendromu (DS) çocuk hekimlerinin en sık karşılaştığı genetik hastalıktır. Sağlık çalışanlarının DS'lu çocuğu olan ailelere tanı sırasında yetersiz bilgi verdikleri, hassas ve duyarlı yaklaşım sergileyemedikleri bildirilmektedir. Bu araştırmada DS'lu çocuğu olan annelerin tanı anındaki deneyimleri ve sağlık çalışanlarının tutumları yarı yapılandırılmış bir görüşme ile değerlendirilmiştir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Araştırmanın örneklemini İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Gelişimsel Pediatri polikliniğine Aralık 2015 - Nisan 2016 tarihleri arasında başvuran ve DS'lu çocuğu olan 43 anne oluşturmuştur. Annelere tanı anındaki deneyimleri ile ilgili 11 tanesi açık uçlu olan 27 soru yöneltilmiştir.

SONUÇLAR: Çocukların yaş ortalaması 23.72±20.09 aydır. Doğum anındaki anne yaş ortalaması 34.42±5.7 yıldır. Annelerden 8'i (%18.6) tanıyı prenatal, 35'i (%81.4) postnatal dönemde aldıklarını belirtmiştir. Tanıyı annelerin 18'i (%41.9) yenidoğan servisi ya da çocuk polikliniğinde, 16'sı (%37.2) kadın doğum servisi ya da gebe polikliniğinde öğrenmiştir. Annelerden 23'üne (%53.5) tanı hakkında ilk bilgi çocuk hekimi tarafından verilmiştir. Sadece 5 (%11) anne detaylı bilgi aldığını belirtmiştir. Tanı hakkında aileyi bilgilendirmek için yapılan görüşmelerin %58.8'i 5 dakika ve altında sürmüştür. Sağlık çalışanlarının tanı anındaki tutumları hakkında bilgi veren otuz iki anneden 23'ü (%72) olumsuz bir tavırla karşılaştıklarını belirtmiştir.

TARTIŞMA: DS'lu çocukların aileleri ile yapılan araştırmalar tanı anında ailelere yeterli zaman ayrılması, mümkünse özel bir odada, hassas bir tavırla, güncel ve yeterli bilgilendirmenin hekim tarafından verilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Bu araştırmada da DS'lu çocuğu olan ailelerin yetersiz ve çok kısa süreli bilgi aldıkları, hekimlerin tavırlarından rahatsız oldukları ortaya çıkmıştır. Ailelerin tanı anında yeterli bilgi almaları, gerekli olan sağlık kontrollerini zamanında yaptırmaları ve erken dönemde özel eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşmaları için çok önemlidir. Bu nedenle özellikle çocuk hekimleri konu hakkında bilgi ve duyarlılıklarını arttırmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Anneler, bilgilendirme, Down sendromu, tanı anı

PP-045

2 Aylık Döküntüyle Başvurup Karaciğer Absesi Tanısı Alan Bir Olgu Sunumu

Leyla Çakmak Esen[1], Ayşe Bahar Budan Çalışkan[1], Ayten Ceren Bakır[2], İbrahim Adaletli[3], Hatice Arıöz Habibi[3], Nurcan Solak[1], Murat Elevli[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Pediatrik Radyoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Karaciğerdeki Kuppfer hücreleri karaciğere gelen mikroorganizmaları temizler.Bu işlem devam ettiği sürece piyojenik abse meydana gelme olasılığı düşüktür.Çocuklarda sepsis -bakteriyemi ve özellikle nötrofil fonksiyonlarının bozulduğu durumlarda piyojenik abse görülebilmekle beraber, abse yetişkin yaşın bir sağlık problemidir.

OLGU: 52 günlük erkek hasta tüm vücutta son birkaç saattir olan döküntü şikayetiyle başvurdu.Genel durumu iyi,ateşi yoktu. Fizik muayenede hafif bir umbilikal hernisi dışında bir özellik bulunmamaktaydı.Nörolojik gelişimi ayına uygundu. Vücudunda yaygın dev maküler döküntüsü mevcuttu. Öncesinde herhangi bir ilaç kullanımı, küvözde kalma, umbilikal kateterizasyon öyküsü yoktu. Sadece anne sütüyle besleniyordu. Aile öyküsü özellik göstermemekteydi.Acil serviste bakılan ilk tetkiklerinde wbc: 23500 crp: 182 plt: 928000 hgb: 7,8 hct:24,2 idi.Hasta sefagen ve klindamisin başlanarak yatırıldı.Aynı gün bakılan kontrol tetkiklerinde derin anemisi saptanan hasta transfüze edildi. 3. gününde akut fazının halen yüksek seyretmesi üzerine hastanın antibiyoterapisi piperasillin-tazobactam olarak değiştirilirken, batın ultrasonu istendi.Ultrasonda karaciğer 8. segmentte kalın duvarlı kistik lezyon görülüp kontrastlı batın BT istendi. Batın BT periferik kontrastlanma gösteren kistik lezyon olarak yorumlandı. Kontrol tetkiklerinde akut fazında ciddi düşüş oldu.Hasta Cerrahpaşa çocuk cerrahisi ve pediatrik radyoloji ile konsülte edildi. Çocuk cerrahisi karaciğer absesinin direnajına gerek olmadığına karar verdi. Pediatrik radyolog tarafından ayrıntılı batın usg yapıldı ve lezyon karaciğerin piyojenik absesi olarak değerlendirildi. Bundan sonra, haftalık ultrason takibine alınırken,piperasillin tazobaktam tedavisi de 28 güne tamamlandı.Hastadan, kronik granülomatöz hastalığı dışlamaya yönelik göndermiş olduğumuz NBT ve Dihidrorodamin sonuçları da normal olarak geldi.Hastanın son yapılan ultrasonunda abse görünümünün tamamen kaybolduğu öğrenildi.

SONUÇ: Erken infantil dönemde karaciğerde görülen kitlelerin ayırıcı tanısında, aslında yetişkin çağın bir hastalığı olan ve daha gürültülü bir tabloyla seyreden karaciğer absesine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer absesi, infant, döküntü

PP-046

Hepatosplenomegalinin Nadir Bir Nedeni; Langerhans Hücreli Histiyositoz

Tuğçe Kurtaraner[1], Nafiye Urgancı[2], Banu Yılmaz[3], Sare Güntülü Şık[4], Ayşe Merve Usta[2], Dildar Bahar Genç[5]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul
[4]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul
[5]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji, İstanbul

GİRİŞ: Bu olgu ile ateş, hepatosplenomegali ve pansitopeni nedeni ile izlenen ve Langerhans hücreli histiyositoz tanısı konulan 9 aylık bir kız olgu irdelenmiştir.

OLGU: Dokuz aylık kız hasta 2 aydan beri ateş yüksekliği,karın şişliği ve solukluk şikayetleri ile çocuk acil polikliniğimize getirildi.Olgunun öyküsünde beş aylıktan beri aralıklı ateş ve karın şişliği nedeni ile defalarca doktorlara götürüldüğü ancak yanıt alınamadığı öğrenildi.Fizik muayenesinde genel durumu orta,ateş 38ºC,rengi soluk olan olgunun apekste 1/6 şiddetinde sistolik üfürüm saptandı.Batını distandü olan olgunun karaciğeri midklavikuler hatta Kosta kenarını 5 cm, dalak 4 cm orta sertlikte palpe edildi. Laboratuvar incelemelerinde pansitopeni, AST:56 U/L, ALT:49 U/L,GGT 20U/L,ALP 279 U/L,total protein 5,4 gr/dl,Albumin 2,9 gr/dl,olup diğer biyokimyasal incelemeleri,alfa fetoprotein,NSE, serum trigliserid, ferritin ve fibrinojen düzeyi normal,CMV,EBV,Parvovirus IgM, Hepatit A, B ve C göstergeleri negatif saptandı.Periferik yaymasında mikrositer anemi tespit edildi. Ultrasonografide hepatosplenomegali dışında parankim normal olarak değerlendirildi. Olguya 2 kez yapılan kemik iliği aspirasyon incelemesinde mikrositer anemi dışında hemofagositoz ve atipik hücreye rastlanmadı. Aneminin yanısıra takipne, taşikardi ile kardiyak yetmezlik bulguları ve protrombin aktivitesinin % 40 saptanması nedeni ile eritrosit süspansiyonu ve taze donmuş plazma transfüze edildi.Sarılığı fark edilen olgunun karaciğerin enzimleri normalin 3 katı total bilirubin 25 mg/dl, INR 1.8 iken metabolik taramaları negatif saptandı.Sarılığı giderek artan ve batın içerisinde asit saptanan olgunun INR 2 saptandığından karaciğer nakline hazırlanırken her iki avuç içerisinde ve el sırtında çeşitli büyüklükte hemorajik papüler lezyonlar gözlendi. Alınan cilt biyopsi materyalinin histopatolojik incelenmesinde yaygın CD1A antijeni pozitif histiyositler gözlendi ve olguya Langerhans hücreli histiyositoz tanısı konuldu.Çocuk onkoloji servisinde kemoterapi tedavisi planlanan olgu tedavinin 3. haftasında karaciğer yetersizliği nedeniyle transfer edildiği çocuk yoğun bakım ünitesinde kaybedildi.

TARTIŞMA: Sonuç olarak hepatosplenomegali, inatçı ateş ve solukluk yakınması ile başvuran olgularda tipik cilt tutulumu ile seyreden, karaciğerin yetersizliğine kadar ilerleyebilen tanısı zor nadir hastalıklarında biri olan Langerhans hücreli histiyositoz akılda tutulmalı ve tekrarlayan kemik iliği aspirasyonları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Langerhans hücreli histiyositoz, hepatosplenomegali, pansitopeni, ateş, kemik iliği aspirasyonu, karaciğer yetmezliği

PP-047

Nadir Bir Olgu: Sandhoff Hastalığı

İren Yörük, Kamil Şahin, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, Fatih, İstanbul

GİRİŞ: GM2 gangliosidozlardan olan Sandhoff hastalığı ender görülen lizozomal depo hastalıklarındandır.Süt çocukluğu döneminde normal gelişim gösteren bir çocukta, beceri kayıpları ve gerileme ile karakterize bir nörometabolik hastalıktır. Biz de, 22 aylık Sandhof hastalığı ve bronkopnömonisi olan bir hastayı konuya dikkat çekmek amacı ile sunmaktayız.

OLGU: 22 aylık kız hasta, bronkopnömoni ve motor mental retardasyon tanıları ile hastanemize yatırıldı. Özgeçmişinde 3. ayında başını tutabilen, 7 ayında desteksiz oturabilen hastanın 11. aydan itibaren desteksiz oturamadığı, 13.aydan itibaren de başını tutamadığı öğrenildi. 18 aylıkken alt ekstremitelerinde spastisite gelişmeye başlamış. Anne baba akraba değildi. Fizik muayenede solunumu taşipneik, dinlemekle her iki hemitoraksta krepitan raller duyulmakta idi. Akciğer grafisinde iki taraflı pnömonik infiltrasyon görülüp intravenöz antibiyotik tedavisi başlandı. Nörolojik muayenesinde nöromotor gelişimi geri, alt ekstremitelerde daha belirgin spastisite vardı. Göz teması yok, ışık refleksi bilateral pozitif tespit edildi. 18 aylıkken dış merkezde çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde miyelinizasyonda gerilik ve korpus kallozum ince tespit edilmiştir. Elektroensefalogramında bulgu olması ve nöbet geçirdiği için levetirasetam başlanmıştı. 20 aylık iken yapılan göz dibi incelemesinde Cherry Red Spot'' ve optik atrofi tespit edilmişti. Kraniyal magnetik rezonans spektrometresinde bazal gangliyonlar ödemli ve talamusun hipointens tespit edilmesi, hem derin gri cevher hemde beyaz cevher tutulumu ile gangliosidoz ile uyumlu bulunmuştu. Beta heksoaminidaz A: 2.2 umol/l/saat (N:50-220), Total Beta heksoaminidaz: 29.2 umol/l/saat (N:600-3500) olup,düşük saptanarak Sandhoff hastalığı tanısı konulmuştu..

TARTIŞMA: Hastalığın sütçocuğu formu genellikle 6-18 ay arası ortaya çıkan klinik semptomlarla karakterizedir. Sandhoff hastalarında kas spastisiteleri, sık tekrarlayan pulmoner enfeksiyonlar, konvulziyonlar, nöromotor gelişim geriliği, hiperakuzi,irritabilite,metabolik kemik hastalıkları, osteopeni,mikrosefali, mikrognati, aritmiler gözlenmektedir. Hastamızda mikrosefali, mikrognati ve aritmi yoktu. Retinal gangliyon hücrelerinde sfingolipid birikimi makulada tipik "Japon bayrağı" görüntüsü ve optik atrofi ortaya çıkabilir. Hastamızın 4 kez akciğer enfeksiyonuna bağlı hastaneye yatırılma öyküsü vardı. Sonuç olarak, doğumdan sonraki ilk aylarda normal olan çocuklarda nöromotor gerileme,mevcut becerilerin kaybedilmesi ve sık akciğer enfeksiyonları nörometabolik hastalık şüphesi uyandırmalıdır

Anahtar Kelimeler: Bebek, bronkopnömoni, Sandhoff hastalığı

PP-048

Coats' Hastalığı Bulunan Olgularımızın Takip Sonuçları

Semra Tiryaki Demir[1], Dilek Güven[1], Zeynep Ayşe Acar[2], Murat Karapapak[1], Ayşe Burcu Dirim[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Coats' hastalığı olan 3 olgumuzun takip sonuçlarını bildirmek.

YÖNTEM: Gözde kayma veya görme azlığı şikayeti ile başvuran 3 kız olgu değerlendirildi. Olgular kliniğimize başvurduklarında; olgu 1: 3 yaşında, görme keskinliği sağ 2 metreden parmak sayma (mps), sol 10/10, olgu 2: 5yaşında, görme keskinliği sağ 2 mps, sol 10/10, olgu 3: 9 yaşında, görme keskinliği sağ 1/10, sol 5/10 seviyesinde idi. Olguların tümünde temporal retinada anormal telenjiektazik damarlar, retinada yaygın sert eksüda ve eksüdatif retina dekolmanı mevcuttu. Olgu 1 ve 2 evre 3a, olgu 3'e evre 2 Coats' hastalığı teşhisi konuldu.

BULGULAR: Tüm olgulara lazer fotokoagülasyon ve adjuvan intravitreal bevacizumab tedavi uygulandı. Ek olarak olgu 2'ye proliferatif vitreoretinopati gelişmesi nedeniyle pars plana vitrektomi cerrahisi eklendi. Ortalama takip süresi 21 ay (12-30) idi. Post-op görme keskinliği olgu 1'de 2 mps, olgu 2'de 1mps, olgu 3'de sağ gözde 3/10 sol gözde 5/10 seviyesindeydi. Tedavi sonrası olgu 3'te (evre 2) görme keskinliğinde artış sağlandı. Evre 3A olan 2 olguda makulada atrofi gelişmesi nedeni ile görme keskinliğinde artış sağlanamadı.

TARTIŞMA: Şaşılık veya görme azlığı ile başvuran pediatrik olgularda mutlaka fundus muayenesi yapılmalı, nadir görülse de Coats' hastalığı ayrıcı tanıda düşünülmelidir. Hastalığın evresi ile görsel prognoz değişkenlik gösterebilir. İleri evresi olan olgularda tedavi ile retinada anatomik yatışma sağlansa bile görsel prognoz oldukça kötü seyirlidir.

Anahtar Kelimeler: Coats' Hastalığı, retinal telenjiektazi, eksüdatif retina dekolmanı

PP-049

Akut Batın Kliniğiyle Başvuran 11 Yaşında İmperfore Himen Olgusu

Hakan Birinci, Özlem Akgün, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Kızlık zarı (himen) anatomik olarak vajinayı oluşturan ve mukoza adı verilen dokunun vajina girişini oluşturan doku kıvrımıdır. Kızlık zarı vajinanın hemen girişinde dudakların yaklaşık 1-1.5 santimetre içindedir ve küçük dudaklara bağlıdır.Dış genital oluşumlardan birisi olarak kabul edilir. Mezodermal doku kalıntısı olan himen embriyonal dönemin sonuna doğru perfore olur. Perforasyon gelişmesinde eksiklik gelişirse imperfore himen tablosu ortaya çıkar. Tanı çoğunlukla adolesan dönemde konulmaktadir. İmperfore himen sonucu hidrokolpos, hidrometrokolpos, hematometrokolpos tablosuna yol açmaktadır.

OLGU: 11 yaşında kız hasta acile karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Yapılan muayensinde defans ve reboundu mevcut.Solunum sistem,kardiyovasküler sistem,nörolojik sistem muayenesi doğal olarak değerlendirildi. Hastanın tetkikleri alındı. Wbc: 11.58 µ/l, hb:12.9 hct:40.7 üre:19.7 mg/dl,ast:26U/l, alt:11U7L olarak geldi. Hastadan acil tüm batın usg istendi. Batın usg sonucu Batın içi serbest sıvı saptanmadı.Akut app. lehine sonopatoloji saptanmadı. Sağ adneksiyal lojda 5x7x9 cm boyutlarında izoekoik karekterde, vajen seviyesine kadar uzanan lezyon izlenmiştir. Doppler ile akım saptanmamıştır. Lezyonun vajen seviyesine kadar uzanması nedeniyle imporfere hymene bağlı hematokolposu akla gelmektedir. Usg sonucu hasta kadın doğum hastalıklarına konsulte edildi. Hasta kadın doğum servisine operasyon amacıyla interne edildi.

SONUÇ: Vakamız bize karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Muayenesinde akut batın ile uyumlu bulgular mevcuttu. Tüm batın usg ile tanı konuldu. İmperfore himen adolesan dönemde en sık tanı almakla birlikte vakamız 11 yaşında olması ile önem kazanmaktadır. Karın ağrısı ile başvuran adolean kız hastalarda menarş öyküsü sorgulanarak ayırıcı tanıda imperfore himen düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: imperforehimen, adolean kız

PP-050

Büyüme Geriliği İle Başvuran Kleidokranial Displazi Olgusu

Doğan Tanrıverdi[1], Seniha Yılmaz[2], Murat Elevli[3]
[1]Haseki EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, ABD İstanbul
[2]Haseki EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul
[3]Haseki EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

AMAÇ: Kleidokranial displazi, membranöz kemiklerin tam olmayan kemik ossifikasyonu nedeniyle iskelet ve diş anomalileri ile karakterize otozomal dominant kalıtılan genetik bir hastalıktır. Fontanellerin kapanmasında gecikme, klavikulanın yetersiz gelişmesi, geniş simfizis pubis, dar pelvis, gömülü dişler, boy kısalığı temel klinik bulgularıdır. Bu olgu raporunda kleidokranial displazili bir hasta sunulmuştur.

OLGU: Beş yaşında boy kısalığı yakınması ile başvuran hastanın boyunun süt çocukluğu döneminden beri yaşıtlarına göre kısa olduğu, beslenme bozukluğu ve altta yatan kronik hastalığı olmadığı, daha önce dış merkezde yapılan tetkiklerinin normal olduğu, orantısız boy kısalığı olması nedeni ile akondroplazi ön tanısıyla bakılan FGFR3 gen mutasyonu saptanmadığı öğrenildi. Özgeçmişinden miadında c/s ile 3500 gr doğduğu, iki yaşına kadar anne sütü ve 6 aya kadar D vitamini profilaksisi aldığı, bir yaşında yürüdüğü ve konuşmaya başladığı öğrenildi. Soy geçmişinde anne ve baba arasında akrabalık olmadığı, iki yaşındaki erkek kardeşinin boyunun normal olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde ağırlığı 13,8 kg (-2,4 SD), boyu 86,2 cm (-5,3 SD), baş çevresi 50,5 cm (0,1 SD) idi. Ön fontaneli 4x2 cm, oturma boyu 61 cm (oturma boyu /boy:0.64, yaşa ve cinsiyete göre normali 0.56) saptandı. Frontal belirginleşme, dar ve düşük omuz görünümü, iki omuz başının birbirine dokunabildiği ve klavikulanın yokluğu fark edildi. Diğer sistem muayenesi olağandı. Puberte Tanner evre I ile uyumluydu. Laboratuvar incelemelerinde kan sayımı, biyokimya, tam idrar tetkiki, tiroid fonksiyon testleri, IGF -1 ve IGF-BP-3 düzeyleri normal saptandı. Doku transglutaminaz IgA negatifti. Direkt grafide klavikulalar gözlenmedi. Boy kısalığı, fontanel açıklığı, klavikula yokluğu bulguları ile olgu kleidokranial displazi olarak değerlendirildi, moleküler genetik çalışması için genetik bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ: Kleidokranial displazi ender görülen konjenital kemik gelişim bozukluğudur. Ayrıntılı fizik inceleme tanıda önemlidir. Bu olgu aracılıyla boy kısalığı ayırıcı tanısında fizik muayenenin önemini vurgulamak ve kleidokranial displaziyi bir kez daha hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: boy kısalığı, kleido, fontanel genişliği

PP-051

Sanfilippo Sendromu: Olgu Sunumu

Yelda Türkmenoğlu, Melis Aydin, Seda Yolgiden Güren, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Mukopolisakkaridozlar glikozaminoglikanların yıkılmasındaki bozukluk sonucu oluşan, herediter, ilerleyici seyirli multisistemik lizozomal depo hastalıklarıdır. İdrarda artmış glikozaminoglikan eksresyonu ve plazmada eksik enzimin gösterilmesi tanıda önemlidir. Mukopolisakkaridoz tip 3 olarak bilinen Sanfilippo sendromu otozomal resesif kalıtılan, heparan sulfatın katabolizmasında rol oynayan dört farklı enzimin eksikliğine göre tiplendirilirilen bir hastalıktır. Sanfilippo A SGSH genindeki bozukluk ve Heparan- S-sülfamidaz eksikliği sonucu oluşan en sık görülen tiptir. Heparan sülfatın yıkılmayarak, organlarda birikmesi sonucu önceden normal gelişim gösteren çocuklarda iki yaştan sonra gelişme geriliği, kazanılmış becerilerin kaybı, uykusuzluk, agresivite, kaba yüz görünümü, hepatomegali ve hirsutizm bulguları gelişebilir. Burada yürümede bozulma ve ön fontanel kapanmasında gecikme nedeniyle başvuran bir Sanfilippo A olgusu sunulmaktadır.

OLGU: Ondokuz aylık erkek hasta yürümede dengesizlik ve ön fontanelin kapanmasında gecikme nedeni ile başvurdu.Fizik muayenede makrosefalik ve kaba yüz görünümü, hipertrikozis, hepatomegali, umblikal ve sağ inguinal herni saptandı.Hafif dengesiz yürüyüşü olan hastada hafif derecede hiperlordoz ve dorsal kifoz görüldü. Laboratuvar bulgularında tam kan sayımı, kan biyokimyası ve idrar bulguları normaldi. Dorsal vertebra grafilerinde dizostozis multipleks görüldü. İdrarda glikozaminoglikan oranı:81.5mg /mmol kreatin (N:0-25) ve heparin ve heparan sülfat arttığı, plazmada sulfamidaz aktivitesinin sıfır olduğu görüldü. Hasta takip ve tedavi amaçlı Çocuk metabolizma bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ: Kaba yüz görünümü, hepatomegali ve iskelet bozukluklarıyla gelen bir hastada mukopolisakkaridozlar akla gelmelidir.Mukopolisakkaridozların bir kısmında spesifik enzim tedavileri kullanılmaktadır, bir kısmında ise genetik danışma ve destek tedavileri verilmektedir, bu tip hastalıkların erken tanısı hastalığın ilerlemesini engellemekte ve hastaların daha konforlu bir hayat yaşamalarına olanak sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, muko olisakkaridoz, Sanfilippo sendromu

PP-052

B12 Vitamin Eksikliği Ve Siringomyeli Beraberliği Görülen Bir Hipotonik İnfant Olgusu

Gizem Güvener, Yelda Türkmenoğlu, Emine Türkkan, Ümit Sarıtaş, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Süt çocukluğu döneminde hipotoni etyolojisinde malnütrisyon, vitamin B12 eksikliği,hipotiroidi, sepsis ve konjenital kalp hastalığı gibi sistemik nedenler sıklıkla görülebilmektedir. Santral sinir sistemi hastalıklarına bağlı olarak görülen hipotonilerde ise beyin, medulla spinalis ve kas hastalıklarına bağlı patolojiler rol oynamaktadır.Bunların arasında serebral malformasyonlar,genetik bozukluklar, akut serebral zedelenme, metabolik hastalıklar, kas hastalıkları, ön boynuz motor nöron ve medulla spinalisin bozuklukları hipotoniye neden olabilmektedir.Hem sistemik nedenler hem de santral sinir sisteminin bazı hastalıklarında erken tanı ve tedavi hastanın ilerideki nörolojik hasarlardan korunmasına yardımcı olabilmektedir.Burada hem B12 vitamin eksikliği, hem de siringomyeli olarak tanımlanan spinal kord kavitesinde intrameduller kistik dejenerasyon görülen sekiz aylık bir erkek bebek sunulmuştur.

OLGU: Sekiz aylık erkek hasta halsizlik, hareketlerde yavaşlama, başını tutmada zorluk şikayeti ile hastanemize başvurdu.Apatik görünümlü,baş kontrolü zayıf ve destekle oturamayan, sağda inmemiş testis ve lumbosakral bölgede sakral dimple olan hastada derin tendon refleksleri normaldi. Laboratuvarda BK: 8850 / mm3, Hb: 10,2 g/dl, htc: % 31, MCV: 70 fl, plt: 293000, T4:1,8 ng/dl, TSH:4,97 mıu/ml B12 vit: 144 U / homosistein:22 mmol/lt bulundu. Olgunun Çölyak antikorları ve metabolik taramaları normal bulundu.Spinal Mr'da D10 seviyesinde siringomyeli görülen olgunun kranial MR görüntülemesi normaldi.Hastaya B12 vitamini tedavisi düzenlendi,apatik görünümü düzeldi, baş kontrolü ve oturmasında kısmi düzelme görüldü ve hasta beyin cerrahisine yönlendirildi.

SONUÇ: Hipotonik bir süt çocuğunda tanının erken konması ve tedaviye erken başlanması çocuğun ilerideki nörolojik gelişimini geri dönüşümsüz hasarlardan koruyabilmektedir. Bu amaçla hastalar bütünüyle değerlendirilerek eşlik edebilen hastalıklar aranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: b12, hipotoni, siringomyeli

PP-053

Adölesan Ebeveynler İçin İkinci Şans: Healy Murphy Merkezi

Rabiye Güney
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Adölesan dönemde çocuk sahibi olmak, gençlerin daha yaşamın başlangıcında dezavantajlı duruma düşmesine neden olmaktadır. Bu gençler eğitimlerini yarım bırakmakta, yaşlarına göre taşınması güç sorumluluklar altına girmektedir. Meslek sahibi olmak istemeleri durumunda eğitimden önce çocuk bakımı, para kazanma gibi zorunluluklar karşılarına çıkmaktadır. Sonuçta psikososyal sorunlar meydana gelebilmektedir. Bu nedenle toplumdaki destek sistemlerinin varlığı, onların toplumsal yaşama en iyi şekilde uyum sağlayabilmelerinde büyük önem taşımaktadır. Healy Murphy Merkezi (http://www.healymurphy.org), ABD'nin San Antonio kentinde, tarihi 1800'lere uzanan ve adölesan ebeveynlere hizmet veren, kar amacı gütmeyen bir destek merkezidir. Merkez bu alanda önemli bir model olması nedeniyle 2016 yılı Ocak ayında ziyaret edilmiştir. Bu çalışmanın amacı söz konusu merkezde sunulan hizmetlerin kapsamının analiz edilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmada nitel araştırma yöntemlerinden katılımlı gözlem yöntemi kullanılmıştır. Gözlem süresince ayrıca görüşme tekniği de kullanılmıştır. Aynı veriler elde edilene kadar gözlem çalışmasına devam edilmiş olup toplam 25 saatlik bir gözlem gerçekleştirilmiştir. Ayrıca analiz amacıyla yüzden fazla fotoğraf çekilmiştir. Saha notlarını da içeren tüm veriler tematik analiz yöntemi kullanılarak analiz edilmiştir.

SONUÇLAR: Verilerin analizi sonucunda dört ana tema belirlenmiştir: Eğitim, çocuk bakımı, psikososyal destek ve sağlık hizmeti. Healy Murphy Merkezi'nde evli veya tek ebeveyn olan adölesanlar, mesleki ya da klasik lise eğitimlerine devam edebilmektedir. Başarılı olan öğrencilere üniversiteye devam etme fırsatı tanınmaktadır. Adölesan ebeveynler merkezde orta öğretim gördükleri sürece, çok düşük bir ücretle ya da ücretsiz olarak çocuklarına da bakım ve okul öncesi eğitim fırsatı sunulmaktadır. Böylece adölesanlara yaşamlarını yeniden kurgulamaları için bir fırsat sunulmaktadır. Merkezde adölesan ebeveynlere ve çocuklarına psikososyal destek ve temel sağlık hizmetleri de verilmektedir. Sistemin devamlılığı bağışlar yoluyla sağlanmaktadır.

ÖNERİLER: Adölesan ebeveynler ülkemizin de önemli sorunlarından biridir. Ülkemizde bu adölesanlar çocuklarını geleneksel aile yapısı içerisinde büyükanne ve büyükbabaların desteğiyle büyütmektedir. Ancak yine de bu sorumluluk yaşlarının taşıyabileceğinin çok üzerindedir. Bu nedenle ülkemizde bu gençlerin kompleks sorunlarına yönelik, eğitim fırsatı da sunan profesyonel merkezlere gereksinim vardır.

Anahtar Kelimeler: adölesan ebeveynler, çocuk bakımı, eğitim

PP-054

Hipernatremi ile Seyreden Cornelia de Lange Sendromlu Bir Olgu Sunumu

Ece Kurul, İbrahim Bektaşoğlu, Hasan Dursun
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Kusma, öksürük, hırıltılı solunum ve halsizlik yakınmaları ile çocuk acil polikliniğine başvuran ve ağır hipernatremi saptanan ve Cornelia de Lange Sendromu tanısı alan hastayı tartışmaktır.

OLGU: Onbir aylık kız hasta kusma, öksürük, hırıltılı solunum ve halsizlik yakınmaları ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Hastanının gelişinde alınan rutin laboratuar tetkiklerinde hemoglobin:8.5 g/dL, hemtokrit %34.3, lökosit 33000 mm3, trombosit 601000 mm3, glukoz:152 mg/dL, üre:172 mg/dL, kreatinin:1.76 mg/dL Na:186 mEq/L, K: 6.6 mEq/L CRP:40 mg/L, kan gazında pH:7.23, pCO2:55 mmHg, HCO3:20 mEq/L, pO2:55mmHg, BE-5 olarak saptandı. Ağır hipernatremik dehidratasyon kabul edilerek intravenöz sıvı tedavisi ve idrar çıkışının yüksek olması nedeniyle desmopressin HCl oral başlandı. Tedavinin 3.gününde kan Na, üre ve kreatinin değerleri normal sınırlara döndü. Daha önce de hipernatremi ataklarının olduğu saptanan hastanın intravenöz sıvı tedavisi birinci haftanın sonunda kesildi ve oral sıvı alımı iyi olan hasta oral desmopressin HCl tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Burada tekrarlayan hipernatremi atakları olan bir hasta nedeniyle Cornelia de Lange sendromunun, hipernatremi vakalarında ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir hastalık olduğu hatırlatıldı ve hipernatremi tedavisinde dikkat edilmesi gereken noktalar vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Cornelia de Lange sendromu, rekürren hipernatremi, holoprosensefali

PP-055

Doğumhaneden Bir Olgu Sunumu ile Satürasyon Ölçümünün Kritik Konjenital Kalp Hastalığı Taramasındaki Önemi

Ece Kurul[1], Hüseyin Dağ[1], Emre Aygün[1], Ahmet İrdem[2], Mürşide Uysal[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Konjenital kalp hastalıkları bebek ölüm nedenlerinin %10'unu, malformasyona bağlı ölüm nedenlerinin ise yaklaşık yarısını oluşturmaktadır.Fizik muayenede üfürüm ve siyanoz önemli bulgular olmakla beraber her zaman görülmeyebilir. Ayrıntılı fizik muayene ile beraber taramada pulse oksimetre ile ölçüm kritik konjenital kalp hastalığının tanısında yol gösterici olabilmektedir. Pulse oksimetre taraması hastada konjenital kalp hastalığını destekleyici bir bulgu yoksa 24. saatten sonra, erken taburculuk gerekiyorsa, olabildiğince geç ve taburculuk sırasında yapılmalıdır. Amerikan Pediatri Akademisinin de önerisi 24. saatten sonra başlanması 2.günde tamamlanmasıdır. Pulse oksimetre taraması ile tespit ettiğimiz olgumuzu taramanın önemini vurgulamak açısından sunmayı uygun gördük

OLGU: 35 yaşındaki sağlıklı, aile öyküsünde özellik olmayan gravite 1 parite 1 anneden takipleri sorunsuz gebelikle, ilerlemeyen travay ve fetal distres nedeni ile C/S ile 38. gestasyon haftasında 3030 gram olarak doğan erkek bebeğin boyu 49 cm, baş çevresi 34,5cm'di. APGAR 1. Dakika: 8, 5. Dakika: 10 idi.Fizik muayenede genel durumu iyi, aktif, solunum sesleri doğal, dakika solunum sayısı 48/dk idi. kardiyovasküler sistem muaynesinde S1, S2 doğal, kalp tepe atımı 135/dk., sternum solunda en iyi 1-3. interkostal aralıklarda duyulan 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü mevcuttu. Sağ el spO2: %90, sağ ayak sp02: %86 idi.Tansiyon arteryel 68/35 mmHg olarak ölçüldü.Periferik nabızlar bilateral eşitti. Fizik muaynede ek bulgu yoktu. Saptanan üfürüm ve satürasyon farkı nedeniyle çocuk kardiyoloji birimine konsulte edildi.Ekokardiyografide PDA bağımlı VSD-pulmoner atrezi saptandı.Oksijen verilmemesi,prostavasin (prostaglandin E1) başlanması,modifiye BT şant veya duktal stent için kardiyovasküler cerrahi merkezine sevk önerildi. Bir hafta sonra stent implantasyonu yapıldı.Post-op 2 hafta kadar takip sonrası taburcu edildi.

SONUÇ: Ayrıntılı fizik muayene ile beraber pulse oksimetre ile tarama kritik konjenital kalp hastalığının tanısında önemli oranda yol gösterici olabilmektedir.Bu nedenle ucuz ve noninvaziv bir yöntem olan bu tarama ülkemizde taburculuk öncesi rutin taramanın bir parçası olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kritik konjenital kalp hastalıkları, saturasyon ölçümü, yenidoğan taraması

PP-056

Lober Pnömoni ile Prezente Olan Kawasaki Hastalığı

Ezgi Çelikboya[1], Nazan Dalgıç[2], Murat Saygın[3]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul
[3]Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Kawasaki hastalığı kendi kendini sınırlayan, genellikle 5 yaş altı çocuklarda görülen akut sistematik vaskülittir. Patognomonik laboratuar testi olmaması nedeniyle özellikle klinik öykü ve fizik muayene bulgularına dayanarak tanı konmaktadır. Klinik bulgular ateş, döküntü, bilateral eksüdatif olmayan konjonktivit, servikal lenfadenit, el ve ayaklarda şişlik ve eritemdir.

Bu yazıda sizlere lober pnömoni ile prezente olan Kawasaki hastalığı olgusu sunulmuştur.

OLGU: Akut üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla 6 gündür farklı merkezlerde, çeşitli antibiyotik tedavileriyle ayaktan takip edilen 3,5 yaşında kız hasta devam eden ateş nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde 38, 7 C ateşi, bilateral süpüratif olmayan konjonktivit, çatlamış dudaklar, kırmızı çilek dili, unilateral ağrılı, yumuşak 2 cmlik servikal lenfadenopati, bilateral el, ayakta ve perinede deskuamasyon ile beraber eritem, solunum sistemi muayenesinde krepitan ralleri mevcuttu. Laboratuar incelemesinde lökosit sayısı: 18,390/μL, trombosit sayısı: 542 000/μL CRP: 7,3 mg/dl, Eritrosit Sedimentasyon Hızı: 113 mm/saat olarak saptandı. Çekilen PA akciğer grafisinde sağ alt zonda lober konsolidasyon mevcuttu. Hastaya mevcut klinik ve laboratuar bulgularla lober pnömoni ve kawasaki hastalığı tanıları konuldu. Intravenöz immünglobulin (IVIG) 2 gr/kg tek doz, asetil salisilik asit 80 mg/kg/gün ve ampisilin sulbaktam 200 mg/kg/gün olacak şekilde tedavisi düzenlendi. IVIG tedavisinden 24 saat sonra hastanın ateşi dramatik olarak düştü. Hastanın klinik takibinde yapılan ekokardiyografisi normal olarak saptandı. Pnömoni açısından ampisilin sulbaktam tedavisi 10 güne tamamlanarak sonlandırıldı. Asetil salisilik asit tedavisi 5 mg/kg/gün olacak şekilde düzenlenerek 12 haftaya tamamlandı. Hastanın çocuk kardiyoloji tarafından izlemine devam edilmektedir.

SONUÇ: Olgumuzda 5 gündür devam eden ateş olması nedeniyle kawasaki hastalığı şüphesi akla gelmeli, alt solunum yolu enfeksiyonu mevcut olması nedeniyle dirençli enfeksiyon ile kawasaki ayrımı açısından dikkat edilmelidir. Pnömoni varlığında kawasaki tanısı gözden kaçabilme ihtimaline karşın uzun süren inflamasyon bulguları, infeksiyöz ajanın ekarte edilemediği, antibiyotiklere cevapsız aralıklı ateş varlığında Kawasaki hastalığı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: kawasaki hastalığı, pnömoni, dirençli ateş

PP-057

Fizik Muayeneyle Atriyal Septal Defekt Ön Tanısı Alan Asemptomatik Bir Olgu Sunumu

Hüseyin Kutay Körbeyli, Ozan Özkaya, Ahmet İrdem, Hüseyin Dağ
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Pediatri pratiğinde dikkatli yapılan bir fizik muayene çok önemli bir yer tutmaktadır. Tüm hastaların tüm sistemleri dikkatli bir biçimde değerlendirilmelidir. Kardiyak oskültasyon bu bağlamda çok önemlidir ve pediatristler fizik muayene esnasında üfürüm duyduklarında hastanın kliniğini de göz önünde bulundurarak öntanı koyabilmeli, hastalığı doğru bir biçimde yönetebilmeli ve de gerektiğinde hastayı doğru zamanda çocuk kardiyolojisi uzmanına konsülte edebilmelidir. Biz burada atriyal septal defekt (ASD) ön tanısıyla çocuk kardiyolojiye yönlendirdiğimiz ve yapılan ekokardiyografide ön tanımızla uyumlu ASD tanısı alan on yaşındaki bir olguyu sunmayı amaçladık. OLGU; On yaşında erkek olgu, burun akıntısı ve ateş yakınmalarıyla genel çocuk polikliniğimize başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde bir özellik olmadığı öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde, vücut ağırlığı:45 kg (90-97persentil), boy:142 cm (75-90persentil), ateş:36,8 derece,nabız 90/dk, tansiyon arteryel; 95/55mmHg, oksijen satürasyonu; %98, genel durumu iyi, koopere, orofarenksi hiperemik, akciğer dinleme bulguları doğal, kardiyak muayenede ise dinlemekle kalp sesleri ritmik, sol ikinci interkostal aralıkta 3/6 sistolik ejeksiyon üfürüm duyuldu, batın ve diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Femoral ve diğer nabazanlar palpabl idi. çekilen elektrokardiyografide sağ aks(+120 derece), sağ ventrikül hipertrofisi bulguları ve sağ atriyal dilatasyonu düşündüren p pulmonale bulgularına rastlandı. Radyasyon yan etkisinden dolayı telekardiyografi çekilmesi etik bulunmadı. Olgunun yaşının büyük, gelişiminin ve oksijen satürasyonunun normal olması nedeni ile siyanotik doğumsal kalp hastalığı dışlandı. Ayrıca şiddetli üfürümün olmaması nedeni ile sağ ventrikül hipertrofisi yapacak kadar pulmoner stenoz olamayacağı düşünüldü. Sonuç olarak ASD ön tanısı ile çocuk kardiyolojiye yönlendirilen olguya yapılan transtorasik ekokardiyografide geniş sekundum ASD tanısı konuldu.

Anahtar Kelimeler: Fizik muayene, üfürüm, atriyal septal defekt, elektrokardiyografi

PP-058

Hirsutizmli Kızlarda Vücut Kitle İndeksi ile Ferriman-Gallwey Skorlarının İlişkisi

Feyza Mediha Yıldız, Bahar Özcabı, Özlem Temel, Nihan Uygur Külcü, Fevziye Çoksüer, Serpil Değirmenci, Erdal Sarı
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hirsutismus, en genel tanımı ile kadınların yüz, çene, boyun, gövde üzerinde görülen erkek tipinde kıllanma olarak nitelendirilmektedir. Çalışmamızda hirsutizm sebebiyle başvuran kız hastaların laboratuvar verileri ve pelvik ultrasonografi(USG) bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji polikliniğinden takipli hirsutizmli kızların biyokimyasal, hormonal parametreleri ve pelvik USG'de over volümleri incelendi.

BULGULAR: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniğinde izlenen 77 olgu(yaşları 10.2-17.5 yıl) çalışmaya alındı. Total testosteron ortalama 40,57±15,32 ng/ml, 17-OHP (17 Hidroksi Progesteron) ortalama 1,33 ± 0,72 ng/ml, Androstenedion ortalama 7,98 ± 35,77 ng/ml, DHEAS (Dihidroksiepiandrostenodion Sülfat) ortalama 333,78±170,11 μg/dl, Prolaktin ortalama 19,02±13,74 μg/dl, LH (Luteinizan Hormon) ortalama 6,04±4,73 mIU/mL, FSH (Follikül Stimulan Hormon) ortalama 4,25±1,73 mIU/mL, LH/FSH oranı ortalama 1,5±0,99 mIU/mL, SHBG (Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin) ortalama 35,6±27,47 nmol/L saptandı. Olgularımızın %13,7' sinde dislipidemi ve %15,5'inde bozulmuş glukoz toleransı saptandı. Olguların sağ over ölçümleri ortalama 7,81±4,58 ml, sol over ölçümleri ise ortalama 7,77±5,36 ml'dir. Olguların %100'ünde (n=77) surrenal USG bulguları normal saptanmıştır. Pelvik USG'de ise 51 olguda (%66.2) polikistik over, bir olguda (%1.3)over kisti bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hirsutizmli olgularda dislipidemi, bozulmuş glukoz toleransı, hiperinsülinizm görülebilir. Etiyolojinin aydınlatılmasında pelvik USG faydalıdır.

Anahtar Kelimeler: hirsutizm, vücut kitle indeksi, Ferriman-gallwey skoru

PP-059

Hirsutizmli Kızların Klinik Özellikleri ve Etiyolojileri

Nihan Uygur Külcü, Özlem Temel, Feyza Yıldız, Erdal Sarı, Fevziye Çoksüer, Serpil Değirmenci, Abdülkadir Bozaykut
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hirsutismus, kadınların yüz, çene, boyun, gövde üzerinde görülen erkek tipinde kıllanma olarak nitelendirilmektedir. Bölgeden bölgeye değişiklik gösterse de görülme sıklığı %5-8 arasında değişmektedir. Çalışmamızda hirsutizm sebebiyle başvuran kız hastaların klinik bulguları ve etiyolojilerini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji polikliniği'nden takipli hirsutismuslu adolesan kızların klinik özellikleri(yaş, menarş yaşı, genital ve aksiller tüy başlama yaşları, meme tomurcuk yaşı) ve etiyolojik tanıların dağılımları incelendi.

BULGULAR: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniği'ndde izlenen 77 olgu(yaşları 10.2-17.5 yıl) çalışmaya alındı. Olguların menarş olma yaşı ortalama 11,95±1,06 yıl, genital tüy başlama yaşı ortalama 10,33±1,07 yıl, aksiler bölge tüy başlama yaşı ortalama 10,23±0,97 yıl ve meme tomurcuk başlama yaşı ortalama 9,74±0,92 yıl olarak saptandı. Olguların tanıları incelendiğinde %11,7'sinde (n=9) obezite, %10,4'ünde (n=8)hiperinsülinizm, %2,6'sında (n=2) hiperprolaktinemi, %3,9'unda (n=3) idiopatik hiperandrojenizm, %27,3'ünde (n=21) idiopatik hirsutism, %2,6'sında (n=2) NKKAH (non- klasik konjenital adrenal hiperplazi), %11,6'inde (n=9) insülin direnci, %66,2'sinde (n=51) PKOS (Polikistik Over Sendromu), %1,3'ünde (n=1) tiroidit ve %1,3'ünde (n=1) over kisti olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Adolesan kızlarda hirsutismusun en sık nedeni PKOS ve idiopatik hirsutismusdur. Daha nadir olarak cushing sendromu, nonklasik adrenal hiperplazi, adrenal ve over tümörleri hirsutismus sebebi olabilmektedir. Hirsutismus şikayeti ile kliniğe başvuran hastalar PKOS ve idiopatik hirsutismus açısından detaylı olarak araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hirsutizm, etiyoloji, polikistik over sendromu

PP-060

17 Alfa Hidroksilaz Eksikliği Saptanan Bir Olgu Sunumu

Semih Bolu, Davut Kayak, Mehmet Tekin
Adıyaman Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Adıyaman

AMAÇ: 17 alfa hidroksilaz eksikliği; hipokalemi, hipertansiyon ve gecikmiş puberteyle karakterizedir ve konjenital adrenal hiperplazili olguların yaklaşık %1 nedenidir.

OLGU: Öksürük, ateş, kaslarda güçsüzlük, kusma ve ishal şikayetiyle tarafımıza başvuran 12 yaş 9 aylık kız hasta pnömoni ön tanısıyla servise yatırıldı. Hastanın güçsüzlük şikayeti uzun süredir mevcuttu ve anne ve babasının 1. Derecede akraba oldukları öğrenildi.. Fizik muayenede Ağırlık:34,2 kg (-2,46 SDS), Boy:144,4cm (-2,23 SDS), Axiller: 1 Pubik: 1 Telarş: 1/1, tansiyon 140/90 idi. Kas gücü zayıflamış olan hastanın derin tendon refleksleri normal olarak değerlendirildi. Takibinde hipokalemi, hipertansiyon, metabolik alkaloz saptanan hastanın bakılan bazal kortizol düzeyi düşük olması üzerine ACTH uyarı testi yapıldı. ACTH'a yetersiz kortizol yanıt, renin ve DHEA-SO4 düzeyinin düşük, progesteron değeri yüksek ve bazal FSH ve LH değerleri belirgin yüksek elde edildi. Hipergonadotropik hipogonadizm nedeni ile yapılan suprapubik pelvik ultrasonaografik incelemede uterus ve sağ over ayırt edilemedi ve sol over atrofik görünümde tespit edildi. Hastadan kromozom analizi gönderildi. Hipertansiyon nedeni ile yapılan ekokardiografik incelemede sol ventrikül hipertrofisi saptananarak 24 saatlik tansiyon holter ölçümü sonrası antihipertansif tadavi olarak enalapril 1*3 mg başlandı. Klinik ve laboratuar bulguları ile 17 alfa hidroksilaz eksikliği tanısı konulan hastaya oral hidrokortizon tedavisi başlandı. Hipopotasemisi oral potasyuma cevap vermeyen hastanın hidrokortizon tedavisinin 4. gününde potasyum değeri 5.9'a kadar yükseldi. Kas ağrılarının ve güçsüzlüğünün kaybolduğu hasta tarafından belirtildi.

SONUÇ: 17 alfa hidroksilaz eksikliği hipertansiyon, hipokalemi ve gecikmiş pubertenin önemli bir nedenidir. Uzun süredir devam eden kas güçsüzlüğü, hipokalemi ayırıcı tanı için farklı etyolojiler içermesine rağmen gecikmiş pubertesi ve hipertansiyonu olan hastalarda kongenital adrenal hiperplazinin bu nadir formu akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipokalemi, hipertansiyon, gecikmiş puberte

PP-061

22q11 Delesyon Sendromu Tanısı Alan 5 Olgunun Klinik Özellikleri

Neslihan Gülşen, Gamze Özgürhan, Zekiye Küpçü, Ece Keskin, Bülent Hacıhamdioğlu
Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

22q11 delesyonu insanlarda en sık görülen mikrodelesyondur. Dismorfik yüz bulguları hipoparatroidizm, konotrunkal anomaliler, velofarengeal yetmezlik, tekrarlayan enfeksiyonlar ve öğrenme güçlüğü majör özellikleridir. 22q11 delesyon sendromu (22q11DS) terimi DiGeorge sendromu, Velofaringeal yetersizlik sendromu gibi 22q delesyonu ile ilgili tüm fenotipleri kapsayan bir şemsiye terimdir. Uzun yüz, hipertelörizm, kısa palpebral fissürler, geniş burun, belirgin burun kökü, mikrognati, küçük ağız, küçük ve düşük kulaklar dismorfik yüz bulgularını oluşturur. Burada 22q11DS tanısı konulan 5 olgu sunularak, olguların klinik özellikleri vurgulanacaktır.

Hastanemiz çocuk endokrinoloji polikliniğine başvuran ve genetik inceleme sonucunda 22q11DS tanısı konulan beş çocuk olgu sunulacaktır.

Olguların tamamında de nova mutasyon saptandı. Hastaların üçü kız, ikisi erkekti. Tanı yaşları 16 gün ile 13 yaş arasında değişiyordu. 8 ve 13 yaşında tanı konulan iki olgu boy kısalığı ile başvurdu (başvuru boy SDS'leri sırası ile –1,5 ve –3,7 idi) ve eşlik eden palatal yetersizlik bulguları 22q11DS açısından uyarıcı oldu. Bu olgularda silik dismorfik bulgular vardı, hipoparatiroidi ve konotrunkal anomali yoktu. Olguların üçü hipoparatirodi ile başvurmuştu (tanı yaşları 2 yıl 2ay, 1yıl 9 ay ve 16 gün idi). Hipoparatiroidi üç olgunun birinde spontan düzelirken iki olgu halen tedavi altındadır. Bu olgularda palatal yetersizlik yoktu. Beş olgunun üçünde eşlik eden kardiyak patoloji (bir olguda Fallot Tetralojisi, bir olguda atrial septal defekt ve patent duktus arteriozus, bir olguda ise atrial septal defekt, biküspit pulmoner kapak ve sol persistan vena cava superior) vardı. Yenidoğan döneminde tanı konulan ve halen 3 aylık olan olgu dışında diğer olgularda sık solunum enfeksiyonu öyküsü vardı. Renal agenezi, postaksiyal polidaktili, kronik lenfositik tiroidit, büyüme hormonu eksikliği birer olguda olan diğer bulgulardı.

22q11DS ilişkili majör bulgularına eşlik eden tipik yüz bulguları varlığında kolayca tanı alabilir, ancak özellikle dismorfik yüz bulgularının silik olabileceği unutulmamalıdır. Hipopaparatiroidinin olmadığı olgularda tanı gecikebilmektedir. Klinik tablo heterojendir. Hipoparatroidi ve velofarengeal yetmezlik bulunan tüm olgularda 22q11DS ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: 22q11 delesyonu, hipoparatiroidi, boy kısalığı, palatal yetersizlik

PP-062

Çocukluk Çağında Nadir Görülen Bir Hiperkalsemi Nedeni; Izole Paratiroid Adenomlu Bir Olgu Sunumu

Ensar Duras[1], Mustafa Kemal Özdemir[1], Muhammed Nurullah Yakut[1], Diğdem Bezen[2], Ozan Özkaya[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Endokrinoloji, İstanbul

AMAÇ: Primer hiperparatiroidi, çocukluk çağında 2-5/100,000 sıklıkta görülen nadir bir hastalıktır. Genellikle bulantı, kusma, kabızlık, irritabilite, letarji, baş ağrısı, poliüri ve polidipsi gibi özgül olmayan semptomlarla başvurulmakta ve bu nedenle de tanı konulması gecikebilmektedir. Primer hiperparatiroidi, sıklıkla sporadik ve paratiroid adenomu nedenli olmakla birlikte; multipl endokrin neoplazi (MEN) sendromlarına da eşlik edebilmektedir. Bu vaka, izole paratiroid adenomuna bağlı primer hiperparatiroidinin çocukluk çağında çok nadir gözlenmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Öncesinde hiç şikayeti olmayan, rastlantısal olarak serum kalsiyum (düzeltilmiş Ca:11,7 mg/dl - normal:8,4-10,2 md/dl) düzeyi ve eş zamanlı parathormon (PTH:250,9 pg/ml - normal:1,2-39 pg/ml) düzeyi yüksek saptanan izole paratiroid adenomlu 16 yaşında bir kız çocuğu sunulmuştur. Ailede öykü olmaması, feokromasitoma, tiroid meduller karsinomunun dışlanması, hipofiz ve pankreas fonksiyonlarının normal bulunması ile MEN sendromları klinik olarak dışlanmış; bu arada MEN için genetik analiz de gönderilmiştir. Ultrasonografi ve paratiroid sintigrafisi ile adenomun yeri gösterilmiş, hiperkalsiüri (24 saatlik idrarda kalsiyum 450 mg/gün) ve osteoporozu (L1-L4 Z soru: -2,6) olması nedeniyle tedavi olarak hastaya minimal invaziv paratiroidektomi yapılmıştır. Patoloji sonucu paratiroid adenomu ile uyumlu gelen hastanın postoperatif dönemde kalsiyum ve parathormon değerleri normal sınırlara gelmiştir.

SONUÇ: Çocukluk çağında hiperkalsemi saptanan olgularda nadir görülmesine rağmen paratiroid adenomu da akılda tutulmalıdır. Bu çocuklarda tanıdaki gecikme nedeni ile hedef organ hasarı sıktır ve ağır morbiditeye neden olmaktadır. Paratiroid adenomuna bağlı primer hiperparatiroidi tedavisinde tercih edilecek tedavi yöntemlerinden biri de paratiroidektomidir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı, hiperkalsemi, hiperparatiroidi, paratiroid adenomu

PP-063

Bacak Ağrısıyla Başvuran Paratiroid Adenomu Olgusu

Fatma Dursun, Günay Mahmudova, Heves Kırmızıbekmez
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Paratiroid adenomu çocuklarda oldukça nadirdir. Çoğunlukla sporadiktir. Hiperparatiroidizm vakalarının %75-80-ni oluşturan en sık etyoloji paratiroid bezlerinde bir veya daha fazla adenomdur. Ayrıca primer hiperparatiroidizm Multipl Endokrin Neoplazi 1(MEN1), MEN 2A veya familyal hiperparatiroidizm ile birlikte bulunabilir. Primer veya sekonder olsun, belirgin hiperkalsemi olan semptomatik hiperparatiroidizme sebep olan tüm koşullarda tedavi paratiroidektomidir.

OLGU: 11 yaşında kız hasta bacak ağrısı ve hiperkalsemi nedeniyle çocuk endokrinoloji polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde son bir yılda üç defa kırık olduğu öğrenildi. Aralarında akrabalık olmayan sağ ve sağlıklı anne ve babanın üçüncü çocuğuydu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 34 kg (-1.05 SDS), boy: 143 cm (-0.64 SDS), tansiyon arteryel 110/60 mm Hg, sistem muayenelerinde özellik yoktu, puberte tanner evre 3 ile uyumluydu. Laboarotuvar tetkiklerinde Ca: 11.8 mg/dl, P: 3.9mg/dl, PTH: 177.9 pg/ml, ALP: 411U/l, Mg: 2.28 mg/dl, 25 OHD3: 10.5 ng/ml idi. Hiperparatiroidisi saptanan hastanın etyoloji için çekilen paratiroid sintigrafisinde sağ lob alt polde paratiroid adenomu ile uyumlu nodüler tutulum saptandı. Kemik mineral dansitesi L1-L4 Z skoru –1 SDS idi. Direk grafilerde hiperparatiroidi ile uyumlu litik lezyon saptanmadı. Hastada paratiroid ademonuna bağlı hiperkalsemi, kemik ağrıları ve minör travma sonrası kırık öyküsü olduğundan adenom cerrahi olarak çıkarıldı. Cerrahi sonrasında herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Hipokalsemiyi önlemek için hastaya aktif vit d ve kalsiyum laktat başlandı. Hastanın şikayetleri geriledi. Kalsiyum değerleri normal seyretti.

SONUÇ: Bu olgu bacak ağrıları nedeniyle başvuran hastada hiperkalsemiye bağlı paratiroid adenomuna dikkat çekmek için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: hiperkalsemi, hiperparatioidi, bacak ağrısı

PP-064

Konjenital Lipoid Adrenal Hiperplazi, StAR Protein Eksikliği, Hiperkolesterolemi Ve Bilateral İngünal Herni Birlikteliği

Zafer Bıçakçı, Muhammed Hafit Arvas, Canozan Biçer, Ahsen Akay, Sefer Üstebay, Döndü Ülker Üstebay
Kafkas Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kars

Sterodogenik akut regülatör (StAR) proteini adrenal ve gonadal steroid sentezinde kolesterolün mitokondriye transferinden sorumludur. Konjenital lipoid adrenal hiperplazi olarak tanımlanan, otozomal resesif geçen StAR protein fonksiyonunun kaybında mineralokortikoidlerin, glukokortikoidlerin yanı sıra androjenlerin sentezi de bozulur ve erken dönemde adrenal yetersizlik görülür. Bu sunudaki amacımız; konjenital lipoid adrenal hiperplaziye neden olan homozigot StAR protein eksikliği, adrenal yetersizlik, hiperkolesterolemi ve bilateral ingünal hernisi bulunan genotipik erkek (psödohermafrodit) olguyu sunmaktır. Hasta iki buçuk aylık kız görünümünde. Başka bir hastanede sıvı kaybı nedeniyle bir hafta yatırılarak tedavi edilmiş. Taburcu olduktan 5 gün sonra emmeme, kusma ve halsizlik şikayetinin devam etmesi üzerine hastanemize getirildi. Hasta orta derecede dehidratasyon ve uzamış sarılık nedeniyle yatırıldı. Sodyum 121 mmol/l, potasyum 6,7 mmol/l, klor 86 mmol/l, üre 88 mg/dl, kreatinin 0,43 mg/dl, total bilirubin 6,9, direkt bilirubin 6,0 mg/dl, LDL 227 mg/dl, kolesterol 269 mg/dl, trigliserid 185 mg/dl olarak bulundu. Hiponatremi, hiperkalemi, idrar sodyum yüksekliği nedeniyle adrenal yetersizlik düşünüldü. Kortizol, aldesteron, androstenedion ve total testesteron düşük, ACTH ve renin yüksek olarak geldi ve bilateral inguinal herni tespit edildi. Hastaya yapılan genetik analizde StAR gen NM_000349 p.L157p (c.470T>c) (Homozigot) olarak 46,XY tespit edildi. Adrenal yetersizlik tanısıyla sodyum defisit tedavisi verildi, hidrokortizon ve fludrokortizon başlandı. Hastanın kimliğinin kız yönünde devamına karar verildi ve kız yönünde düzeltici operasyon yapıldı. Hasta kliğimizde sorunsuz bir şekilde takip edilmektedir. Sonuç olarak, StAR protein eksikliği adrenal yetersizliğe, yetersiz virilizasyona (erkek psödohermafrodit), hiperkolesterolemiye ve bilateral ingünal herniye neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: erkek psödohermafrodit, hiperkolesterolemi, StAR protein eksikliği

PP-065

Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu Geçiren 1-24 Ay Arası Çocuklarda Serum 25(OH) D Vitamini Düzeyleri

Nihal Aydın[1], Mustafa Özçetin[2], Ali Aydın[3], Kamil Şahin[3], Nedim Samancı[4]
[1]Bezmi Alem Vakıf Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul
[2]Dr. Lütfi Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[4]Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Tekirdağ

GİRİŞ VE AMAÇ: Alt solunum yolu enfeksiyonları ve komplikasyonları, çocukluk döneminin en önemli morbidite ve mortalite nedenlerinden biridir. Çalışmamızın amacı alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren 1-24 ay arası çocukların serum 25(OH) D vitamini düzeyleri ile alt solunum yolu enfeksiyonu ilişkisini saptamaktır.

YÖNTEM: Bu çalışma 1-24 ay arası alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren 31 çocuk ve daha önce alt solunum yolu enfeksiyonu geçirmeyen 33 sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 64 çocukta serum 25(OH)D vitamini düzeyleri saptanarak gerçekleştirildi.

BULGULAR: Çalışmamızda alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren çocukların serum 25(OH)D vitamini düzeyleri kontrol grubuna göre daha düşük bulundu. Gruplar arasında annelerin gebeliğinde D vitamini kullanımı ile 25(OH)D vitamini düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı. Ayrıca günlük en az 400 IU D vitamini kullananların serum 25(OH)D vitamini düzeyi, kullanmayan gruba göre daha yüksek saptandı. Annenin giyim şekli, çocuğun anne sütü alımı, dışarıda zaman geçirme süresi, cinsiyeti ve alt solunum yolu enfeksiyonu geçirme sayısı ile serum 25(OH)D vitamini arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Literatürde alt solunum yolu enfeksiyonu sıklığı ile D vitamini arasında anlamlı fark olduğunu bildiren yayınlar olmasına rağmen, bizim çalışmamızda alt solunum yolu enfeksiyonu geçiren hastalarda D vitaminini daha düşük bulmamıza rağmen, istatistiksel anlamlı fark bulamadık. Bunun sebebi vaka sayısının az olması, mevsimsel farklılık, yaş, beslenmenin, güneş etkilerinin ve giyim tarzının tam olarak değerlendirilememiş olması ile açıklanabilir. Sonuç olarak enfeksiyon hastalıklarına karşı savunmada rol alan sınır D vitamin düzeyini belirleyebilmek için vaka sayısının daha fazla olduğu klinik-etkinlik araştırmalarına ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Alt solunum yolu enfeksiyonu, D vitamini, süt çocuğu

PP-066

Eritema Nodozum ile Seyreden Mikoplazma Pneumoniae Enfeksiyonuna Yaklaşım: Olgu Sunumu

Seçil Arıca[1], Ensar Duras[2], Mehmet Ziya Gençer[3], Vefik Arıca[4], Mehmet Taşkın Egici[5]
[1]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]Ankara İli Çankaya Toplum Sağlığı Merkezi, Ankara
[4]Yeniyüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[5]İstanbul İli Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Eritema nodozum genellikle dizaltında bacak ön yüzünde, daha az sıklıkla kollar ve vücutta yerleşim gösteren basmakla ağrılı, kırmızı, simetrik ve sıcak nodüllerdir. Eritema nodozum çocuklarda erişkinlere kıyasla daha az sıklıkta izlenirken mycoplasma pneumoniae sonrası gelişimi literatürde oldukça nadirdir. Biz bu çalışmamızda, aile hekimliği polikliniğine subfebril ateş, öksürük ve eritema nodozum lezyonları ile başvuran bir hastaya yaklaşımı ele alacağız.

OLGU: 8yaşında, erkek 11gün önce başlayan subfebril ateş, halsizlik, öksürük başlamış. 3 gün önce ise bacaklarında ağrı ile birlikte tibial bölgenin ön yüzüne doğru yayılım gösteren önce kırmızı, sonra rengi giderek koyulaşan döküntüler olması nedeniyle hastanemize başvurmuştur. Hastanın fizik muayenesinde Hastanın akciğer oskültasyonunda bilateral yaygın raller tespit edildi. PA Akciğer grafisinde bronşial dallanma artışı ve bronkovasküler dolgunluk izlendi. Hastanın anterior tibial bölgelerinde, bilateral ve simetrik yerleşimli, ciltten kabarık, en büyüğü 5x5 cm olan, üzerinde ısı artışı tespit edilen, yuvarlak lezyonlar izlendi. Bu lezyonlar eritema nodozum olarak değerlendirildi. Hastadan eritema nodozumun sebebini araştırmak amacıyla tahliller istendi. sedimentasyon hızı:88 mm/h, CRP 10,23mg/dL olarak saptandı. Hemogramda Hgb:13,4 g/dL, Hct:%39,4, WBC:13,750/mm3, RBC:4710000/mm3, PLT:340000/mm3 bulundu. Kan biyokimyasında; AST:20mg/dL, ALT:15mg/dL, GGT:41mg dL, total bilirubin 0,4mg/dL, direkt bilirubin:0,2mg/dL, kan kalsiyumu: 9,4 mg/dL, protrombin zamanı:12,4 sn, INR:1,1 saptandı. Rutin idrar tahlili olağandı. ASO, romatoid faktör, anti nükleer antikor, Tüberkülin deri testi, Quantiferon testi ve Salmonella aglütinasyon testleri negatif olarak bulundu. Hastaya 20mg/kg/gün ibuprofen ve 15mg/kg/gün klaritromisin po başlandı, lezyonlarına sıcak pansuman uygulandı. Olası mikoplazma enfeksiyonu açısından alınan anti-mycoplasma pneumoniae IgM antikoru pozitif olarak saptandı. Hastanın 4 gün sonraki kontrolünde döküntü, ateş yüksekliği ve oskültasyon bulgularının gerilediği saptanmıştır. Hasta tedaviden dramatik yanıt almış olup sonraki kontrollerinde tamamen iyileştiği izlenmiştir.

SONUÇ: Bu hastamız DA semptomları, bulguları ve etiyolojik faktörleri kapsamlı şekilde gözden geçirİLEREK değerlendirilmiş ve mevcut semptom ve bulguları dahilinde uygun bir tedavi başlanmış olup ayırıcı tanılar için istenilen tahlil ve tetkiklerin sonucu çıkmadan hastanın semptom ve bulguları gerilemeye başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı, Eritema Nodozum, Mycoplasma Pneumoniae

PP-067

Solunum Yolu Enfeksiyonu Bulguları İle Başvuran 2 Yaş Altı Çocuklarda Respiratuvar Sinsitial Virus (RSV) Enfeksiyonu Epidemiyolojisi

Miray Karakoyun[1], Kamil Şahin[1], Murat Elevli[1], Derya Büyükkayhan[2], Hatice Nilgün Selçuk Duru[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Medeniyet Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: RSV 2 yaş altı süt çocuklarında en önemli alt solunum yolu etkenidir. Özellikle altı aydan küçük süt çocuklarını, prematüreleri, doğumsal kalp hastalığı olanları ve immun sistem hastalığı olan çocukları etkilemektedir. Çalışmamızda klinik olarak alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı konulan 0-2 yaş grubundaki hastaların, RSV sıklığının ve klinik özelliklerinin araştırılması için, Eylül 2010 ve ocak 2011 tarihleri arasında Haseki Eğitim Araştırma hastanesi çocuk acil servisinde alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı konulan ve yatırılarak ya da ayaktan tedavi edilen hastalarda nazofaringeal sürüntüde RSV sıklığı ve klinik özelliklerinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Eylül 2010 ile ocak 2011 tarihleri arasında Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk acile başvurup yatırılan veya ayaktan tedavi edilen klinik olarak alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı almış 2 yaş altı 100 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalardan nazofaringeal sürüntü örneği alınarak RSV respi-strip hızlı tanı kiti ile RSV antijeni tarandı. Bulgular istatistiksel yöntemler ile değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalarımızda RSV sıklığı % 63 oranında saptandı. RSV antijeni pozitif saptanan çocukların beslenme ve bakım şekilleri, kardeş sayısı, gelir düzeyi, doğumsal kalp hastalığı, ailede astım öyküsü, evde sigara içilmesi, yoğun bakım yatışı, ventilatörde kalmış olmak ve surfaktan tedavisi görmüş olmak arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0,05$). Ancak RSV pozitifliği ile bulguların başlama zamanı, CRP pozitifliği, ateş, öksürük, burun akıntısı, evdeki kişi sayısı, oda sayısı, gelir düzeyi arasında anlamlı bir fark bulunamadı ($p>0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Alınan örneklerde en sık RSV (+) liği % 72,4 ile ekim ayında ve % 66,7 oranında kasım ayında saptandı. Doğumsal kalp hastalığı olması, yoğun bakımda destek tedavisi alma, surfaktan alma, ailede astım, ailede alerji ve sigara öyküsü RSV enfeksiyonu riskini arttırmaktadır. Hasta grubumuzun sosyoekonomik düzeyinin düşük olması nedeni ile, RSV enfeksiyonu sıklığı diğer çalışmalardan daha yüksek bulunmuştur. İki yaş altında alt solunum yolu enfeksiyonu bulguları ile başvuran hastalarda RSV antijenine bakılmasının izlem ve tedavi de yararlı olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Respiratuvar sinsitial virus, solunum yolu enfeksiyonu, çocuk

PP-068

Myokardit ve Ensefalit Kliniği ile Başvuran Parainfluenza Olgusu

Yasin Yıldız[1], Gulsum Buse Turkmen[1], Denizhan Bagrul[2], Tuğba Calapoğlu[1], Tugba Bayraktar Aydın[1], Semiha Cakmak[1]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Rize
[2]Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Rize

GİRİŞ: Parainfluenza virüs çocuklarda sıkça görülen respiratuar enfeksiyonların sebeplerindendir. Nadiren respiratuar organlar dışında da enfeksiyon geliştirebileceği görülmüştür. Olgumuzda multiorgan yetmezliğine giden, eksitus ile sonuçlanan parainfluenza enfeksiyonuna değinilmiştir.

OLGU: 3 yaşında erkek hastanın birkaç gündür üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları mevcutmuş. Hasta tarafımıza solunum sıkıntısı ve nöbet ile sevk edildi. Hastanın bilinci kapalı, SpO2%40, TA: 154/98mmHg, Nbz:198/dk, subfebril ateşli, nöbeti devam ediyordu. Dormicum ile nöbeti durmayan hastaya fenitoin yüklemesi yapıldı ve hasta entübe edildi. Genel anestezi altında Yoğun Bakım Servisine yatırıldı. Hastanın dinlemekle ronküs ve sekretuar kaba rali mevcuttu. Nörolojik muayenesinde ağrılı uyarana flexör cevap veriyor ve pupiller fiks dilate idi. Hastanın gelişinde WBC:35040/µL, Hb:14.1g/dL, Plt:354000/µL, CRP:7.13mg/L; Üre:71 mg/dL, Cr:1.02 mg/dL, ALT:204 U/L, AST:351 U/L, LDH: 1150, Na:161mmol/L, Cl:130mmol/L, CPK:2041U/L, DDIMER:3580µg/L idi. EKO'da sol ventrikül dilate, EF:%45, 3. Derece MY olması ve Troponin:15.65, CK-MB:54.42 gelmesi nedeni ile myokardit tanısı koyuldu. Menenjit?/ensefalit? ön tanısı ile yapılan kontrastlı MR incelemesinde her iki serebral hemisferde gri beyaz cevher bileşkelerinde daha belirgin olan giral tarzda kontrastlanma alanları izlendi ve anlamlı bulundu. Renal Doppler USG incelemesinde her iki böbrek RI değerleri fizyolojik limitlerin üzerindeydi. Dolaşım kollapsına yorumlandı. Hasta yatışının ikinci gününde Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde ex olmuştur. Alınan solunum viral panelinde *Parainfluenza* üremiştir.

TARTIŞMA: Parainfluenza çocuklarda respiratuar nedenli hastaneye yatış sebeplerinden ikinci sıradadır. Extrapulmoner semptomlar nadiren görülür. Parainfluenza-2 havayolu semptomlarının dışında da sistemik immünolojik yanıtla ağır akut ensefalopatiye yol açabilir. Akut ve Kronik dilate kardiyomyopatide major sebep, viral ve postviral enfeksiyonlardır. Hastamızda ensefalit, myokardit, konvüzyon görülmüş olup genel durum bozukluğu, metabolik asidoz mevcuttu. Hastamızın solunum süründüsünde parainfluenza ürerken, kan kültüründe üreme olmadı. Literatürde parainfluenza viremisi nedeniyle myokardit gelişmiş hastalarda intravenoz ribavirin ve ivig tedavisi ile iyileşen vakalar görülmüştür. Nadir de olsa üst solunum yolu enfeksiyonu ile başlayıp multiorgan yetmezliklerine ilerleyen durumlar viral enfesiyonlarla beraber görülebilir. Bu konuda dikkatli olunup parainfluenza virusu akılda tutmanın gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: ensefalit, konvülziyon, myokardit, parainfluenza, ribavirin,

PP-069

Akut Böbrek Yetmezliği Kliniği İle Başvuran Toplum Kaynaklı Metisilin Rezistant Staphylococcus Aureus'a Bağlı Ağır Sepsisi Olgusu

Adem Yaşar, Allahverdi Sadigov, Filiz Tubaş, Esra Domur, Fatma İnci Arıkan
Bozok Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

Staphylococcus aureus (SA) basit bir cilt enfeksiyonundan ölümcül enfeksiyonlara kadar birçok kliniğe sebep olabilir. Metisilin-rezistant SA (MRSA) ise genellikle hastane enfeksiyonudur ve önemli bir morbidite-mortalite sebebidir. MRSA daha nadir olarak toplum kaynaklıda olabilmektedir. Başlangıç virulansa ve konak faktörlerine bağlı olarak bazen çok hızlı olabilmektedir. Bu sunumuzda daha önce sağlıklı olan, hastane yatışı olmayan vakanın çok hızlı şekilde ağır sepsise girmesi ve erken tanı-uygun tedavi ile sekelsiz olarak iyileşmesi nedeniyle sunulmuştur.

VAKA: 11 yaş kız hasta, 12 saat önce başlayan ishal ve ateş şikayeti başvurdu. İshal 3 kez olmuş kansız-mukussuz, kusma olmamış, ishalden 4-5 saat sonra başlayan >38,5ºc üzeri ateş olmuş. FM'de ağırlık-boy:90-95p, uykuya meyilli, TA:100/70mm/Hg, ateş:38,7ºc, KTA:106/dk, SS:18/dk, KDZ:3 sn, turgor hafif azalmış, diğer sistemlerde patoloji saptanmadı. Laboratuarda; Hb:13,8g/dl, MCV:86,2fl, Plt:176.000K/uL, WBC:10030K/uL, Neu:%94,2, Lym:%3 Üre:115,56mg/dL, BUN:54mg/dl, Kreatinin:1,96mg/dl, T.Bil:1,1mg/dl D.Bil:0,5mg/dl, T.Prot:6g/dl, Alb:3,5g/dl, Na:129meq/l, K:3,6meq/l, AST:121IU/l, ALT:88IU/L, CRP:192,11mg/L(N:0-10), Procalcitonin:22Ng/Ml, pH:7.357, pco2:33,9, HCO3:18,9, Laktat:1,64, BE:-6,0,TİT;pH:5.0, Dansite:1025, Protein-Eritrosit:-, Lokosit:12, Keton:(-), Gaita:Eritrosit-lökosit:(-). Gastroenterite, dehidratasyon öntanısı ile 20cc/kg/doz SF yüklemesi başlandı, idrar çıkışı olmadı 2. Doz yükleme başlandı ve 50 cc idrar çıkışı oldu. Tetkiklerde üre-kreatinin yüksekliği saptandı akut böbrek yetmezliği düşünüldü, etyoloji araştırılır iken çıkan akut faz reaktanlarında ciddi yükseklik saptandı, klinik bulgularla ağır sepsis tanısı ve sepsise sekonder ABY düşünüldü. Akut başlangıç nedeniyle etken olarak SA düşünüldü ve tedavi başlandı. çocuk yoğun bakıma devir edildi. Hemokültürde MRSA üredi. Tedavi sonrası sekelsiz taburcu edildi.

TARTIŞMA: Ağır Sepsis, sepsise doku-organ perfuzyon bozukluğunun eşlik etmesidir. Etiyoloji, yaş, enfeksiyonun kaynağı, immünite, enfeksiyonun yeri ve altta yatan hastalığa göre değişkenlik gösterir. Çocuklarda toplum kaynaklı sepsisin en sık etkenleri S.pneumoniae, H.influenzae-tipB, N.meningitidis'dir. S. aureus, streptokoklar ve Salmonella sepsisin daha nadir etkenlerindendir. Sonuçta hangi etkene bağlı olursa olsun, Sepsis çocukluk çağında ciddi bir mortalite-morbidite sebebidir. Sepsis, septik şok, ağır sepsis tanı kriterleri ve klinik özelliklerinin iyi bilinmesi, erken ve uygun tedavi ile mortalite ve morbiditenin önlenmesinde çok önemlidir. 11

Anahtar Kelimeler: ağır sepsis, MRSA, Böbrek yetmezliği

PP-072

Veziküler Döküntü İle Beraber Yenidoğan Sepsisi; Neonatal Herpes Enfeksiyonu

Hüseyin Samet Özçelik[1], Celil Uysal[1], Beyza Özcan[2], Derya Arslan[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Konya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonataloji Bölümü, Konya
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Kardiyoloji Bölümü, Konya

AMAÇ: HSV-2 Virüsü genital herpes etkenidir. Doğum kanalından edinildiğinde yenidoğanlarda perinatal enfeksiyona neden olabilir. Ülkemizde doğurganlık çağındaki kadınlarda HSV-2 seropozitifliği %7.7-18.6 olarak saptanmıştır. Ölü ve anomalili bebek doğuran kadınlarda HSV-2 IgM seropozitifliği ise %24.2 olarak saptanmıştır. HSV-2 yaklaşık %90 doğum sırasında ve %5-8 gebelik esnasında anneden bebeğe geçmektedir. Yenidoğanda HSV enfeksiyonu asemptomatikten, cilt, ağız ve göz tutulumu, SSS tutulumu ve sistemik enfeksiyona kadar değişen klinik tablolara neden olmaktadır. Neonatal herpes enfeksiyonu sıklığı ise 1/3200-10000 kadardır. Sitolojik inceleme, doku kültürü, seroloji ve PCR ile tanı konulmaktadır. Tedavide asiklovir kullanılır.

OLGU: 30 yaşındaki bir haftalık EMR öyküsü olan annenin G4P4Y4 32 haftalık olarak NSVY ile 1600 gr doğan kız bebek prematürite ve RDS tanıları ile yatırıldı. Hastaya surfaktan uygulandı, antibiyotik, TPN ve minimal enteral beslenme başlandı. Yatışında lökopenik olan ve kötü kokan hasta koryaamnionitli anne bebeği olarak kabul edildi. Postnatal 14. günde genel durumu bozulan hasta entübe edildi. Laboratuarında; beyaz küre:1710/ mm^3 ANS:50/mm^3 Hb:14,3 gr/dl Plt:184000/ mm^3 olarak ve akut fazlarda yükselme, karaciğer ve böbrek fonksiyonlarında bozulma saptandı. Nazakomiyal sepsis düşünülerek hastaya vankomisin ve meropenem tedavisi başlandı. Bir gün sonra hastanın gövdesinde veziküler döküntü gelişti, HSV enfeksiyonu düşünülerek tedaviye asiklovir eklendi. Annenin genital muayenesi normaldi, ancak gönderilen HSV tip-2 Ig-M pozitif saptandı. Hastanın kan ve BOS HSV-2 PCR' ı pozitif saptandı. Asiklovir tedavisinin 5. gününde genel durumunda düzelme gözlendi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normale döndü. Kan ve BOS PCR negatifleşinceye kadar asiklovir tedavisine devam edildi. Hasta postnatal 68. günde nazakomiyal sepsis nedeniyle kaybedildi.

SONUÇ: Toplumumuzdaki seropozitiflik göz önüne alındığında neonatal herpes yenidoğan morbidite ve mortalitesini olumsuz etkileyen önemli bir sağlık problemidir. Veziküler döküntünün eşlik ettiği neonatal sepsis tablolarında HSV enfeksiyonu öncelikle akla gelmelidir. Gebelik esnasında da anne adayları HSV açısından dikkatle değerlendirilmedir.

Anahtar Kelimeler: herpes simpleks tip-2, neonatal herpes, veziküler döküntü, yenidoğan sepsisi

PP-073

Akut Batın Tablosuyla Başvuran Lober Pnömoni Olgusu

Kamil Şahin, Sevim Atakan, Özlem Akgün, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Karın ağrısı, karın içi veya diğer sistemler ile ilgili bir çok hastalığın en sık görülen bulgularındandır. Karın içi organlarda aniden ortaya çıkan ve travmatik olmayan durumlara akut batın denmektedir. Lober pnömoniler de, bazen sadece ateş ve karın ağrısı ile başvurup, akut batın ayırıcı tanısında yer almaktadır. Biz de konuya dikkat çekmek amacıyla 16 yaşında sağ alt lob pnömonisi olan ve karın ağrısı ile başvuran bir hastayı sunmaktayız.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta karın ağrısı nedeniyle çocuk acil servisimize başvurdu. Öyküsünde karın ağrısının 3 gündür olduğu, ateşinin hafif olduğu öğrenildi. Fizik muayenede 37,8 derece aksiller ateşi olan hastanın karın muayenesinde defans ve rebound saptanması üzerine akut batın olarak değerlendirildi. Hastanın muayenesinde solunumu rahat dinlemekle sağ akciğerde krepitan ralleri duyulmaktaydı. Karın muayenesinde batın sert ağrılı defans ve rebound pozitif alınmaktaydı. Yapılan tetkiklerinde lökosit sayısı:13.940/mm3, CRP:405 mg/, diğer laboratuar tetkikleri normaldi, akciğer grafisinde sağ alt lobu tamamen tutan lober pnömoni tespit edildi. Batın ultrasonu ve çocuk cerrahi konsultasyonunda akut batın ekarte edilemediğinden üst ve alt abdomen tomografisi çekildi. Akut batın olmadığı ve sadece lober pnömoniye bağlı defans ve rebound olduğu kanaatine varıldı. İntravenöz antibiyotik tedavisi ile hastanın pnömonisi düzeldi ve hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Akut batın kliniği ile acil servise başvuran çocuklarda tanı koyma aşamasında problemler yaşanabilmektedir. Akut batının cerrahi olmayan nedenleri arasında akut gastroenterit, mezenter lenfadenit,idrar yolu enfeksiyonu, diyabetik ketoasidoz yanında lober pnömoni de olabilmektedir. Nitekim bizim hastamızda da defans ve rebound ile birlikte akut batından ayıramadığımız bir tablo mevcuttu. Literatürde benzer vakalar bulunmaktadır. Bu durum T9 dermatomunun batın ve akciğerler tarafından paylaşıldığı için lober pnömonilerde yansıyan ağrı olarak karın ağrısı görülmesine bağlanmaktadır. Olgumuzda olduğu gibi lober pnömonilerde tek bulgu karın ağrısı olabilmektedir. Akut batın olarak başvuran tüm hastalarda alt lober pnömoni akılda tutulup akciğer grafisi çekilmelidir.

Anahtar Kelimeler: lober pnömoni, akut batın, çocuk

PP-074

Çocukluk Çağında Dissemine Zona- Olgu Sunumu

Yağmur Gökseven[1], Dilek Toprak[1], Nazan Dalgıç[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Herpes zoster, dorsal kök ganglionlarında latent kalan Varisella zoster virüsün (VZV) reaktivasyonu sonucu bulunduğu ganglionun inervasyon bölgesine uyan dermatomda görülen çoğunlukla tek taraflı, eritemli yüzeyde hassas grube veziküler ve papüller lezyonlardan oluşan klinik bir tablodur. Risk faktörü olmayan sağlıklı çocuklarda nadir görülmesinden dolayı bu olgu sunulmuştur.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta 5 gün önce başlayan, gittikçe artan sağ üst göğüs, sağ üst sırt ve sağ alt kol boyunca uzanan ağrı ve kabarık sulu lezyonlar nedeniyle başvurdu. Genel durumu orta-stabil, ateşi 38.7°C idi. Özellikle sağ üst göğüsdeki lezyonların içinde koyu yeşil püy mevcuttu. Hastanın C8-T1 dermatomal bölgelerdeki veziküler lezyonlarının dışında karın, sol kol ve göğsün geri kalan bölgelerinde de sayıları 20 den fazla olan, grup özelliği göstermeyen veziküler lezyonları mevcuttu. Kan tetkiklerinde hafif AST ve ALT artışı dışında anormal bulgusu yoktu. Hastaya anamnezi ve klinik bulguları ışığında Dissemine Zona tanısı konuldu. Tedavisinde intravenöz Asiklovir ile sekonder cilt enfeksiyonu için intravenöz Sefazolin tedavileri uygulandı. Tüm lezyonları 15 günde gerileyen hasta tam şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Vakamızda 15 yaşında, herhangi immunsupresif bir risk faktörü olmayan hastada Dissemine Zona gelişmiştir. Zona, primer varisella enfeksiyonu sonrası duyusal ganglionlarda latent kalan virüsün, çoğunlukla konak direncinin düşmesine bağlı olarak, reaktivasyonu sonucu oluşur. Genelde bir veya daha az sıklıkla iki komşu dermatomda kendini gösteren döküntülü bir hastalıktır. En sık görülen semptom kaşıntı ve ağrıdır. Hastaların %5'inde Grup A Streptkoklar veya Staf Aureusla oluşabilecek sekonder bakteriyel enfeksiyonlar gelişir. En sık torakal bölgeyi tutar. Hastalığın süresini kısaltmak ve şiddetini azaltmak amacıyla asiklovir kullanılabilir. Antiviral tedavi ilk 72 saat içinde başlarsa, hastalığın süresini ve post herpetik nevralji gelişme olasılığını azaltmakta daha etkindir. Vakamızın Dissemine Zona tanısı sebebiyle gerekli intravenöz tedavisi düzenlenmiştir. Sonuç olarak immunsuprese çocuklar daha fazla risk altında olsa da, her yaştaki çocukta Dissemine Zona gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: adölesan, dissemine, herpes zoster, immunkompetan

PP-075

Retrofarengeal Abse

Hakan Birinci, Özlem Akgün, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Retrofaringeal apse arka farenks duvarı ile paravertebral fasiya arasındaki lenf bezlerinin,akut enfeksiyonudur.Bu lenf bezleri 3-4 yaşlarından sonra atrofiye uğradıkları için büyük çocuklarda görülmemektedir. Retrofarigeal apse etkenleri polimikrobiyaldir. Sıklıkla stafilokoklar, agbhs,anaerob orofarengeal bakteriler sebep olmaktadır. En sık başvuru şekli ateş yüksekliği ve boyunda şişlik olarak bildirilmiştir.

OLGU: 8 yaşında kız hasta 2 gündür mevcut boyun ağrısı, baş ağrısı, kusma şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Yapılan muayenesinde boynunda şişlik mevcut, orofarinks hiperemik,solunum sesleri doğal,sağ kulak timpanik membran hiperemik, meningeal irritasyon bulgusu yok,kardiyovasküler sistem muayenesi doğaldı. Tetkiklerinde wbc:22.61/µ, neu:%79.4,lym:%11.2 hb:12.1 g/dl, hct:36.6, crp:293.1 mg/dl olarak saptandı. Baş ağrısı ve kusması olan hastanın beyin Bt si çekildi.Bt sonucu beyin cerrahisine konsulte edilen hasta için acil cerrahi patoloji düşünülmedi. Acilde çekilen boyun usgde solid-kistik kitlesel lezyon ya da abse lehine bulgu saptanmadı. Her iki tarafta en büyüğü sağda 21*10 mm boyutunda olmak üzere birkaç adet reaktif lenf nodu izlendi. Otitits mediası mevcut hasta kafasının sağ tarafında kulak arkası ağrı tarif etmesi üzerine mastoidit şüphesiyle kbbye konsulte edildi. Kbb tarafından değerlendirilen hastanın sağ otoskobik muayenesinde timpanik membran hiperemikve matlaşmış, sağ servikal bölge diffüz şişmiş ve hassas olduğu kranial btde mastoid sellüler havalı ve açık görünümde değerlendirild, mastoidit düşünülmedi. Hasta ampisilin-sulbaktam,klindamisin antibiyoterapisi başlanarak interne edildi. Hastanın elektif şartlarda tekrar çekilen usgde bilateral infraaurikuler,posterior servikal lojlarda,juguler zincirde multipl lenf nodülleri mevcut ve sağda lenf nodüllerine komşu yumuşak dokularda kalınlık,ekojenite artışı mevcut (selülit?,derin boyun enfeksiyonu?). apse saptanamadı. Bunun üzerine hastaya kontrastlı boyun mr çekildi.Sağda retrofarengeal alanda 24*12*30 mm boyutlarında difuzyon kısıtlaması gösteren lezyon dikkati çekmektedir ve apseyi düşündürmektedir. Kbb tarafından değerlendirilen hasta mevcut antibiyoterapisi ile şikayeti gerilemesi üzerine drenaj ihtiyacı görülmedi ve antibiyoterapi devamı uygun görüldü. Vakamız mevcut şikayetleri ile öncelikle kranial patolojiyi düşündürmektedir.Fakat yapılan boyun mr sonucu tanıya gidilmiştir. Retrofarengeal apse 3-4 yaşından sonra görülme oranı çok az olmasına rağmen vakamız 8 yaşında olması ile atipik özellik göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: retrofaringial apse, atipik yaş, boyun mr

PP-076

Nötropeni Sebebi Parvovirüs B19 Mu Metimazol Mü?

Hatice Sarıdemir[1], Merve İşeri Nepesov[2], Ömer Kılıç[2], Yeter Düzenli Kar[3], Zeynep Canan Özdemir[3], Meltem Ayata Dinleyici[4]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Eskişehir
[3]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı, Eskişehir
[4]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ: İlk olarak eritema infeksiyozum (beşinci hastalık) etkeni olarak tanımlanan parvovirus B 19'un sadece insanları enfekte ettiği bilinmektedir. Çocukluk çağında sıklıkla eritema infeksiyozum, poliartropati ve geçici aplastik kriz tablosuna yol açmakla beraber nadiren hepatit, otoimmün trombositopeni, nötropeni, miyozit ve parotit etkeni olabilmektedir. Metamizol kullanımı sonrası makülopapüler döküntü ve nötropeni nedeniyle takip edilen; serumda parvovirus B19 IgM pozitif saptanan 12 yaşındaki olgu, nötropeni etyolojisinde metamizol ve parvovirüs B19'un birlikte etkili olabileceğine dikkat çekmek için sunuldu.

OLGU: 12 yaşında erkek hastaya bir hafta önce ateş şikayetiyle başvurduğu bir sağlık kuruluşunda metamizol verilmiş. Ateşinin başlangıcından 5 gün sonra tüm vücutta basmakla solan kaşıntısız döküntü şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sağ submandibuler bölgede 2x2 cm, sol ön servikal bölgede 1x1 cm, hareketli lenf nodu palpe edildi. Sert damakta peteşiyal döküntü, her iki tonsil üzerinde eksüda vardı. Özellikle yanaklarda olmak üzere tüm vücudunda, her iki kol ve bacakta makülopapüler döküntü gözlendi. Traube kapalı, karaciğer 2 cm palpabl idi. Hemogramında beyaz küre 1000/mm^3, mutlak nötrofil sayısı 0/mm^3, mutlak lenfosit sayısı 1000/mm^3 saptanması üzerine febril nötropeni kabul edilerek seftazidim ve amikasin tedavileri başlandı. Lökopeni nedeniyle yapılan kemik iliği incelemesinde atipik hücre görülmedi. Yatışının üçüncü gününde mutlak nötrofil sayısı 0/mm^3 olması üzerine 5 mcg/kg/gün filgrastim tedavisi başlandı. Yatışının beşinci gününde bakılan hemogramda mutlak nötrofil sayısı 2200/mm^3 saptandı. Ateşi yatışının yedinci gününe kadar devam etti. Makülopapüler döküntüye nötropeninin eşlik etmesi üzerine Epstein Barr Virüs, Sitomegalovirüs, parvovirus B19 serolojisi gönderildi ve parvovirus B19 Ig M pozitif saptandı.

SONUÇ: Parvovirus B 19 çoğunlukla çocukluk çağında selim seyirli bir hastalık etkeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Hastamızda mevcut enfeksiyon tablosuna nötropeninin eşlik etmesi nedeniyle nötropeninin parvovirüs B19'a bağlı olabileceği düşünüldü. Ancak çocuklarda ilaca bağlı nötropeninin önemli bir sebebi olan metamizol kullanımının nötropeni gelişimine katkısı olduğu düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: metimazol, nötropeni, parvovirus

PP-077

Roseola İnfantum Vakalarının Demografik ve Laboratuar Değerleri Açısından Değerlendirilmesi

Zafer Bıçakçı, Muhammed Hafit Arvas, Canozan Biçer, Ahsen Akay, Sefer Üstebay, Döndü Ülker Üstebay
Kafkas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Kars

Bu çalışmanın amacı; 2012-2016 yılları arasında yüksek ateş/döküntü nedeniyle polikliniğimize başvuran klinik olarak roseola infantum tanısı konan 46 hastanın demografik ve laboratuar bulgularından edinilen deneyimi paylaşmaktır. Klinik olarak roseola infantum tanısı konan 41 hastanın laboratuar ve demografik bulguları değerlendirildi. Hastalığın tanısı ateş ve döküntüye neden olabilecek diğer hastalıkların ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra, "üç günden beri devam eden yüksek ateş, toksik olmayan 10 aylık bir bebeğin gövdesinde makülopapüler döküntü" olması roseola infantum olarak değerlendirildi. Nötrofil sayısı 0-500 ise ağır, 500-1000 ise orta, 1000-1500 ise hafif nötropeni olarak değerlendirildi. Hastaların 25 (%54,3) kız, 21 (%45,7) erkek, yaş ortalaması 11,5±7,02 (3-36 ay) ve başlangıç pik yaşı 9-11 ay idi. Hastaların %76'sı (35/46) bir yaşın altında idi. Hastalık tüm yıl boyunca görülmekle birlikte en az Eylül ve Ekim ayında, en çok Aralık ayında gözlendi. Hastaların sırasıyla ortalama Hb11,8±0,97 g/L, HCT %35,0±3,2, MCV 73,7±5,10fL, trombosit sayısı 299±128,8x109/L, lökosit sayısı 7,5±2,8x109/L, nötrofil sayısı 1,7±1,30x109/L, lenfosit sayısı 5,0±2,2x109/L, ortalama C-reaktif protein değeri 4,0±4,5 mg/L, AST 50±14,8 U/L, ALT 24±10,7 U/L, LDH 385±96,6 U/L olarak bulundu. Hastaların %57.5'inde nötropeni (%10 ağır, % 35 orta ve %12.5 hafif) vardı. Ortalama lenfosit/nötrofil oranı 2,94 (rölatif lenfositoz) olarak hesaplandı. Hastaların hiç birinde nötropeniye sekonder enfeksiyon ve febril konvülzyon gözlenmedi. Sonuç olarak, nötropeni, relatif lenfositoz, hafif AST yüksekliği ve CRP negatifliği saptanan üç yaşın altındaki çocuklarda (özellikle bir yaşı altıdaki bebeklerde) kaynağı saptanamayan ateş nedeni olarak roseola infatum da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, C-reaktif protein, geçici nötropeni, relatif lenfositoz, roseola infantum

PP-078

Su Çiçeğine Bağlı Ağır Seyirli Bir Serebellar Ataksi Olgusu

Emine Olcay Yasa, Mehmet Baki Şenyürek, Cansu Atmaca Serindağ, Abdullah Erdem Arıkan
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Akut serebellar ataksi, ani başlangıçlı yürüyüş bozukluğuyla karakterize klinik bir tablodur. Nistagmus, düzensiz veya kelimeleri yutarak konuşma, kusma, irritabilite, dizartri ve baş ağrısı görülebilir. Çoğu vaka 1-3 yaş veya okul çağında görülür. Sağlıklı çocuklarda sıklıkla post-enfeksiyöz nedenlere bağlı olarak ortaya çıkan ve prognozu iyi olan bir hastalıktır. Enfeksiyöz etkenler içerisinde Varisella-zoster tek başına en sık ajan olmakla beraber diğer viruslar, mycoplasma pnemonia, sıtma, Lyme hastalığı, tifo da etken olabilmektedir. Bu olguyu su çiçeği enfeksiyonu sonrası serebellar bulguların ağır seyredebileceğini vurgulamak amacıyla sunduk.

OLGU: 6 yaşında erkek hasta, 1 gün önce başlayan ateş, kusma, baş ağrısı ve dengesiz yürüme şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 6 gün önce veziküler döküntülerinin başladığı ve sınıfında benzer döküntülü çocukların olduğu ifade edildi. Muayenesinde 2-3 adet veziküler ve yer yer krutlu döküntüleri mevcut. Ateşi 38 derece idi. Nörolojik muayenesinde letarjik, uykuya eğilimli, meningeal irritasyon bulgusu yok, DTR'leri aktif, babinski negatif, ataksisi belirgin, disdiadokokinezisi var, parmak burun testi bozuktu. Hemogram, CRP ve rutin biyokimyasal tetkiklerinde özellik yoktu, VZV IgM pozitif, IgG negatifti. Yatışında IV asiklovir tedavisi başlanılan hastanın uykuya eğiliminin ve kusmasının devam etmesi nedeniyle serebellumu görüntülemek ve ayırıcı tanıdaki hastalıklar açısından beyin MR çekildi, normal saptandı. Tedavisinin 2. haftasında klinik bulguların gerilememesi üzerine çocuk nöroloji ile konsulte edilerek hastaya 2 gün 1 gr/kg IVIG verildi. IVIG sonrasında hastanın genel durumu ve serebellar bulguları belirgin düzeldi. Asiklovir tedavisi 2 haftaya tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Ani başlangıçlı atakside akut serebellar ataksiden şüphelenilmeli, prodromal hastalık sorgulanmalı; akut ataksininin diğer sebepleri (toksik maddeler, kafa travması, santral sinir sistemi enfeksiyonları ve beyin lezyonları) dışlanmalı ve ateşli-döküntülü bir hastalık sonrası gelişiyorsa akla gelen viral etkenlerin başında Varicella-zoster gelmelidir. Su çiçeğine bağlı serebellar ataksi selim seyirli olmasına karşın olgumuzda olduğu gibi ağır seyrederek yavaş düzelme gösterebilir, bu nedenle ülkemizde rutinde tek doz uygulanan aşılamanın 2. dozunun gerekliliğini de vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: akut, ataksi, serebellar, su-çiçeği, varicella-zoster

PP-079

14 Yaşında Bir Çocukta Akut Pnomoni ve Akut Apandisit Birlikteliği

Pınar Bütün, Kübra Karanis, Fatma Beşiroğlu Çetin, Berna Hamilçıkan, Soner Sazak, Doğakan Yiğit, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Pnömoni; ateş solunumsal belirtiler ve parankimal tutulumun fizik muayene ve/veya göğüs radyografi bulguları ile tanımlandığı klinik bir tablodur. Apandisit apendiksin lümeninin tıkanmasına bağlı olarak gelişen inflamasyonudur. En iç tabakadan yani mukozadan başlar ve apendiks duvarı boyunca yayılır. Genellikle hastalar sağ alt kadran ağrısı, bulantı, kusma ve iştah kaybı ile başvurur. En sık akut karın yapan hastalıktır. Tedavi edilmezse önce gangren sonra perforasyon gelişir. Görüntüleme yöntemlerin gelişmesine rağmen, tanısı hala klinik olarak yani muayeneye dayalı olarak konur. Burada, pnömoni ve akut apandisit tanısı alan 14 yaşında kız hasta sunulmuştur.

OLGU: 14 yaşında kız hasta başvurusundan iki gün önce başlayan bulantı, karın ağrısı, öksürük şikayetleri ile çocuk acil kliniğimize başvurdu. Fizik incelemesinde sağ akciğer solunum seslerinde azalma ve yaygın krepitan raller duyulması üzerine çekilen akciğer grafisinde lober infiltrasyon saptanması üzerine lober pnömoni tanısı ile servise yatırıldı.Takibinde karın ağrısı artan batın muayenesinde defans ve rebound saptanan hastanın çekilen batın usg'sinde sağ alt kadranda 11mm çaplı komprese olmayan tubuler aperistaltik intestinal segment görülerek, sonografik olarak akut apandisit ile uyumlu bulundu. Çocuk cerrahiye danışılan hastanın çekilen karın tomografisi sonrası akut apandisit tanısı ile yatışının üçüncü günü hasta opere edildi.

SONUÇ: Çocuklarda özellikle sağ alt lob pnömonilerinde karın ağrısı sık görülen bir bulgudur. Aynı anda pnömoni ve akut apandisit birlikteliği nadir olarak görülüyor olmasına rağmen, geçmeyen ve şiddetli karın ağrısında akut batın olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, pnömoni, apandisit

PP-080

Tüberküloz Lenfadenit Olgu Sunumu

Özlem Öz[1], Betül Orhaner[2], Bahar Kuru[1], Eren Çağan[3], Ayşe Ören[1], Murat Tutanç[1]
[1]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Bursa
[2]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, Bursa
[3]Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, Bursa

GİRİŞ: Tüm dünyada AİDS'den sonra bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan en sık ölüm sebebi tüberkülozdur. Dünya nüfusunun %19-43'ünün tüberküloz etkeni olan *Mycobacterium tuberculosis* basili ile enfekte olduğu tahmin edilmektedir. Tüm tüberküloz olgularının %80' i akciğer, %20'si başta lenf bezi ve plevra olmak üzere akciğer dışı tüberkülozdur.

OLGU: Sekiz yaşında kız hasta, boyunda şişlik nedeniyle dış merkeze başvurmuştur. Öyküsünde ek şikayeti ve özelliği olmayan hastaya oral antibiyotik tedavisi düzenlenmiş. Takibinde bulgularının devam etmesi üzerine tarafımıza sevk edilmiştir. Fizik muayenesinde sağ posterior servikalde en büyüğü 5x5 cm boyutunda multiple lenf nodu saptanıp, akciğer seslerinde bilateral krepitan ralleri olan hastanın bazalde solunum sesleri azalmış olup diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuar incelemelerinde tam kan sayımında lökosit 13400/ml(%70,8 nötrofil), trombosit 102000/ml, periferik yaymada %60 polimorfonükleer lökositler, %30 lenfosit, %10 monosit mevcut olup, atipik hücre görülmedi, CRP 12,8 mg/L, sedimentasyon 74 mm/saat saptandı. Radyolojik incelemelerinde servikal USG'de sağ posterior servikalde uzun aksında 32 mm konglomere lenfadenomegali, akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon ve plevral efüzyon ve toraks USG' de sağda en geniş yerinde 15,4mm, solda 15,3mm içerisi homojen septasyon ve kalınlaşma izlenmeyen bilateral plevral efüzyon saptandı. Hastaya seftriakson ve klindamisin tedavisi başlandı. Etyolojiye yönelik yapılan tetkiklerde *Francisella tularensis* aglütinasyon testi, Brusella tüp aglütinasyon testi, anti toksoplazmosis IgM, anti rubella IgM, anti CMV IgM, anti EBV IgM, Quantiferon testi ve PPD(2x5 mm) negatif saptandı. Eksizyonel lenf nodu biyopsisi yapılan hastanın patoloji raporu; kazeifikasyon nekrozu ile birlikte granülomatöz lenfadenitis olarak değerlendirildi. Hastaya izoniazid 10mg/kg/gün, rifampisin 10mg/kg/gün, pirazinamid 30mg/kg/gün ve etambutol 15mg/kg/gün dozunda dörtlü antitüberküloz tedavi başlandı. Taburcu edilen hastanın kontrol muayenesinde bulgularının düzeldiği saptandı.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Özellikle servikal bölge olmak üzere periferik lenfadenopatilerin ayırıcı tanısında malinite yanı sıra tuberküloz lenfadenit de bulunmaktadır. Quantiferon testinin sensitivitesi %70-90 ve akciğer dışı tüberküloz olgularında PPD testi pozitifliğinin %20-80 oranında olması nedeniyle ülkemizde lenfadenomegalinin ayırıcı tanısında tüberküloz her zaman akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akciğer dışı tüberküloz, lenfadenit, servikal kitle

PP-081

Bakteriyel Menenjit Tanısıyla İzlenen Vakaların Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Abdülkadir Bozaykut, Feyza Mediha Yıldız, Serpil Değirmenci, Hümeyra Yaşar Köstek, Özlem Temel, Nihan Uygur Külcü, Ezgi Gökçe Eraslan
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut bakteriyel menenjit, her yaşta görülebilen çok ciddi bir infeksiyondur. Nörolojik sekellere, işitme kaybına hatta ölüme neden olabilmektedir. En sık saptanan üç etyolojik ajan *Haemophilus influenza tip B*, *Streptococcus pneumoniae* ve *Neisseria meningitidis*'tir. Bu çalışmada, bakteriyel menenjit tanısıyla izlenmiş olan vakaların klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamızda, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 Ocak–2014 Mart tarihleri arasında bakteriyel menenjit tanısıyla takip edilmiş 21 hastanın klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların yaş dağılımı; %28,6'sı 1-3 ay, %47,6'sı 4 ay-3 yaş, %23,8'i 3 yaş ve üstü çocuklardı. Hastaların %76,2'si erkekti. Hastalar ateş (%71,4), daha az sıklıkta baş ağrısı (%9,5), febril konvülziyon (%4,8), kusma (%9,6) ve ishal (%4,8) şikayeti ile başvurdu. Hastaların %65'inde Kernig-Brudzinski pozitif saptandı. BOS incelenmesinde hücre sayısı 5-1248/mm^3 aralığında bulundu. Bunların %80'i PNL hücre hakimiyeti saptandı. %45 vakada protein >45mg/dl, %30 vakada BOS glukozu <50mg/dl ve BOS /kan glukoz oranı %25 oranında <0.4, %35 oranında 0.4-0.6 aralığında ve %40'ında ise oran >0.6 bulundu. BOS'ta üreme; 3 vakada metisiline dirençli koagülaz negatif stafilakok (MRKNS), 2 vakada metisiline duyarlı koagülaz negatif stafilakok (MDKNS), 1 hastada *Streptococcus agalactia*, 2 hastada *Streptococcus pneumonia*, 2 hastada *Neisseria spp*. ve 2 hastada *Micrococcus menengitis* saptandı. Akut bakteriyel menenjit tanısı alan 21 hastanın 9'unda BOS kültüründe üreme olmadı. Bu hastaların lomber ponksiyon (LP) değerlendirmelerinde PNL hücre hakimiyeti ve öncesinde antibiyotik kullanımı göz önüne alınarak bakteriyel menenjit tanısı kondu. Hastaların %52,5'inde başvuruda lökositoz (>11.000mm^3), %66,7'sinde CRP pozitifliği saptandı. Hastaların ortalama yatış süreleri 12 ± 3 gündü.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Ateş, baş ağrısı, kusma ya da febril konvülziyon ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda menenjit düşünülmesi gerekmektedir. BOS incelenmesi öncesinde antibiyotik alımı kültürde üremeyi engelleyebilir. Bu hastaların tekrarlayan lomber ponksiyonlarında PNL hakimiyeti saptanması bakteriyel menenjit lehine yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: ateş, bakteriyel menenjit, lomber ponksiyon

PP-082

Ateş Tetkik Nedeniyle Yatırılan Ve Lomber Ponksiyon Yapılan Hastalarda Aseptik Menenjit Sıklığının Değerlendirilmesi

Serpil Değirmenci, Abdülkadir Bozaykut, Feyza Mediha Yıldız, Nihan Uygur Külcü, Özlem Temel, Ezgi Gökçe Eraslan, Hümeyra Yaşar Köstek
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Aseptik menenjit; ateş, baş ağrısı, kusma ve pozitif meningeal belirtilerle ortaya çıkan hemen daima viral etyolojiye bağlı bir hastalıktır. Aseptik menenjitlerin %50-80'inde enterovirüsler etken olarak bildirilmektedir. Herpes Simplex Virüsü (HSV), Ebstein-Barr Virüsü (EBV), Kızamık virüsü, Varicella Zoster Virüsü (VZV), Sitomegalovirüs (CMV), Kabakulak virüsü, Adenovirus, Rubella virusu da etken olabilmektedir. Hastalık genelde ensefalit ve menenjitin birlikte geliştiği meningoensefalit şeklinde gelişir. Viral menenjitler genellikle kendi kendini sınırlayan ve tedavisiz iyileşebilen infeksiyon hastalıkları olmalarına rağmen, belirli viral etkenlerde ciddi morbidite ve mortalite görülebileceğinden spesifik antiviral tedavi kullanımı gerekli olabilir.

Beyin omurilik sıvısında (BOS) (lenfositlerin hakim olduğu) pleositoz ve normal / hafif protein artışının görüldüğü; rutin inceleme, boyama ve kültürlerde bir etkenin gösterilemediği durumlar aseptik menenjit olarak tanımlanır. Bu çalışmanın amacı, acil servisimize ateş nedeniyle başvuran ve menenjit ön tanısıyla lomber ponksiyon (LP) yapılan hastalarda aseptik menenjit sıklığını belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 Ocak–2014 Mart tarihleri arasında ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve LP yapılan 192 vaka, aseptik menenjit sıklığı açısından, retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Ateş tetkik nedeniyle yatırılan ve LP yapılan 192 hastanın %42,1'inde (82 vakada) akut menenjit tespit edildi. Bunların %73'üne (61 vaka) aseptik menenjit tanısı kondu. BOS'ta hücre artışı (özellikle lenfosit hakimiyeti), normal ya da hafif artmış protein düzeylerinin olması ve BOS'ta üremenin olmaması ile tanı konmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Aseptik menenjit genellikle viral infeksiyonlara bağlı olarak gelişir. İnsidansı mevsimlerle değişebilmektedir. Tipik menenjit bulgularına ek olarak, etken olan virüse özgü semptomların görülebildiği infeksiyonlardır. Çalışmamızda ateşle başvuran ve lomber ponksiyon yapılan 192 hastanın %31,7'sinde aseptik menenjit saptandı.

Ateş şikayeti ile başvuran hastalarda aseptik menenjitin ayırıcı tanıda akla gelmesi amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ateş, aseptik menenjit, viral enfeksiyon

PP-083

Ateş Nedeniyle Hastaneye Yatırılan Çocuklarda Ön Tanı ve Yatış Sonrası Tanılarının Karşılaştırılması

Hümeyra Yaşar Köstek, Abdülkadir Bozaykut, Feyza Mediha Yıldız, Nihan Uygur Külcü, Özlem Temel, Serpil Değirmenci, Ezgi Gökçe Eraslan
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Ateş, acil polikliniğine başvuran çocuklarda en sık görülen başvuru nedenlerinden biridir. Enfeksiyöz ya da nonenfeksiyöz nedenlere bağlı olabilir. Bazı hastalarda ateş nedeni belliyken, bazı hastaların interne edilip ayrıntılı tetkik edilmesi gerekebilmektedir. Bu çalışmamızın amacı, ateş nedeniyle interne edilen 192 hastanın ön tanı ve tetkik sonrası kesin tanılarını değerlendirmek ve karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 Ocak–2014 Mart tarihleri arasında ateş nedeniyle interne edilen 192 hastanın başvuru anındaki şikayetleri, yatış anındaki ön tanıları ve tetkikler sonrası kesin tanıları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: İnterne edilen 196 hastanın %50'si kız, %50'si erkekti. Hastaların yaş dağılımı 0-28 gün 16 hasta (%8,3), 1-3 ay 69 hasta (%35,9), 4 ay-3 yaş 97 hasta (%50,5) ve 3 yaş ve üstü 10 hasta (%5,2). Hastaların ateş dışındaki şikayetleri %2,6 oranında baş ağrısı, %2,6 oranında febril konvülziyon, %1,5 oranında huzursuzluk, %1,5 oranında kusma, %0,5 oranında ishaldi. Acil serviste ilk hekim değerlendirmesi sonrası hasta ön tanıları; %66,7 oranında sepsis, %22,9 oranında menenjit, %6,8 oranında idrar yolu infeksiyonu, %1,6 oranında enterit, %1 oranında roseola infantum, %0,5 oranında akut bronşiolit ve %0,5 oranında septik artrit şeklinde olduğu görüldü. Hastaların yatış ve tetkik sonrası değerlendirmelerinde ise; %43,7 sepsis, %42,1 menenjit (%3,1'i menenjit + idrar yolu infeksiyonu), % 4,7 ürosepsis, %2,6 rota enteriti, %2,6 roseola infantum, %1 bronşiolit, %1 septik artrit, %0,5 pnömoni, %0,5 İnfluenza A, %0,5 akut otitis media ve %0,5 oranında barsak perforasyonu tanısı aldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Acil servise ateşle başvuran ve ateş tetkik nedeniyle interne edilen hastaların %22,9'unda ön tanı menenjit iken, hastanede tetkik sonrası bu oran %42,1 olarak saptandı. Menenjit, morbidite ve mortalitesi yüksek bir hastalıktır, bu nedenle ateşli çocuklarda, özellikle ateş odağı olmayan çocuklarda, ayırıcı tanıda mutlaka ilk sıralarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: ateş, nonenfeksiyöz, enfeksiyöz, menenjit

PP-084

Aseptik Menenjit Tanısıyla İzlenen Vakalarımızın Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Serpil Değirmenci, Abdülkadir Bozaykut, Feyza Mediha Yıldız, Nihan Uygur Külcü, Özlem Temel, Ezgi Gökçe Eraslan, Hümeyra Yaşar Köstek
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Aseptik Menenjit tanısıyla izlenen vakalarımızın klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi

GİRİŞ VE AMAÇ: Aseptik menenjit; ateş, baş ağrısı, kusma ve pozitif meningeal belirtilerle ortaya çıkan, hemen daima viral etyolojiye bağlı bir hastalıktır. Vakaların %50-80'inde enteroviruslar sorumlu tutulmaktadır. Aseptik menenjit genellikle ensefalit ve menenjitin birlikte geliştiği meningoensefalit şeklinde seyreder ve çoğu kez selim gidişli bir klinik tablo oluşturur. İnsidansı mevsimlerle değişebilir ve tipik menenjit bulgularına ek olarak etken olan virusa özgü semptomların görülebildiği infeksiyonlardır. Beyin omurilik sıvısında (BOS) mononuklear hücrelerin hakim olduğu pleositoz ve hafif protein artışının görüldüğü; rutin inceleme, boyama ve kültürlerde bir etkenin gösterilemediği durumlar aseptik menenjit olarak tanımlanır. Bu çalışmada amaç, hastanemizde aseptik menenjit tanısıyla izlenmiş olan vakaların klinik ve laboratuvar bulgularını değerlendirmektir.

YÖNTEM: Çalışmamızda, Sağlık Bakanlığı Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde 2011 Ocak–2014 Mart tarihleri arasında aseptik menenjit tanısıyla takip edilmiş 61 hastanın klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Hastaların yaş dağılımı; %3,3'ü 0-28 gün, %29,5'i 1-3 ay, %59'u 4 ay-3 yaş, %8,2'si 3 yaş ve üstü çocuklardı. Hastaların %57,4'ü erkekti. Hastalar ateş (%88,5), daha az sıklıkta baş ağrısı (%4,9), febril konvülziyon (%1,6), kusma (%1,6) ve ishal (%3,2) şikayeti ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Hastaların %65'inde Kernig-Brudzinski pozitif saptandı.

BOS incelenmesinde hücre sayısı 18-560/mm^3 aralığında bulundu. Bunların %78,3'ünde mononükleer hücre hakimiyeti saptandı. %25 vakada protein >45mg/dl, %8,3 vakada BOS glukozu <50mg/dl ve BOS/kan glukoz oranı %8,9 oranında <0.4, %53,6 oranında 0.4-0.6 aralığında ve %37,5 de ise >0.6 bulundu. Hastaların %63,9'unda başvuruda lökositoz (>11.000mm^3), %70,5'inde CRP pozitifliği saptandı. Hastaların ortalama yatış süreleri 11 ± 2 gündü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Aseptik menenjit nedeniyle interne edilen hastalarımızın klinik ve laboratuvar bulguları literatürle uyumlu bulundu. Ateş, baş ağrısı, kusma ve febril konvülziyon ile başvuran hastalarda aseptik menenjitin akla gelmesi amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ateş, aseptik menenjit, viral enfeksiyon

PP-085

Tüberküloz Profilaksisi Altında Tüberküloz Enfeksiyonu Saptanan Nadir Bir Olgu

Berna Bal, Ayşe Bahar Budan Çalışkan, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Latent tüberküloz enfeksiyonu, TDT testi pozitifliğine karşın, aktif hastalığın fizik ve radyolojik bulgularının olmaması ile karakterizedir. Profilaksi başlanmadığı takdirde ileriki dönemlerde hastalık aktif hale gelebilir.

OLGU: 7 aylık erkek hasta; öksürük şikayeti ile başvurdu. Öyküsünde 45 günlükken öksürük sebebiyle başvurduğu dış merkezde yapılan TDT nin 17 mm saptanması sebebiyle PAAC grafisi çekildiği, grafide lezyon saptanmaması üzerine latent tüberküloz enfeksiyonu tanısı ile İNH profilaksisi başlandığı, son 5,5 aydır tedavisini düzenli olarak kullandığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde bilateral yaygın krepitan ve sibilan ralleri ve ekspiryum uzunluğu mevcuttu. PAAC grafisinde sol bazalde yaygın pnömonik infiltrasyonu bulunan ve tüberküloz profilaksisi kullanan hastaya toraks ve batın BT çekildi. Toraks BT sinde subkarinal, perivasküler alanlarda ve sol hilus dizeyinde multipl, içerisinde nekrotik alanlar barındıran lenf nodları, lenf nodu kompresyonuna sekonder sol akciğer alt lobda superior segment ve posterobazal segmentlerde atelektazi sahaları ve eşlik eden hava bronkogramı içeren konsolidasyon sahaları ve konsolidasyon sahası periferinde buzlu cam sahaları izlendi. Radyolojik ve klinik bulgular aktif tüberküloz hastalığı lehine yorumlandı. Hastaya İNH+Rifampisin+Pirazinamid+Ethambutol tedavisi başlandı. Tüberküloz profilaksisi, bulaştırıcı hasta ile temaslı ya da latent tüberküloz enfeksiyonu olan çocuklara verilir. Profilakside İNH (10 mg/kg, maksimum 300 mg) olacak şekilde en az 6 ay süre ile günlük olarak kullanılır. Bağışıklığı baskılanmış çocuklarda bu süre 9-12 aydır. Profilaksinin etkinliği %60-90'dır ve bu etkinin 19 yıla kadar sürdüğü gösterilmiştir. Öyküsünde koruyucu tedavisini düzenli olarak kullandığı belirtilen hastada aktif tüberküloz hastalığı saptanması, profilaksi altındaki hastalarda da aktif tüberküloz hastalığı açısından dikkatli olmamız gerektiğini bize göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz profilaksisi, aktif tüberküloz hastalığı

PP-086

Ateş ile Başvuran Çocuklarda Korkulan Hastalık: Meningokok Enfeksiyonları

Ayşe Karaaslan[1], Ebru Şenol[1], Merve Şahin Yılmaz[1], Ufuk Yükselmiş[1], Kübra Sobay[1], Demet Hacıseyitoğlu[2], Yasemin Akın[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuarı, İstanbul

AMAÇ: Özellikle meningokkal menenjit olmak üzere meningokok enfeksiyonları oldukça ciddi seyreden, hayati tehdit oluşturan ve öncesinde bilgilendirilmiş olsa da sağlık çalışanlarında panik ortamı yaratan hastalıklardır. Bu yazımızda; öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan meningokoksik menenjit tanısıyla izlediğimiz bir olgumuzu sunmaktayız.

OLGU: İki gündür olan ateş şikayetiyle acil polikliniğimize başvuran 4,5 aylık erkek hastanın fizik muayenesinde düşkün görünüm ve ön fontanel bombeliği dışında patolojik özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:11520/mm3, Hb:9,86g/dl, Hct:%28, Plt:465000/mm3, CRP:70mg/l idi.Diğer biyokimyasal tetkikleri ve idrar tetkiki normal sınırlarda saptandı. Ateş odağı saptanamayan hastaya lomber ponksiyon (LP) yapıldı ve beyin omurilik sıvısı(BOS) mikroskopisinde mebzul lökosit görüldü. Hastadan kan, idrar ve BOS kültürleri gönderilerek vankomisin ve seftriakson başlandı. Kan ve BOS kültürlerinde *Neisseria meningitidis*(ampicillin duyarlı) üremesi olması üzerine vankomisin tedavisi kesildi. Serogruplandırma için Halk Sağlığı Müdürlüğüne numune gönderildi. Takiplerinde yaklaşık 5 gün ateşi olan hastanın, yatışının 2. gününde tekrarlanan kan kültüründe üreme olmadı. Karaciğer fonksiyon testlerinde yükselme görülen hastanın tedavisi sefotaksim olarak değiştirildi. Yatışının 5. gününde sol elde atma şeklinde yaklaşık 45 dk süren fokal konvulsiyonu oldu; takibine pediatrik YBÜ'de devam edildi. Çekilen beyin MR'da; kontrast madde verilmesini takiben leptomeningeal tabakalarda kalınlaşma ve kontrastlanma varlığı menenjit lehine değerlendirildi; ayrıca 3. ve lateral ventriküllerde genişleme izlendi; hasta beyin cerrahisi tarafından klinik takibe alındı. Takiplerinde ateşi düşen ve antiepileptik tedavi altında konvulsiyonu tekrarlamayan, stabil seyreden hastanın sefotaksim tedavisinin 6. gününde tekrar ateşi oldu, fizik muayene bulgusu olmayan, tekrarlanan akut faz reaktanlarında gerileme izlenen hastanın kontrol LP'de BOS kültüründe üreme olmadı. Ateş odağı belirlenemeyen hastanın antibiyoterapisi hastane enfeksiyonları da göz önüne alınarak vankomisin ve sefepim ile değiştirildi. Ateşi gerileyen, genel durumu iyi seyreden hasta, antibiyoterapi 14 güne tamamlanarak takiplerine devam etmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: *Neisseria meningitidis* enfeksiyon sıklığı 2 yaş altında normal populasyona göre 10 kat daha fazladır ve meningokok enfeksiyonları vakamızda da olduğu gibi hızlı tanı alıp tedaviye başlansa da nörolojik komplikasyonlarla seyredebilir.

Anahtar Kelimeler: Neisseria meningitidis, menenjit, çocuk

PP-087

Süt Çocuklarında Nadir Bir Ateş Nedeni: Batın İçi Abse

Ebru Şenol[1], Ayşe Karaaslan[1], Gökşen Demir[1], Dilek Çıngı Eker[2], Işıl Eser Şimşek[1], Sevilay Arhan[1], Yasemin Akın[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi, İstanbul

AMAÇ: Üç ayın altındaki ateşli çocukların değerlendirilmesinde önemli olan, 'hasta görünümlü' çocukla 'iyi görünümlü' çocuk ayrımını yapabilmek ve varsa fokal enfeksiyonları belirleyebilmektir. Burada, 3 ayın altındaki infantlarda nadir görülen bir ateş nedeni olan batın içi abse ile takip ettiğimiz hastamızı sunmayı hedefledik.

OLGU: Ateş şikayetiyle başvuran 2,5 aylık erkek hasta; huzursuz, düşkün görünümdeydi, aksiller 38,5 derece ateşi mevcuttu; sistem muayeneleri doğal, büyüme-gelişme normaldi. BK:30400/mm3, Hb: 9 gr/dl, Plt:867000/mm3, CRP:50 mg/l idi.Biyokimya ve TİT bulguları normaldi. Beyin omurilik sıvısı(BOS) mikroskopisinde her alanda 3x11 lenfosit, 50x11 eritrosit görüldü, BOS biyokimyası normaldi. Kan, BOS ve idrar kültürleri gönderilerek ampisilin ve sefotaksim başlandı. Antibiyoterapinin 72. saati sonunda ateşi devam eden, muayene bulgusu saptanmayan hastada akut faz reaktanlarında artış izlendi. Batın ve transfontanel USG normal olan; hemofagositik sendrom, TORCH/EBV enfeksiyonu veya infektif endokardit lehine bulgu olmayan hastanın tedavisinde vankomisin ve sefepime geçildi. Yedinci günde halen ateşi olan; muayenede batın distansiyonu ve sağ alt kadranda hassasiyet izlenen hastanın tekrarlanan batın USG'de serbest mayi ve mesane sağ yan duvar komşuluğunda 34x25 mm boyutunda heterojen hiperekoik kitle(abse?) saptandı. Batın BT'de rektus abdominus kası distal bölümü içerisinde veya komşuluğunda yerleşen, periferik kontrastlanma sergileyen, sağ inguinal kanala da kısmen uzandığı izlenen 47x28 mm boyutlarında abse görüldü. Çocuk cerrahisi tarafından abse drenajı yapıldı; sefepim tedavisi kesilerek meropeneme geçildi. Abse materyalinden gönderilen piyojen kültürde; metisilin duyarlı *Staphylococcus aerius* üremesi oldu, aside rezistan basil görülmedi ve mikobakteri kültürlerinde üreme olmadı. İmmunyetmezlik açısından tetkikleri normal bulunan; abse drenajı sonrası ateşi olmayan hasta meropenem 14, vankomisin 21 güne tamamlanarak taburcu edildi. 3 aylık takiplerinde tekrarlama olmadı.

SONUÇ: Batın içi abse çocukluk döneminde her yaş grubunda gözlenebilen enfeksiyöz bir durumdur. Nadir görülen bir durum olmakla birlikte, ateş odağı olmayan hastalarda akılda tutulmalıdır. Bizim olgumuzda olduğu gibi tedaviye rağmen ateşin sebat ettiği durumlarda hastaların fizik muayenesinin, laboratuvar tetkiklerinin ve görüntüleme yöntemlerinin tekrar gözden geçirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Süt çocuğu, ateş, batın içi abse

PP-088

Rastlantısal Olarak Saptanan Renal ve Hepatik Kist Hidatik Olgusu

Müferret Ergüven, Fatih Çiçek, Ramazan Emre Yiğit, Emine Olcay Yasa, Ersin Böcü
S.B. Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Kist hidatik oral yolla bulaşan, Echinococcus Granulosus larvalarının kan, lenf dolaşımı vasıtasıyla organlara yerleşmesiyle oluşan parazitozdur.Tanı radyolojik görüntüleme, serolojik testlerle konulur. Böbrek tutulumu nadirdir, %2, 3 oranında görülür. Hastaların spesifik olmayan bulgularından dolayı renal kist hidatik tanısı koymak güçtür.

AMAÇ: Semptom vermeyen, rastlantısal olarak saptanan renal ve hepatik tutulumlu kist hidatik olgusu son derece nadir görülmesi nedeniyle sunuldu.

VAKA: 16 yaşındaki erkek hasta, 4 gündür devam eden karın ağrısı, öksürük nedeniyle kliniğinimize başvurdu. Pnömoni öntanısıyla yatırıldı. Genel durumu iyi olan, normal persantillerdeki hastanın vital bulguları stabil idi. Özgeçmişinde özellik olmyan hastanın soygeçmişinde anne ve dayıda nefrolitiasis mevcuttu. Servise yatışının 24. saatinde batın sol alt kadranda hassasiyet nedeniyle yapılan batın ultrasonografik tetkikinde: sol böbrek üst polde 6*3,5 cm boyutlarında böbrek parankimine göre hipoekoik alan tespit edildi. Ayrıca karaciğer üst lobta 2,5 cm çapında anekoik kistik lezyon görüldü. Laboratuar tahlillerinde hemoglobin: 12,9 gr/dl, lökosit:11000/ mm3, trombosit: 295000/mm3, CRP: 0,1 mg/dl, sedimantasyon: 9 mm/saat, üre: 32 mg/dl, kreatinin: 0,63 mg/dl, AST 21 U/L, ALT 12U/LT, TİT: patoloji yok. Akciğer enfeksiyonuna yönelik tedavisi devam eden hastanın ayırıcı tanı amaçlı yapılan MR tetkikinde: karaciğer sol üst 2 segment düzeyinde 25*22 mm çaplarda düzgün konturlu kistik lezyon, sol böbrek üst lojunda da 46*30 mm çaplarında karaciğerdeki lezyon ile benzer radyolojik özelliklerde kistik lezyon (ön planda evre 1 kist hidatiğe ait kistik lezyonu destekleyen) görüldü. Karaciğer ve renal kist hidatik hastalığı düşünülen hastanın yapılan serolojik tetkikinde indirekt hemaglütinasyon testi negatif bulunmasına rağmen Elisa Ig G testi:1.86 (pozitif) saptandı. Anamnez derinleştirildiğinde hastanın köpek beslediği öğrenildi. Ayırıcı tanı açısından yapılan tetkikleri ve onkoloji konsultasyonu ile diğer kitle nedenleri ekarte edilen hastaya albendazol tedavisi başlanıldı ve cerrahi kliniği ile birlikte takibi planlandı.

SONUÇ: Toplumumuzda asemptomatik kist hidatik hastalığı yaygın olarak görülmektedir. Farklı nedenlerle hastaneye yatışta yapılan görüntüleme yöntemleriyle rastlantısal olarak hastalığın nadir tutulumları gözlenebilir.

Anahtar Kelimeler: renal kist hidatik, asemptomatik seyir, serolojik testler

PP-089

Round Pnömoni: Olgu Sunumu

Duygu Sömen Bayoğlu, Burcu Karakayalı, Deniz Çakır, İsmail İşlek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Round pnömoni akciğer grafisinde yuvarlak konsolide alan şeklinde prezente olan sıklıkla çocuklarda rastlanan akciğer infeksiyonudur. Önemi malignite, tüberküloz, sarkoidoz, kist hidatik ile karışabilmesi nedeniyledir. Bu sunumda akciğer grafisinde yuvarlak opasite şeklinde konsolidasyonu olan antibioterapiyle düzelen round pnömoni olgusu sunulmuştur.

OLGU: 4 yaş 4 ay kız hasta halsizlik, ateş şikayetiyle polikliniğimize getirildi. 15 gün önce şikayetleri başlayan hastaya ayaktan amoksisilin klavulanik asit 90 mg/kg/günden başlanmış,kliniğinde düzelme olmayan hastanın çekilen Pa grafisinde sağ orta lobda şüpheli sınrları düzgün,yuvarlak görünüm saptanması üzerine hasta tetkik ve tedavi amaçlı servisimize interne edildi. Özgeçmişinde aşıları tamdı. Soygeçmişinde bir kardeşinde alerjik astım mevcuttu. F.M. De solunum sesleri: Sağ orta ve alt zonda krepitasyonlar mevcuttu,diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuar Bulguları: Crp: 4,1 mg/dl, sed:77, Wbc: 7610 idi. Hastaya pnömoni ön tanısıyla seftriakson 100 mg/kg/gün ve klindamisin 30 mg/kg/gün başlandı. Toraks BT si çekildi,BT sonucu ''Sağ akciğer orta alt posterolateralde 2 cm çaplı oval izohipodens natürlü geniş tabanı plevral yüzde olacak şekilde izlenmiş, round pnömoni lehine değerlendirilmiştir.'' olarak raporlandı. PPD yapıldı,0 mm ölçüldü. Periferik yayması değerlendirildi,malign hücrelere rastlanmadı. Kist hidatik için yollanan echinokok indirekt hemaglütinasyon ve ELİSA IG testi negatif geldi. Yatışının 14.günde genel durumu düzelen hastanın kontrol PA Akciğer grafisinde düzelme saptandı, poliklinik kontrolüne çağrılmak üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Round pnömoni seyrek görülen bir hastalık olup,akciğer grafisinde coin lezyonların % 1inden azını oluşturur. Alveollar arası ilişkiyi sağlayan porlar ve kanalların çocukta yeterince gelişmemiş olması nedeniyle çocuklarda erişkinlere nazaran daha sık görülür. Etken çoğunlukla Streptokokus pnömonia olup, antibiyoterapiye iyi yanıt veren olgularda ileri görüntüleme gereksizdir. Ancak tanıda şüphede kalınmışsa ya da tedaviye yeterli yanıt yoksa akciğer tomografisi çekilebilir. Bizim hastamızda da oral antibioterapiye iyi yanıt alınamamıştı,bu nedenle ileri görüntülemeye ihtiyaç duyuldu. Round pnömoni diye raporlandı. İntravenöz tedavi sonrası hastamızın akciğer grafisi tamamen düzeldi. Round pnömoni benign bir hadise olup,nadir görülmesi nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Round pnömoni, çocuk, malignite

PP-090

Çocuklarda Görülen HSV-1 ve VZV Enfeksiyonları - İki Olgu

Muhammet Demirkol[1], Ayşin Nalbantoğlu[2], Nedim Samancı[2], Burçin Nalbantoğlu[2], Furkan Cav[2]
[1]T.C. S.B. Tekirdağ Çerkezköy İlçe Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Tekirdağ
[2]Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ: Herpesviruslar primer enfeksiyon sonrası yaşam boyu arka kök gangliyonlarında latent kalan; emosyonel veya fizyolojik stres durumlarında periferik sinir yoluyla ulaştıkları deri ve müköz membranlarda nüksler ile klinik bulgular oluşturan DNA virüsleridir. HSV-1, trigeminal gangliyondan çıkan dalların dermatomunda yüzde yanma ve batma hissiyle birlikte eritemli zeminde gruplaşmış veziküller halinde ortaya çıkar. Sekonder enfeksiyon gelişmedikçe iz bırakmadan iyileşir. HHV-3 (VZV) su çiçeği enfeksiyonu sonrasında latent kaldığı arka kökten perifere uzanarak, tutulan dermatomda eritemli zeminde gelişen veziküllere ve yüzeyel kaşıntı ile şiddetli ağrı arasında değişen semptomlara sebep olur. İmmünsupresyon tablosu haricinde 2-4 haftada kendiliğinden iyileşir. Bu yazıda 2 farklı herpesvirus enfeksiyonu paylaşılmıştır.

OLGU-1: 9 yaş Suriyeli erkek hasta, ilk kez 3 yıl önce trigeminal sinirin maksiller dalı üzerinde, zigomatik bölgede uçuk geçirmiş. Sekonder enfekte olmuş ve iz bırakmış. Geçen 3 yıl içerisinde her yıl aynı bölgede ve sinirin göze doğru periferine ilerleyecek şekilde tekrarlayan nüksler yaşanmış. Tarafımıza başvurusunda da yine sekonder enfekte olmuş olan veziküler ve püstüler lezyonları vardı. İmmünsupresyona dair klinik ve laboratuar bulguları saptanmayan hastaya antibiyoterapi başlanarak takibe alındı. Lezyonlar iz bırakarak iyileşti.

OLGU-2: 4 yaş göçebe hastada, L2 dermatomuna uyan bölgede eritemli zeminde gelişen veziküler lezyonların sekonder enfekte olduğu ve sırttan kasığa vuran şiddetli ağrının bu bulgulara eşlik ettiği öğrenildi. Zona tanısı konan hastada laboratuar ve klinik olarak immünsupresyon bulguları saptanmadı. Sekonder enfeksiyon açısından antibiyoterapi ve ağrı kontrolü için analjezik başlanarak takibe alındı. Ağrı ilk hafta içerisinde son bulurken, lezyonlar iz bırakarak iyileşti.

SONUÇ: Sık görülmelerine rağmen hekime geç başvuru ve hijyen eksikliği nedeniyle, özellikle kozmetik sorunlara sebep olan herpesvirus enfeksiyonlarına dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Herpesvirus, HSV-1, VZV

PP-091

Kırkdört Günlük Bir İnfantta Ampiyem

Süleyman Bayraktar[1], Bahar Çalışkan[1], Bilge Tanyeri Bayraktar[2], Murat Elevli[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

Plevral ampiyem, plevral boşluktaki piyojenik enfeksiyona bağlı pürülan materyal olması şeklinde tanımlanır. Yaş küçüldükçe özellikle yenidoğanlarda nadiren görülür. 44 günlük erkek hasta öksürük, ateş, emmede azalma şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde infiltrasyon tespit edilmesi üzerine antibiyoterapi başlanarak yatırıldı. Tedavisinin 3. gününde solunum sıkıntısı artıp genel durumu bozulunca Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine alındı. Aynı gün çekilen toraks ultrasonografisinde plevral efüzyon saptanamadı, sağ akciğerde pnömonik konsolidasyonla uyumlu görünüm tespit edildi. Yoğun antibiyoterapiye rağmen akciğer grafisinde düzelme olmaması, enfeksiyon belirteçlerinin gerilememesi nedeniyle 3. gün akciğer tomografisi çekildi. Sağ hemitoraksta yoğun içerikli plevral efüzyon, üst-orta ve alt loblarda atelektazi tespit edildi. Takılan toraks tüpünden koyu kıvamlı pürülan materyel elde edildi. Bakteriyel kültüründe ise metisiline dirençli Staphylococcus aureus üredi. Devam edilen tedaviyle 7. gün sonunda hastanın toraks tüpü çekilerek tekrar servise devredildi. Bu olguyla yaşamın erken döneminde nadir görülmekle birlikte akciğer enfeksiyonlarında ampiyemin akla getirilmesini, teşhisinde ampiyem materyalinin koyu kıvamlı olmasına da bağlı olarak toraks ultrasonunun yanıltıcı olabileceğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: süt çocuğu, ampiyemi, toraks ultrasonu

PP-093

Wolman Hastalığı İki Olgu

Bengü Gürünlüoğlu, Şükrü Güngör, Şenay Kenç, Arzu Akyay, Mukadder Ayşe Selimoğlu
İnönü Üniversitesi, Turgut Özal Tıp Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Wolman hastalığı, lizozomal asit lipaz (LAL) eksikliğine bağlı olarak karaciğer-dalak-diğer organlarda kolesterol esterleri ve trigliserit depolanması ile karakterize nadir otozomal resesif bir hastalıktır. Sıklığı ülkemizde ve dünyada tam olarak bilinmemektedir. Hastalığın erken tanı almasındaki güçlüğe bağlı kaybedilmelerinden dolayı öğretici ve uyarıcı olması amacıyla kusma ve transaminaz yüksekliği ile prezente olan iki olgu sunulmuştur.

OLGU 1: 2 aylık kusma ve transaminaz yüksekliği ile gelen, klinik, laboratuar ve kemik iliği bulguları ile sekonder hemofagositik lenfohistiyositoz tanısı alan ve LAL enzim düzeyi düşük saptanan hasta tedavi başlanamadan kaybedilmiştir.

OLGU 2: 2 aylık kusma, karın şişliği ve ateş şikayetleri ile gelen, hepatosplenomegalisi ve sarılığı olan, laboratuar değerlendirmesinde TG yüksekliği, HDL düşüklüğü, anemisi ve BT' de surrenal kalsifikasyonu olan hastanın LAL enzim düzeyi aktivitesi düşük saptanarak tanı konulmuş ancak tedavi başlanamadan kaybedilmiştir. Olguların ortak bulguları tartışılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hemofagositik lenfohistiyositoz, Lizozomal asit lipaz, Wolman

PP-094

Plummer - Vinson Sendromu; Çocukluk Yaş Grubundan Bir Olgu

Sinem Güven Önel
Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

Plummer-vinson sendromu sıklıkla erişkin bayanlarda olmak üzere nadiren de çocukluk yaş grubunda görülen demir eksikliği anemisi, disfaji ve üst özefagusta web/weblerle karakterize klinik bir durumdur. Posterimizde nadiren de olsa görülebilen çocukluk yaş grubundan Plummer-vinson tanılı hastamızı tartışmak istedik. 13 yaş erkek hasta, solukluk, yutma güçlüğü ve kilo alamama şikayetleri ile başvurdu. Yapılan laboratuvar incelemelerinde, Hgb: 5,8 gr/dL, Hct: %24, Mcv: 52,2fL, Wbc: 3900 μl ve Plt: 76000μl, serum demir 8 μg/dL, demir bağlama kapasitesi 460 μg/dL, ferritin: 1,1 ng/mL olarak saptandı. Yapılan özefagografide; özefagus 1/3 proksimal kesiminde lümeni total daraltan düzgün sınırlı lineer görünüm izlendi. Özefagoskopide; özefagus 15. cm de endoskop ile zorlanarak ilerlendi. Sağ taraf daha dar, lümen ağzı daralmış olarak izlendi. Sol taraftan daha rahat ilerlendi. Özefagus 15. cmde özefagus girişini belirgin daraltan web izlendi. Demir eksikliği anemi tedavisi verilen hastanın semptomlarında hafif düzelme izlendi, fakat yutma güçlüğü tam olarak düzelmemesi nedeniyle dilatasyon tedavisi için dış merkeze yönlendirildi. Yutma güçlüğü ve dirençli demir eksikliği anemisi durumlarında çocukluk yaş grubunda da Plummer-vinson sendromu akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: demir eksikliği anemisi, özefagial web, plummer-vinson sendromu, yutma güçlüğü

PP-095

Şiddetli Kusma Ve Beslenememe Şikayeti ile Getirilen Bir Süt Çocuğu: Vitamin B12 Eksikliği

Nelgin Gerenli[1], Reşat Gürpınar[1], Erdoğan Soyuçen[2], Coşkun Çeltik[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji BD, İstanbul
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, Antalya

Süt çocukluğu döneminde vitamin B12 eksikliği belirtileri aşikar olmayabilir. Anemi ve nörolojik bulgular çoğu kez daha geç dönemde gelişir. Erken dönemde gastrointestinal bulgular daha sık görülür. Bu olgu vitamin B12 eksikliğinin süt çocukluğu döneminde faklı ve gizli bulgularla seyredebileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur. Altı aylık kız bebek, kliniğimize yaklaşık üç aydır araklı ama sık tekrarlayan şiddetli kusma, beslenememe ve halsizlik şikayetleriyle getirildi. Doğum anamnezinde özellik yoktu. Doğum tartısı ve boyu normaldi. Fizik muayenesinde tartı 6,5 kg (10 p), boy 65 cm (50 p), Baş çevresi 42 cm (50 p); genel durumu orta, şuuru uykuya meyilli olarak değerlendirildi. Hafif/Orta dehidratasyon bulguları mevcuttu. Baş tutma ve oturma henüz tam değildi. Hipotoni mevcuttu. Yapılan rutin hemogram, biyokimya ve idrar testlerinde anormallik yoktu. CRP değeri negatifti. İleri tetkik olarak alınan idrar ve kan aminoasit düzeyleri normal bulunurken, kan homosistein düzeyi yüksek saptandı. Etiyolojik değerlendirme için alınan serum B12 düzeyi düşük bulundu. Parenteral B12 tedavisi sonrasında olgunun tüm şikayetleri ve bulguları düzeldi. Geçmişe yönelik sorgulamada annesinin de postpartum dönemde B12 düzeyinin düşük olduğu ve tedavi aldığı belirlendi. Sonuç olarak süt çocukluğu döneminde açıklanamayan gastrointestinal bulgular gözlendiğinde vitamin B12 eksikliği de araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Süt çocuğu, vitamin B12, kusma, gastrointestinal belirtiler

PP-096

Akut Kanamaya Seconder Anemi Gelişen Meckel Divertikülü Olgusu

Esra Saygın[1], Zeynep İlkşen Hocoğlu[1], Ahmet Salih Calapoğlu[2], Yasin Yıldız[1], Tuğba Calapoğlu[1], Tuğba Bayraktar Aydın[1], Semiha Çakmak[1]
[1]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Rize
[2]Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Çocuk Cerrahi Bilim Dalı, Rize

Meckel divertikülü (MD) gastrointestinal sistemin en sık görülen konjenital anomalisidir (1, 2).Genel populasyonda sıklığı %2-3'tür. Hastaların %4'ünde obstrüksiyon, divertikülit, kanama, invajinasyon ve perforasyonu içeren komplikasyonlar görülebilir. Meckel divertikülüne bağlı kanamalar daha ziyade 5 yaş altı çocuklarda görülür. Kronik kanama sonucu demir eksikliği anemisi gelişebilir, ancak sık olmamakla birlikte akut kanamaya bağlı anemi gelişen olgular da literatürde bildirilmiştir. Bu sunuda akut kanamaya sekonder anemi gelişen bir Meckel divertikülü olgusu, derin anemi ve akut kan kaybı durumunda ayırıcı tanıda akla getirilmesini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU: Acil servise kanlı dışkılama şikayeti ile başvuran 9 yaşındaki erkek olgunun daha önce böyle bir şikayeti olmamış. FM rengi soluk,KTA:110-120/dk,hepatosplenomegali yok,pretibial ödem yoktu.bakılan hemogramında hb:7.6 g/dl platelet ve koagulasyon parametreleri olağan saptandı.Olgunun oral alımı kesildi 2000 cc/m2 mayi başlandı.10 cc/kg A rh+ ışınlanmış eritrosit süspansiyonu verildi.Kontrol hb:9.6 g/dl saptandı.olguya ağrısız rectal kanamaya yönelik ön planda meckel divertikülü düşünülerek meckel sintigrafisi çekildi.Anjiodisplazi ve meckel olabilir şeklinde raporlanan sintigrafi sonucuna göre çocuk cerrahi tarafından opere edilen hasta çekuma 30 cm mesafede ileumda divertikül tespit edilip eksize edildi.Operasyon sonrası komplikasyon gelişmeyen hasta 5.günde taburcu edildi.

TARTIŞMA: 2 yaşın altındaki çocuklarda GİS kanaması en sık görülen semptom iken büyük çocuklarda ise divertikülit semptomları daha sıklıkla görülmesine (3) rağmen bizim olgumuz kanama şikayeti ile başvurdu. Her ne kadar cerrahi tedavi sonuçları iyi olsa da MD'nin ameliyat öncesi tanısı oldukça zordur. Tanıda gecikme morbidite ve mortaliteyi arttırır. MD ve komplikasyonları, akut karın nedeniyle ameliyat edilecek hastaların ayırıcı tanısında düşünülmeli ve özellikle ameliyat öncesinde klinik bulguları açıklayan bir patoloji saptanmayan hastalarda araştırılmalıdır.

Kaynaklar:

1. Amoury AR, Snyder CL, Meckel's diverticulum. In:O'Neill JA, Rowe MI, Grosfeld JL, Fonkalsrud EW, Coran AG, editors. Pediatric Surgery. Missoury Inc, Mosby-year-book 1998: 1173-1184.

2. Sharma RK, Jain VK. Emergency surgery for Meckel's diverticulum. World J Emerg Surg 2008; 3:27.

3. Malik AA, Wani KA, Khaja AR. Meckel's diverticulum-Revisited. Saudi J Gastroenterol 2010;16(1):3-7.

Anahtar Kelimeler: akut kanama, anemi, Meckel Divertikülü

PP-097

Çocuk Acil Servisine Karın Ağrısı Sebebi İle Gelen Hastaların Yaşlara Göre Dağılımı

Özge Yatir Alkan, Rabia Gönül Sezer, Nihal Cankır, Abdulkadir Bozaykut
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Karın ağrısı, çoğunluğu kendini sınırlayan iyi seyir gösteren, ancak kimi zamanda hayatı tehdit edici sonuçları olabilen acil değerlendirilmesi gereken bir durumdur. Çocuklarda karın ağrısı nedenlerinin çoğunluğunu cerrahi dışı nedenler, bunların da büyük kısmını karın içi organların dışındaki nedenler oluşturmaktadır. Bu çalışmada çocuk acil servisine karın ağrısı şikayetiyle gelen olguların incelenerek yaş gruplarına göre karın ağrısı nedenlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Karın ağrısı şikayeti ile Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında hastaneye başvuran ve acil serviste gözlem altına alınan 0-18 yaş arasındaki 810 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelendi. Anamnezleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları ve gözlem, izlem notlarına göre hastaların değerlendirmeleri yapıldı.

BULGULAR: 0-2 yaş grubundaki hastaların yarısından fazlasının karın ağrısı sebebinin akut gastroenterit (% 63,6) olduğu tespit edilmiştir. Bunun ardından üriner sistem yolu enfeksiyonu (%12,1) gelmektedir. İnvajinasyon en sık 0-2 yaş aralığında gözlenmiş olup, %9,1 oranında saptanmıştır. 3-12 yaş grubundaki hastaların % 45,8'inin karın ağrısı sebebi akut gastroenterit'tir. Bunu % 25,6 oranı ile kabızlık takip etmektedir. En az görülen karın ağrısı sebebi herni ve dismenore olarak tespit edilmiştir. 13-18 yaş grubundaki hastaların % 39,2'si akut gastroenterit' tir. Bunu % 13,3 oranı ile kabızlık izlemiştir

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamızda ilk 2 yaşta karın ağrısı nedenleri başında gastroenterit, üriner sistem enfeksiyonu, kabızlık, saptanmıştır. 3-12 yaş arasında gastroenterit, kabızlık, üriner sistem enfeksiyonu, apandisit gelirken, 13-18 yaş arasında en sık karın ağrısı nedenleri gastroenterit, kabızlık, üriner sistem enfeksiyonu, gastrit/peptik ülser şeklinde sıralanmaktadır. Karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastalarda üriner sistem yolu enfeksiyonun atlanmaması gereken bir tanı olması çalışmanın önemli sonuçlarından biri olup tam idrar tahlili(TİT) istenmesi gereken tetkikler arasındadır. Karın ağrısı nedenleri arasında diğer bir önemli neden olan kabızlığın görülmüş olması bizi beslenme anamnezini iyi sorgulama konusunda uyarıcı olmuştur. Cerrahi nedenler arasında invajinasyon ilk 2 yaş arasında en sık neden iken 13-18 yaş arasında ise nedenler arasında en sık apandisit olarak izlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Karın Ağrısı, Yaş

PP-098

Çocuk Acile Karın Ağrısı Nedeniyle Başvuran Hastaların Karın Ağrısı Sürelerinin Dağılımları

Nihal Cankır, Özge Yatir Alkan, Rabia Gönül Sezer, Abdulkadir Bozaykut
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocuklarda karın ağrısı acil servise sık başvuru sebeplerindendir. İyi bir anamnez ve fizik muayene ile cerrahi müdahale, medikal tedavi ve tedavisiz izlem gerektiren hastalıklar ayırt edilebilir. Ancak çocukluk çağında çoğu belirti ve bulgunun özgün olmayışı, fizik bakıdaki zorluklar nedeniyle her medikal ve cerrahi sorun kolay ayırt edilememektedir. Bu çalışmada acil servise karın ağrısı yakınmasıyla getirilen çocuklarda yaş gruplarına göre ağrı sürelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Karın ağrısı şikayeti ile Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında hastaneye başvuran ve acil serviste gözlem altına alınan 0-18 yaş arasındaki 810 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenip hastaların anamnez dosyaları, fizik muayene bulguları, gözlem, izlem notlarına göre hastaların değerlendirmeleri yapıldı.

BULGULAR: 0-2 yaş grubundaki hastaların yarısından fazlasının ilk 24 saatte hastaneye başvurdukları tespit edilmiştir (% 65,2). 25-72 saat karın ağrısı şikayeti olan hastaların oranı % 28,8 iken, 73 saat-1 ay karın ağrısı şikayeti olan hastaların oranı ise % 6,1'dir. 3-12 yaş grubunda 0- 24 saat karın ağrısına sahip hastaların oranı % 63,9'dur. Diğer yaş gruplarından farklı olarak 1 aydan fazla süredir karın ağrısı çeken hastaların oranı % 0,1 olarak bulunmuştur. 13-18 yaş grubunda ilk 24 saat içinde gelen hastaların oranı % 55,9 olarak bulunmuştur. 25-72 saat süredir karın ağrısı şikayeti olanların oranı ise % 33,6'dır.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Karın ağrısı nedeni ile acil servise başvuru ilk 24 saatte olmakla birlikte karın ağrısının ciddi bir semptom olduğu görülmektedir. Yaş ilerledikçe ilk 24 saat içinde karın ağrısı şikayeti ile gelme oranının düşmekte olduğu görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Ağrı Süresi, Çocuk, Karın Ağrısı

PP-099

Tip 1 Diyabet Mellitus Tanılı Olguda Reishi Mantarı Ekstresi İçeren Bitkisel İlaç Kullanımına Bağlı Gelişen Akut Toksik Hepatit

Pelin Balikoğlu, Ayşegül Bükülmez, Ayşe Tolunay Oflu, Tolga Altuğ Şen, Ayhan Pektaş
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Afyon

GİRİŞ: Tip 1 Diyabet Mellitus (DM) hastalarında kan şekeri düzenlemesini sağlamak amacıyla hastalar tarafından başta bitkisel tedavi olmak üzere alternatif tıp yöntemlerine başvurulabilmektedir. Bu yazıda Tip 1 DM nedeniyle kliniğimizde takip edilen ve ebeveynleri tarafından tedavi amacıyla reishi mantarı ekstresi içeren bitkisel tablet içirilen ve buna bağlı akut toksik hepatit gelişen bir hasta sunulmuştur. Bu olguyu sunarak ailelerin kronik hastalıkların tedavisinde alternatif tedavi arayışları olabileceğinden hekimlerin dikkatli olması gerektiğini vurgulamak amaçlanmıştır.

OLGU: Tip 1 DM tanısıyla kliniğimizde izlenen 11 yaşında erkek hasta kusma ve karın ağrısı şikayetiyle çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Öyküden hastaya yakınları tarafından Tip 1 DM hastalığının tedavisine yönelik kulaktan dolma bilgilerle yaklaşık bir aydır reishi mantarı ekstresi içeren bir bitkisel tablet verildiği öğrenildi. Özgeçmişinde tip 1 DM dışında özellik yoktu. Fizik muayenesinde epigastrik bölgede hassasiyeti olan ve yaklaşık 2cm yumuşak kıvamda hepatomegalisi olan hastanın yapılan laboratuvar tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri normalden 5 katın üstünde yüksekti. Akut hepatit etiyolojisine yönelik testlerde patoloji saptanmadı. Abdomen ultrasonografisinde hepatomegalisi dışında ek patoloji saptanmadı. Toksik hepatit olabileceği düşünüldü. Ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı. Genel durumu iyi ve karaciğer fonksiyon testlerinin düşmeye başlaması ile ayaktan kontrole gelmek üzere bir hafta içinde taburcu edildi. Yaklaşık 1 ay içerisinde de karaciğer enzimleri normale geldiği görüldü. Literatürde Reishi mantarının tek başına hepatotoksik etkisinin olmadığı bilinmesine rağmen kullanılan bitkisel tablette bilinmeyen başka maddeler ya da başka mantar türleri de olabileceğinden hasta mantar intoksikasyonuna bağlı akut toksik hepatit olarak değerlendirilmiştir.

SONUÇ: Tip 1 DM hastalarında kan şekerinin kontrolünü sağlamak amacıyla hastalar tarafından kullanılan bitkisel ilaçlar karaciğer fonksiyon testlerini bozmakta ve akut toksik hepatite neden olmaktadır. Sonuç olarak kronik hastalığı olan çocuklarda alternatif tedaviye eğilim olabileceğinden eğitimlere çok önem verilmeli hasta yakınları ile yakın ilişki kurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Reishi mantarı, akut toksik hepatit, diabetes mellitus

PP-100

Çocuk Acile Karın Ağrısı Nedeniyle Başvuran Hastaların Eşlik Eden Semptomlar, Cinsiyetlere Göre Karşılaştırılması

Özge Yatir Alkan, Nihal Cankır, Rabia Gönül Sezer, Abdülkadir Bozaykut
Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Karın ağrısı değerlendirilirken iyi bir anamnez ve fizik muayene çoğu olguda tanıya yönlendirmede yardımcı olmaktadır. Hastanın yaşı, ağrının lokalizasyonu, başlama şekli, karakteri, süresi, varsa yayılması, artırıp azaltan faktörler ve eşlik eden semptomları önemli tanısal ipuçları verirler. Bu çalışmada cinsiyetlere göre karın ağrısı nedenleri, ağrı lokalizasyonu, karın ağrısına eşlik eden semptomların varlığı değerlendirilerek epidemiyolojik veriler elde etmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Karın ağrısı şikayeti ile Ocak-Aralık 2015 tarihleri arasında hastaneye başvuran ve acil serviste gözlem altına alınan 0-18 yaş arasındaki 810 olgunun dosyaları retrospektif olarak incelenmiş olup hastaların anamnez dosyaları, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve tetkik sonuçları ve gözlem, izlem notlarına göre hastaların değerlendirmeleri yapıldı.

BULGULAR: Olguların %49,4'ü kız % 50,6'sı erkek hastaydı. Kız hastalarda akut gastroenterit (% 45,3) karın ağrısının en çok görülen sebebi olduğu belirlenmiştir. Bunun devamında en çok görülen karın ağrısı nedeni ise kabızlık (% 21,5) ve üriner sistem yolu enfeksiyonu(%13,5) olarak tespit edilmiştir. Erkek hastalarda ise nedenleri sırasıyla akut gastroentrit (% 46,7), kabızlık (% 22,2) ve üriner sistem yolu enfeksiyonu (% 8,5) olduğu tespit edilmiştir. Çocuk acilde izlenen hastaların karın ağrısı bölge dağılımları incelendiğinde ise en sık tüm batın (%84,3) olarak tespit edilmiştir. Bundan sonra en yüksek oran % 6,2 ile sağ alt kadran'dır. Subrapubik bölge % 4,2'i ile 3. sırada iken, % 3'ü epigastrik bölgede ağrısı olduğunu belirtmiştir. Hastaların karın ağrısına eşlik eden semptomlarına bakıldığında ise % 46,8'inde kusma, %10,6'sında ateş, % 9,4'ünde ishal, % 8,3'ünde kabızlık, % 3,1'inde bulantı saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut karın ağrısı nedenleri sıklığı cinsiyete göre bir farklılık göstermemiştir. Ağrı lokalizasyonu tarifi bize tanıya giden yolda önemli bir belirteç olup, karın ağrısı ile getirilen hastalara yaklaşırken; semptomların ve neden olan patolojilerin yaşla değişebildiği, ön planda dikkat edilmesi gerekenin hasta veya hasta yakınından iyi br anamnez sorgulamasının yapılması ile klinik muayene ve gözlemin yer aldığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: cinsiyet, çocuk, karın ağrısı, kusma

PP-101

Paralitik İleus ile Prezente Olan Çölyak Hastalığı

Sebahat Çam, Asuman Kıral, Yasemin Mocan Çağlar, Ahmet Yılmazer
İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: ÇH(Çölyak Hastalığı) tüm dünyada görülme sıklığı artan bir sağlık sorunudur.Tanısal yöntemlerin geliştirilmesi ile bugün çölyak hastaları tipik bulguların yanı sıra atipik semptomlarla da tanı alabilmektedir.

OLGU SUNUMU: 14 aylık kız hasta 1 aydır olan ishal şikayeti ile çeşitli merkezlerde tetkik ve tedavi edilmiş.Rota ve adenovirüs dahil gayta incelemeleri negatif olan hasta son iki gündür batın distansiyonu gelişmesi ve gaz-gayta çıkışı olmaması üzerine ishal ve paralitik ileus ön tanıları ile servisimize yatırıldı. Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan hastanın,öz ve soygeçmişinde de özellik yoktu.Aşıları tamdı. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı:12 kg (90p). Vital bulguları stabildi. Genel durumu huzursuz ve ajite,orta derece dehidrateydi.Abdominal distansiyonu ve yaygın karın hassasiyeti vardı.Defans ve rebound bulguları yoktu.Diğer sistem muayeneleri doğaldı.Laboratuar sonuçlarında K:3,9 meq/lt ve demir eksikliği dışında bulgu yoktu. Ayakta direkt karın grafisinde multipl hava-sıvı seviyeleri,kolonda yaygın gaz distansiyonu mevcut olup distale gaz gayta geçişi yoktu.Abdomen USG;kolonda distansiyon ve barsak peristaltizmi azalmış ileus ile uyumlu saptandı.İnvajinasyon saptanmadı. Paralitik ileus ve sıvı-elektrolit dengesizliği,dehidratasyonu medikal tedaviye yanıt verdi.Hastanın oral beslenmesi açıldıktan sonra ise ishalin daha şiddetli şekilde tekrar başlaması üzerine çölyak markerları da gönderildi.Doku transglutaminaz Ig A,anti endomisyum antikor,anti gliadin IgA,antigliadin IgG normalin 10 katından daha yüksek,doku transglutaminaz Ig G pozitif saptandı.Yapılan ince barsak biyopsisinde; villus atrofisi,kript hiperplazisi,intraepitelyal lenfositlerde artış görüldü.Doku grubuna bakılan hastada HLA-DQ 2 pozitif(HLA-DQ 8 negatif)saptandı. Hastaya ÇH tanısı konularak glutensiz diyet ve 5 gün steroid tedavisi verildi.Hastanın semptomlarında belirgin iyileşme görüldü.

TARTIŞMA: Kronik intestinal psödoobstrüksiyon ile ÇH ilişkisi literatürde bildirilmiştir.Buna karşı çölyaklı çocuklarda akut paralitik ileus ile ilgili literatür verileri çok azdır.Ulaşılabilen kaynaklarda yalnızca bir olguya yer verilmiştir;Matta R ve arkadaşları 8 yaşında bir kız hastada akut kolonik psödoobstrüksiyon sonrasında ÇH tanısı koymuşlardır.Bizim vakamız 14 aylıkken tanı aldığı için literatürde,akut paralitik ileus tablosu sonrasında ÇH tanısı alan en genç vaka olma özelliğini taşımaktadır.Diğer hastalıklara ek olarak,psödoobstrüksiyon semptomları olan çocuklarda Çölyak hastalığı da akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Paralitik ileus, Kronik İshal, Çölyak Hastalığı

PP-102

Çocukluk Yaş Grubu Akut Viral Hepatit A Olgularının Değerlendirilmesi

Nafiye Urgancı[1], Seda Geylani Güleç[2], Leyla Telhan[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gaziosmanpaşa Taksim EAH, Çocuk Kliniği, İstanbul
[3]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hepatit A virüs (HAV) enfeksiyonu sosyoekonomik düzeyi düşük ülkelerde öncelikle çocukları etkileyen çoğunlukla asemptomatik seyreden bir halk sağlığı sorunudur. Hepatit A oral-fekal yolla bulaşan, kendi kendini sınırlayan, çoğunlukla tam iyileşme ile sonuçlanan bir viral enfeksiyondur. HAV ile enfeksiyon sonucu karaciğerin inflamasyonu olur. Hastalığın kliniğini etkileyen en önemli faktör yaştır. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, beş yaş ve altındaki olguların %90'nında hastalık asemptomatik seyreder, üç yaşından küçük çocukların ancak %5'inde sarılık görülür. Gelişmiş ülkelerde ve yaş semptomların görülme oranları %10-70'lere ulaşır. Bu çalışmada hastanemizde akut viral hepatit A tanısı almış hastaların klinik ve laboratuvar bulguları incelenerek tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM-BULGULAR: Bu çalışmada 2003-2013 yılları arasında Şişli Hamidiye Etfal EAH Çocuk Gastroenteroloji polikliniğinde takip edilen 129 hepatit A tanılı çocuk hasta demografik ve klinik bulguları açısından değerlendirildi. Hastalar 1,5-14 yaş (7±5 yaş) arasında olup, %45'i (n=58) kız, %55'i erkek (n=71) idi. En sık görülen yakınmalar sarılık (%84), bulantı ve kusma (%76,2), idrar renginde koyulaşma (%63) idi. En sık görülen bulgular ise ikter (%95), hepatomegali (%56) idi. Total bilurubin: 5,7±3,5 mg/dl, AST: 1970±1471 IU/L, ALT: 2089±1382 IU/L, hastanede yatış süresi 3-21 gün (7,5±5,2 gün) idi. Hastalardan 21'i atipik kliniklerle seyretti. Bunlardan 5'i fulminan hepatit, 4'ü tekrarlayan hepatit, 3'ü a kalküloz kolesistit idi. Tüm hastalar şifa ile sonuçlandı.

SONUÇ-TARTIŞMA: Hepatit A enfeksiyonu, ülkemizde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Hafif bir klinikle seyredebildiği gibi ağır ve komplikasyonlu bir şekilde de seyredebilir. Ciddi hastanede yatış süresi ve maliyete neden olabilir. Bu nedenlerle özellikle erken çocukluk çağında aşılama prgramına önem verilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hepatit A, enfeksiyon

PP-103

Kusmanın Nadir Bir Nedeni: Dev Omentum Kisti

Gözde Gürpınar, Merve Usta, Abdullah Yıldız, Nafiye Urgancı
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Omental ve mezenterik kistler çocukluk çağının oldukça nadir görülen intraabdominal kitlelerindendir, 20.000 hastadan birinde görülür. Omental kistler de bunların % 2.2 sini oluşturur. Genellikle asemptomatik olmalarına rağmen, akut olarak volvulus ve intestinal infarktüsa bağlı olarak oluşan barsak tıkanıklığı karın şişliği, karın ağrısı, bulantı, safralı kusma, ishal ve kabızlık görülebilecek diğer semptomlardır. Kusma nedeniyle tetkik edilip dev omental kist saptanan olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Doğumdan itibaren kusması olan 1 yaşında kız hasta kusmalarının şiddetlenmesi nedeniyle tetkik amaçlı yatırıldı. Aralıklı ishal ve kabızlık yakınması olan hastanın fizik bakısında ağırlık ve boyu 50-75.persentildeydi ve diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinden tam idrar analizi kan biyokimyasal değerleri, kan gazı, kültürleri, idrar kan amino asitleri, idrar organik asitleri normaldi. Göz muayenesi normal saptandı. Hastaya antireflü tedavi tedavi başlandı, hipoallerjenik diyet denendi ancak kusmasında belirgin bir düzelme olmadı. Görüntüleme yöntemlerinden batın ultrasonografisinde (USG) orta alt kadranda yaklaşık boyutları 45x28 mm olarak ölçülen içersinde kalın ve ince septalarıda izlenen mesane deplase eden kistik lezyon saptandı. Batın manyetik rezonans (MR) incelemesinde içerisinde pelvik bölgede masif olmak üzere barsak ansları arasında perihepatik alana kadar uzanım gösteren yaygın serbest sıvı birikimleri izlendi. Radyolojik ön tanı bağırsaklarda kontrast tutuğu için enflamatuvar bağırsak hastalığı veya septasyon gösterdiği için tüberküloz peritonit? idi. Hastanın tüberküloz teması yoktu. PPD ve Akciğer grafisi normaldi. Akut faz göstergeleri normaldi. Radyoloji ve çocuk cerrahiyle tartışılan hastanın yakınmaları artarak devam ettiği için eksplorasyonuna karar verildi. Hastada transvers kolona ait omentum kisti olduğu görüldü, kist boşaltıldı. Kitlenin patolojik incelenmesi lenfanjiom ile uyumlu bulundu.

SONUÇ: Omental kistler çocuklarda nadir görülen patolojilerdir. Kusma etiyolojisi araştırılırken nadir rastlanan bu doğumsal kistik lezyonlar akılda bulundurulmalı, yaklaşımda radyolojik tanılar klinikle birlikte değerlendirilmeli, yönetiminde cerrahi tedavi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: kusma, çocuk, omentum kist

PP-104

Antifosfolipid Sendromu Tanısı Alan Budd Chiarili Çocuk Olgu

Gözde Gürpınar, Merve Usta, Zeynep Yıldız Yıldırmak, Ozan Özkaya, Nafiye Urgancı
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Budd chiari sendromu (BCS) küçük hepatik venlerden sağ atriyuma kadar herhangi bir seviyede karaciğerin venöz drenajındaki bozulma olarak tanımlanır. Etiyolojide myeloproferatif hastalıklar, herediter veya edinsel hiperkoagulabilite yapan hastalıklar, tümörler, Behçet hastalığı rol oynar. Antifosfolipid sendromu vasküler yatağın tüm segmentlerinde tromboz ile sonuçlanabilen hiperkoagülobilite durumudur. Çocuklarda çok sık rastlanmayan bu birliktelik, bir olgu nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: 11 yaşında kız, bir aydır halsizlik, karın ağrısı, karın şişliği şikayetleri olması nedeniyle yatırıldı. Fizik bakısında patolojik olarak karın şiş, damarlanma belirgin, karaciğer 6/4 cm ağrılı orta sertlikte, dalak ele gelmedi, traube açık perküsyonla asit saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde BK: 17100 Hb:15,2 Trombosit:177 bin AST:911 U/L, ALT 1220 U/L, ALP 127 U/L, GGT 77 U/L, Albumin:3,4 T.Bil:2.0 D.Bil:1,4 PTZ 23,4 saniye, APTT 38,6 saniye, INR 2.01, Eritrosit Çökme Hızı: 32mm/s CRP: 104 tam idrar tetkikinde: (+++) protein bulundu. Batın ultrasonografisinde (USG) ana portal vende ve intrahepatik portal venlerde akım yönü hepatofugal, perikolesistik ödem ile uyumlu görünümler izlendi. Doppler USG hepatik venöz sistemde dolum izlenmedi, ana hepatik vende lümen içi ekojen trombüs materyali izlendi. Budd chiari sendromu tanısı alan hastanın etiyoloji açısından ANA (+), seruloplazmin, alfa 1 antiripsin, viral göstergeleri normal paterjisi (-) göz muayenesi normal olan evre I özofagus varisi saptandı.Tromboz panelinde; Antitrombin 3=0.2 g/lt (0,19-0,31),antikardiyolipin Ig M/G: 9.5/32.3pl-u/ml (>12 pozitif),Faktör 5 leiden homozigot mutant, MTHFR (A1298C) heterozigot mutant olarak saptandı. Coombs testi ve lupus antikoagülanı (+) saptanan hastanın böbrek biyopsisinde özellik saptanmadı. Antifosfolipid sendromu tanısı ile düşük moleküler ağırlıklı heparin, sprinolakton, kortikosteroid, proton pompa inhibitörü, propranolol başlandı. SLE açısından çocuk romatoloji ile birlikte izleme alındı. Kortikosteroid kesilip azothiopurin, hidroksiklorakin başlanan çocuk hematoloji ve gastroenterolojinin izlemindedir.

SONUÇ: Budd chiari nadir, tedavi edilmediğinde hayatı tehdit eden, tedavisi altta yatan nedene ve hepatik venöz dönüşün korunması/artırılmasına yöneliktir. Etiyolojide tromboz yapıcı nedenler araştırılmalı antifosfolipid sendromu düşünülmeli ve yönetiminde multidisipliner yaklaşılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anti-fosfolipid, budd-chiari, karın ağrısı

PP-105

Diffüz Tutulumla Giden Crohn Pankoliti Olgusu

Zeynep Gör[1], Birol Öztürk[2], Safa Mete Dağdaş[1], Bengü Arslan[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Crohn hastalığı (CH), etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, gastrointestinal sistemin (GİS) ağızdan anüse kadar tüm katlarını tutabilen immün aracılıklı bir hastalıktır. Bu hastalıkta tipik tutulum ileum, ileokolik, kolon veya üst GİS şeklinde olabilir. Crohn hastalığının histopatolojisinde en dikkat çekici özellik, Ülseratif kolitten (ÜK) farkli olarak granülomlarla (%10-30) seyredebilmesi ve atlamalı tutulum göstermesidir. Bu nedenle diffüz kolon tutulumuyla giden hastaların ÜK'den ayrılmasında patolojik inceleme önem taşır.

VAKA: 15 yaşında kız hasta, yaklaşık 6 aydır aralıklı devam eden kanlı ishal, kilo kaybı (6 ayda 11 kg) ve ağızda aft şikayeti ile tarafımıza başvurdu. İnflamatuar bağırsak hastalığı (İBH) ön tanısıyla yatırılan olgunun laboratuvar tetkiklerinde Hb:9,8 gr/dL, MCV: 72,4 fL, trombosit: 650000/mm^3, sedimantasyon: 78 mm/sa, 25-OH-D Vit: 6 mcg/L, ferritin:8,9 ngr/ml, B12:180 pcg/ml, pANCA: negatif, ASCA IgA/IgG: pozitif, göz muayenesi normal saptandı. Hastanın MR enterografisinde ileum duvarları kalınlaşmış olarak izlendi. Hastanın yapılan üst GIS endoskopisinde antrumda 2 adet çapı 0,5 cm ülser ve kolonoskopisinde rektumdan çekuma kadar arada kesinti olmadan diffüz tutulumla devam eden frajil mukoza üzerinde yaygın eksudalı ülserler ve ileumda hiperemik mukoza gözlendi. Histopatolojik incelemede en dikkat çekici özellik mide antrumunda granülomlar, tüm kolon segmentlerinde ve ileumda kriptit, kript distorpsiyonu ve granülomlar izlendi. Bunun üzerine hastaya CH tanısı konularak steroid tedavisi ardından azatiyopürin ile remisyon tedavisi başlandı.

SONUÇ: Crohn hastalığı ve ÜK GİS'İ tutan immun aracılıklı hastalıklardır. Bu iki hastalık tutulan bölgeler ve tutulum karakteri açısından farklılık gösterebilir. Hastamızda diffüz kolon tutulumu olmasına rağmen üst GIS tutulumu olması (antrumda ülserler, MR enterografide ileit) ve histopatolojisinde granülomların saptanması nedeniyle CH tanısı konmuştur.

Anahtar Kelimeler: Crohn hastalığı, Granülom, İnflamatuar bağırsak hastalığı,

PP-106

Wilson Hastalığı: Bir Olgu Sunumu

Emre Aygün, Birol Öztürk, Soner Sazak, Saniye Berna Hamilçıkan, Sibel Tuğçe Ekşi, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Wilson Hastalığı (WH), beyinde dejeneratif değişiklikler, karaciğer hastalığı ve korneada Kayser Fleischer halkalarıyla seyreden otozomal resesif bir bozukluktur. İnsidansı 1/30000'dir. Burada, iki aydır süregelen tekrarlayan burun kanaması ve hematüri şikayetleri nedeniyle başvuran ve WH tanısı konulan 8 yaşında bir erkek olgu sunularak, multisistemik bir hastalık olması ve progresif seyretmesi sebebiyle koagulopati ve bisitopeni ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda WH'nin düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

OLGU: Son iki aydır burun kanaması ve hematüri şikayetleri ile dış merkeze başvuran ve tetkiklerinde bisitopeni ile koagülapatisi saptanan 8 yaşında erkek hasta, hemofagositik sendrom ön tanısıyla kliniğimize yönlendirildi. Hastanın fizik muayenesinde; cilt ve skleralarda ikter, karaciğer 3 cm palpabl, dalak 4 cm palpabl, perküsyonda asit saptandı. Hastanın WBC: 5680/mm^3, PLT: 95000/mm^3 AST: 684 U/L, ALT: 241 U/L, GGT: 170 U/L, ALP: 262 U/L, T.bil: 2,46 mg/dl, D. bil: 1,62 mg/dl,PT: 28,2 sn, INR: 2.4, aPTT: 45,97 sn idi. Hematüri, koagülopatisi olması nedeniyle ayırıcı tanıda düşünülen; hemofagositik sendrom, akut lösemi, hemolitik üremik sendrom ve bu semptomlara sebep olabilecek enfeksiyöz nedenler dışlandı. Hastanın viral ve otoimmün hepatit belirteçleri normal bulundu. Göz muayenesinde Kayser Fleischer halkası tespit edildi; kan seruloplazmin düzeyi: 12,8 mg/dl (N:20-54), serum bakır: 90 μg/dl (N:80-180), 24 saatlik idrarda bakır düzeyi: 991 μg/gün (N:3-50) olarak saptandı. Koagulopatisi olması nedeniyle karaciğer biopsisi yapılamadı. Kontrastlı kraniyal MRG'sinde bilateral globus pallidusta sinyal artışı tespit edildi.Hastanın ATP7 Wilson gen analizi compound heterozigot olarak sonuçlandı (ailenin Wilson gen analizleri istendi). Hastaya Trientin tedavisi başlanarak izleme alındı.

SONUÇ: Wilson hastalığı karaciğer, beyin, göz gibi birçok organı tutan ve tedavi edilmezse ilerleyici ve ölümcül seyredebilen nörodejenaratif bir hastalıktır. Hemoliz, koagülopati ve sitopeni ile başvuran hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmeli, acil tanı ve tedavi yaklaşımları uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Wilson hastalığı, koagülopati, hematüri, sitopeni, atp7 gen analizi

PP-107

Dokuz Aylık Bir Bebekte Hirschprung İlişkili Enterokolit

Gökçe Velioğlu Haşlak[1], Yelda Türkmenoğlu[1], Nil Kadriye Dölçel[1], Çinare Esedova[1], Yeşim Acar[1], Doğakan Yiğit[2], Ozan Özkaya[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hirschsprung hastalığı, esas olarak rektosigmoid kolon veya rektumun submukozal (Meissner) ve myenterik (Auerbach) nöral pleksuslarının konjenital aganglionozisi ile karakterize olan doğumsal bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde mekonyum çıkışının gecikmesi dışında hastalar sıklıkla kabızlık nedeniyle başvururlar. Tanıda altın standart rektal biopside ganglion hücrelerinin görülmemesidir. Ateş, kusma, batın distansiyonu, gaz-gayta çıkaramama ve sepsis tablosuyla ortaya çıkan Hirschsprung ilişkili enterokolit, en sık görülen ve mortaliteye neden olabilen bir komplikasyondur. Burada ileus nedeniyle opere edilen ve Hirschsprung ilişkili enterokolit tanısı konan bir hasta sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 9 aylık erkek hasta iki gündür süren ateş, el ve ayaklarında döküntü ve doğduğundan beri devam eden kabızlık şikayetleriyle başvurdu. Muayenede el, ayak ve posterior farenkste papüloveziküler döküntülerin yanı sıra hafif batın distansiyonu, rektal tuşede fışkırır tarzda gaita çıkışı gözlendi. Laboratuvarda Hb: 11.9 g/dl, WBC:8.620/mm3, plt: 343.000/mm3 ve C-Reaktif Protein: 66.7 g/dl olarak saptandı. Ampisilin-sulbaktam tedavisi başlandı, döküntüleri düzelmesine rağmen batın distansiyonu giderek artan, gaita çıkışı olmayan ve sepsis tablosu gelişen hastaya geniş spektrumlu antibiyotikler eklendi, rektal lavman uygulandı. Tüm tedavilere cevap vermeyen ve ileus tablosu gelişen hasta opere edilerek kolostomi açıldı. Rezeke edilen segmentin patolojik incelemesinde ganglion hücreleri saptanmadı. Hastanın operasyon sonrası sepsis tablosu düzeldi.

SONUÇ: Ateş, kusma ve gayta çıkaramama yakınmaları ile başvuran süt çocuklarında; enfeksiyon bulguları varlığında ateş odağı saptansa bile Hirschprung ilişkili enterokolit akılda tutulmalı ve tedavi buna göre planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hirschsprung, Enterokolit

PP-108

Kronik İshalin Nadir Bir Nedeni; Abetalipoproteinemi:

Reyhan Kaya Gümüştekin[1], Nafiye Urgancı[2], Banu Yılmaz[3], Ayşe Merve Usta[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Abetalipoproteinemi otozomal resesif geçişli, hayatın ilk yıllarında büyüme geriliği ve ishal ile ortaya çıkan lipoprotein metabolizma bozukluğuna bağlı bir hastalıktır. Hastanemiz Çocuk Gastroenteroloji polikliniğine başvurarak abetalipoproteinemi tanısı alan olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: 13 yaşında erkek hasta, büyüme geriliği, aralıklı ishal, iştahsızlık ve 3 gündür devam eden karın ağrısı yakınması getirildi. Öyküsünde doğumdan itibaren yetersiz kilo alımı, aralıklı ishal ve yağlı kaka yaptığı, anne baba arasında akrabalık olmadığı öğrenildi. Fizik incelemede vücut ağırlığı; 25 kg (< 3p) ve boy; 130 cm (< 3p) idi. Karında distansiyon saptandı. Diğer muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemelerinde hemoglobin 10.6 mg/dl (N:11-16), lökosit 6810 (N:4500-10500), nötrofil 3170 (N:1780-5380),trombosit 257000 (N:180-400000), biyokimyasında AST: 64 IU/L (N:0-40), ALT: 61 IU/L (N:0-40), kolesterol 53 mg/dl (N:45-182mg/dl) ve trigliserit 69 mg/dl (N:32-99 mg/dl) saptandı. Dışkı incelemesinde yağ ++ pozitif, olgunun, serum trigliserid ve kolesterol düzeyleri düşük, lipit elektroforezinde bulundu, periferik yaymasında eritrositlerde akantositozis gözlendi. Üst gastrointestinal endoskopide özefagus ve mide mukozası tabii, tüm duodenum mukozası ödemli, düzensiz olup foldların üzeri beyaz röfle vermekteydi. Duodenum biopsi materyalinin histopatolojik incelemesinde, villuslarda enterosit stoplazmasında belirgin intrastoplazmik vakuolizasyon saptandı. Bu bulgularla hastaya abetalipoproteinemi tanısı konuldu. Olguya 800 Ü/gün E vitamini, 15000 Ü/gün A vitamini, 600.000 Ü i.m D vitamini ve orta zincirli trigliserit içeren diyet başlandı. Takibinde hastanın şikayetlerinde gerileme oldu, göz ve nörolojik tutulum açısından izleme alındı.

TARTIŞMA: Abetalipoproteinemi, doğumdan itibaren gözlenen ciddi yağ malabsorbsiyonu ile ilişkilidir. İnce barsakta mikrozomal trigliserit transfer protein (MTP) mutasyonuna bağlı olarak MTP fonksiyon kaybı hastalığın bulgularından sorumludur. Kan kolesterol, trigliserid, fosfolipid düzeylerinin düşük olması, lipid elektroforezinde VLDL, LDL ve şilomikron bandlarının görülmemesi ve eritrositlerde akantositoz varlığı ile tanı konulur. Tedavide uzun zincirli yağ asitlerinin sınırlandırılması, orta zincirli trigliseridlerden zengin beslenme, yağda eriyen vitaminlerin replasmanı önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Abetalipoproteinemi, akantositoz, ishal, malabsorbsiyon

PP-109

Akolik Dışkı Ve Kolestazı Olan 42 Günlük Kistik Fibroz Hastası; Olgu Sunumu

Safa Mete Dağdaş[1], Ömer Faruk Beşer[2]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kistik fibroz (KF) otozomal çekinik geçişli bir hastalık olup epitel hücrelerinin plazma membranında Cl taşınmasını bozar. Kolestazın da aralarında bulunduğu çok farklı bulgularla karşımıza çıkabilir. Erken dönemde akolik dışkılama ve kolestaz gibi safra yolları atrezisi (SYA) bulgularıyla başvurup, KF tanısı koyulan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: NSD ile 2890 g doğan 42 günlük erkek hasta sarılık, ishal ve beyaz renkli dışkılama şikayetleriyle getirildi. Vücut ağırlığı 3090g (200g/45gün), cilt ikterik, dışkı beyaz olarak saptandı. Hemoglobin 4,9 g/dL, total bilirubin 3,24 mg/dL, direk bilirubin 2,7 mg/dL, AST 259 U/L, ALT 65U/L, albümin 1,7g/dL, sodyum 133mmol/L, GGT 137 U/L, INR 1,91 idi. Akolik dışkılama ve ultrasonunda safra kesesi görülememesi üzerine SYA şüphesiyle kolanjiyografi yapılıp SYA olmadığı gözlendi. Galaktozemi açısından kan şekeri takibi normal olup, göz muayenesinde katarakt saptanmadı. İdrar redüktan maddesi iki kez pozitif gözlenince galaktoz 1-p üridiltransferaz çalışılıp normal saptandı. Tandem-MS, kan aminoasitleri, idrar organik asit düzeyleri tirozinemi ve diğer metabolik hastalıklar açısından anlamlı saptanmadı. Anti CMV immünglobülin (Ig) M, Anti ToxoIgM, AntirubellaIgM, HSVIgM negatif, alfafetoprotein 1210 ng/ml, alfa1-antitripsin 103mg/dL(normal), kortizol 24,65 mg/dl(normal) olarak saptandı. Dışkıda yağ oranı yüksek (%5,6), kilo alımı yetersiz, hipoalbüminemi ve kolestazı olan hastanın ter testinde CI 79,7 mmol/L, dışkı elastazı<15 mg/ml (normal: >200mg/ml) saptanınca KF tanısı koyuldu. Anne sütü olmayan hasta %30 orta zincirli yağ asidi içeren mama ile beslenmeye başlandı. Beslenmede sodyum içeriği arttırılıp, yağda eriyen vitamin desteği eklendi. Direk bilirubin 3,33 mg/dL, albümin 3,5 g/dL INR 1,04, sodyum 136 mmol/L saptanıp, izlemde yeteri kadar kilo aldığı gözlenen hasta takibe alınarak taburcu edildi.

SONUÇ: Yaşamın erken döneminde gelişen kolestaz ve akolik dışkı öncelikle SYA'yı düşündürür. Ancak KF'nin benzer klinik tabloya yol açabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akolik dışkı, kistik fibroz, kolestaz

PP-110

Poliklniğimize Başvuran Hastalarda Malnütrisyon Değerlendirilmesi

Filiz Gül[1], Nur Şeyma Zengin[1], Seda Geylani Güleç[1], Nafiye Urgancı[2]
[1]Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

GİRİŞ: Malnütrisyon; nütrisyonel yetersizliğe bağlı, önlenebilen veya tedavi edilebilen, normal vücut kompozisyonundaki değişikliktir ve beş yaş altı ölümlerinin %60'ından sorumludur. Çalışmamızda hastanemiz çocuk polikliniğine herhangi bir nedenle başvuran hastalarda malnütrisyon sıklığını ve derecesini saptamayı amaçladık.

YÖNTEM: Aralık 2015- Aralık 2016 tarihleri arasında yaşları 1ay-18 yaş arasında olan 1022 olgunun antropometrik ölçümleri prospektif olarak değerlendirildi. Gomez ve Waterlow sınıflamalarına göre bu ölçümlerin hesapları yapılarak malnütrisyon dereceleri belirlendi. Doğum ağırlığı 2500 gr'ın altında olanlar, prematüre doğanlar ve yenidoğanlar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların yaş ortalaması 5,7±3,9 yaş olup, 501 (%49)'ı kız, 521 (%51)'i erkek idi. Olguların %22,3 (n:228)'ünde malnütrisyon saptandı. Gomez sınıflamasına göre bunların 172 (%16,8)'si hafif, 53 (%5,2)'ü orta, 3 (%0,3)'ü ağır derecede malnütrisyonlu, 794 (%77,7)'ü normal idi. Ağır malnütrisyonlu olan hastamızın biri 14 yaşında ve kız idi; diğerleri ise 2 ve 15 yaşında erkek idi. Waterlow sınıflamasına göre olguların %2,7 (n=28)'si akut, %4,2 (n=44)'si kronik, %1,8 (n=18)'si akut-kronik malnütrisyon olarak tanımlandı; hastaların %91,2(n=932)'si normaldi. İlk 6 ayda yani ek gıda başlanması öncesinde malnutrisyon saptanan hastamız yoktu.

SONUÇLAR: Bu çalışmanın sonuçlarına göre herhangi bir şikayet ile polkliniğe başvuran hastalar arasında malnutrisyon saptanma olasılığı yüksek olması sebebiyle hastaların antropometrik ölçümleri mutlaka yapılmalı ve beslenmeleri sorgulanmalıdır. Genel çocuk poliklniğine başvuran hastalarda; emzirmenin öneminin vurgulanması, doğru zamanda ve doğru besinle ek gıdaya başlanılması ve genel hijyen kuarllarının anlatılması ile malnutrisyon oranlarının düşeceğine inanılmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Malnutrisyon, Ek gıda

PP-111

Akut Pankreatit Gibi Prezente Olan Sporadik Burkitt Lenfoması

Nelgin Gerenli, Burcu Karakayalı, Büşra Eybek, Fikret Asarcıklı, Coşkun Çeltik
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk çağı lenfomaları erişkin lenfomalarına göre çok daha sık ekstranodal tutulumla kendini gösterir ve klinik bulgular hastalığın başlangıç yerine ve yaygınlığına bağlı olarak farklıdır. En sık görülen iki yerleşim yeri abdomen ve toraks'tır. Burada pankreatit nedeniyle interne edilen ve sonrasında Burkitt lenfoma tanısı alan bir olgusu sunulmaktadır.

OLGU: 13 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, kusma şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın öz geçmişinde özellik yok, bilinen kronik hastalığı yoktu. Fiziki bakısında epigastrik bölgede hassasiyet dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Biyokimyasal parametrelerinde amilaz 191 U/l, lipaz 202 U/l, CRP:3.1md/dl, batın USG'de pankreatit lehine tüm pankreas dokusunda yoğunluk artışı saptandı. Akut pankreatit etiyolojisine yönelik enfeksiyöz ve metabolik nedenlerine yönelik yapılan tetkiklerinde özellik görülmedi. Ter testi normaldi. Etiyolojiye yönelik yapılan MRCP'de taş görülmedi, pankreasta ödem dışında özellik saptanmadı. Takiplerinde karın ağrısı gerileyen hastanın yatışının 6. gününde çekilen kontrol USG'sinde pankreatik apse görünümü gözlendi. Tedavinin 10. gününde kusma şikayetleri başladı ve karın ağrısı tekrar etti. Kontrastlı BT ile değerlendirilen hastada pelvis sağ yan duvarından başlayan ve pankreasa doğru uzanan pankreas baş ve boyun kısmını da içine alan kitle (Burkitt lenfoma?, Rabdomiyosarkom?), pankreas boyutlarında artış, splenomegali, splenik ven trombozu, batın içi serbest sıvıda artışı, volvulus ve intusepsiyon ile uyumlu bulgular.Çocuk hematoloji ye konsülte edilen hastaya kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Burkitt lenfoma ile uyumlu blastik hücreler görüldü. Hastaya alkalinizasyon tedavisi ve allopürinol başlandı. Kitleden tru-cut biyopsi yapıldı, Burkitt lenfoma ile uyumlu biyopsi materyali şeklinde raporlandı. Hasta Burkitt lenfoma tanısıyla çocuk onkoloji servisine sevk edildi.

SONUÇ: Çocuklarda akut pankreatit, travma, ilaçlar veya anatomik anomaliler veya mekanik obstrüksiyonlar sonrası oluşur. Burkitt lenfoması çocukluk ekstranodal lenfomalarının büyük bir bölümünü oluşturur fakat pankreas tutulumu bunların sadece % 0,2-2 sinde görülür. Burkkitt lenfoması hızla çoğalan bir tümördür, hastanın durumu saatler içinde değişiklik gösterebilir. Bağırsak obstrüksiyonunu düşündüren semptomlar sık görülür ve yanlışlıkla volvulus, intusepsiyon olarak yorumlanabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, pankreatit, Burkitt lenfoma

PP-112

Joubert Sendromu

Merve Akkaş, Murat Kuşçu, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Suriye uyruklu ve aralarında 1. derece akrabalık olan ailenin PEM ön tanısıyla interne edilen çocuğunda otozomal resesif bir hastalık olan Joubert sendromu saptanmasını anlatan olgu sunumu.

OLGU: 10 aylık erkek hasta acilimize 4 aydır beslenememe, halsizlik şikayeti ile getirildi. Genel durumu kötü, dehidrate, kaşektik görünüyordu. Vital bulguları stabil, 4950 gr tartısı olan hasta PEM ön tanısıyla tanı ve tedavi için interne edildi. Fizik muayenesinde tüm ölçüleri 3. persantilin altında, mikrooftalmi, nistagmus, yüksek damak, düşük kulak, eller fleksiyon postüründe, periferal spastisite, fırlamış topuk mevcuttu. Hastaya nazogastrik sonda ile beslenme desteğine başlandı. Öyküsünde miadında 2000 gr doğum ve bize başvurusundan önce 3 ay Suriye'de hastane yatışı olduğu bir tanı konulamadığı öğrenildi. Hastaya transfontanel,abdominal, üriner USG ve EKO yapıldı. Transfontanel USG de lateral ventriküller dilate, EKO da PDA ve PFO saptandı. Abdominal ve ürİner USG doğaldı. Nöroşirurji kliniği cerrahi girişim düşünmedi. Göz hekimi iris kolobomu saptadı. EEG çekilerek çocuk nörolojisine konsulte edildi. EEG de yaygın organizasyon bozukluğu saptandı. Kranyal MR çekildi. Serebellar vermis aplazisi, superior serebellar pedinküllerde incelme, orta beyinde molar diş görünümü, corpus kallozum displazisi, lateral ventriküllerde yarasa kanadı görünümü saptandı. Bu radyolojik bulgular ve fizik muayene bulguları ile birlikte hastaya Joubert sendromu tanısı konuldu.

SONUÇ: Joubert sendromu otozomal resesif geçiş gösteren nadir bir hastalıktır. Klinik özelliklerinin spektrumu geniştir. Bu sendroma özgü bir gen saptanamamıştır ve patognomonik biyokimyasal bulgusu yoktur. Tanı için klinik ve nöroradyolojik özelliklerin birlikte değerlendirilmesi gerekir. Son çalışmalarda Joubert sendromlu hastalarda kromozom 9q'da hatalı bir bölge saptanmıştır. Hipotoni ve mental retardasyon Joubert sendromunda klinik olarak belirleyici bulgulardandır. Uzun süreli takiplerde şiddetli nöro-gelişimsel ve mental retardasyon bulguları ortaya çıkabilir. Bu sendromda göz bulguları olarak retinal kolobom, retinal distrofi, okulomotor apraksi izlenir. Hastalığa polikistik böbrek hastalığı, hepatik fibrozis, dilin yumuşak doku tümörleri ve polidaktili eşlik edebilir. Joubert sendromu bilinen tedavisi olmayan prognozu kötü olan bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: hipotonisite, Joubert sendromu, molar diş, kolobom

PP-113

Klippel Feil sendromu ile Konjenital lober amfizem birlikteliği

Funda Atash, Kamil Şahin, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Klippel Feil sendromu (KFS), servikal vertebraların oluşumu veya segmentasyonundaki defekten kaynaklanan nadir bir konjenital anomalidir. Hastalığın klinik triadı düşük saç çizgisi, boyun hareketlerinde kısıtlılık ve kısa boyundur. KFS birçok konjenital anomali ve sendromlarla beraber görülebilir. KFS da solunum problemleri, kemik anomalilerine bağlı olarak görülür ve restriktif tipte bulgulara neden olur. Biz de, solunum sorunları ile hastanemize başvurmuş, ancak beklenenin aksine, literatürde rastlamadığımız şekilde, KFS ve konjenital lober amfizemin birlikte görüldüğü altı aylık kız hastayı sunmaktayız.

OLGU: 6 aylık kız hasta 2-3 gündür devam eden nefes almada zorluk sebebi ile hastanemize başvurdu. Özgeçmişinde 2 kez bronşiolit atağı geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenede; genel durumu kötü, solunumu dispneik, taşipneik, sol hemitoraksta solunum sesleri azalmıştı, Kalp atımı 136/dakika /ritmik bulundu, Düşük saç çizgisi, midfasyal hipoplazi, basık burun kökü, skolyoz ve kısıtlı boyun hareketleri mevcuttu. Boy ve tartı persantilleri <%3 bulundu. Laboratuvar incelemeleri nolmaldi. Akciğer grafisinde sol akciğerde havalanma artışı, torakal hemivertebra ve skolyoz gözlendi. Kromozom analizi 46, XX, boyun usg normal bulundu. Toraks bilgisayarlı tomografi incelemesinde, solda daha fazla olmak üzere her iki akciğerde genişlemiş bronşlar görüldü. Bronkoskopide yabancı cisim yoktu, alt segmentlerde mukozal tıkaçlar görüldü. Çocuk göğüs hastalıkları uzmanı tarafından, bu bulgular, lober amfizem olarak değerlendirildi. Boyun grafileri ve servikal tomografisinde, servikal hemivertebra ve fuzyon anomalisi tesbit edildi. Ter testi normal bulundu.

SONUÇ: Klippel Feil sendromunun, otozomal dominant ve resesif kalıtılan şekilleri vardır. KFS insidansı dünyada 1/40000 ve kadınlarda daha sık görülmektedir. Konjenital lober amfizem, etyolojisi tam belirlenememiştit. 1/30 000 oranında erkeklerde ve daha sıklıkla akciğer sol üst lobda görülen bir anomalidir. Belirtiler doğumdan sonra ortaya çıkabilir. Tedavisi cerrahi olarak amfizemli kısmın çıkarılmasıdır. Bizim olgumuzda da tekrarlayan wheezing atakları vardı. KFS da beklenenin aksine tekrarlayan obstrüktif akciğer hastalığına ait tekrarlayan atakları olmuştu. Sonuç olarak rastlantısal olarak birlikte olabilecekleri düşünülmekle birlikte, akciğer bulgularının ön planda KFS olgularında lober amfizem tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bebek, Klippel Feil sendromu, konjenital lober amfizem

PP-114

Pulmoner Hipertansiyon Etiyolojisinde Nadir Bir Tanı: GM1 Gangliosidozis

Leyla Telhan[1], Pınar Yamaç Dilaver[1], Tuba Koçkar[2], Yasemin Topçu[3], Sedat Öktem[2]
[1]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul
[3]İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul

Pulmoner arter basıncının 25 mmHg'nın üzerinde olması pulmoner hipertansiyon olarak tanımlanmaktadır. Pulmoner hipertansiyon, tanımlanabilir herhangi bir nedeni olmayabilen ya da bir ya da daha fazla sayıda altta yatan durumdan kaynaklanabilen, pulmoner dolaşımın küçük damarlarını etkileyen; kronik, progresif ve ölümcül hastalık grubu için kullanılan toplu bir terimdir. Olgular genellikle ilerleyici efor dispnesi, hemoptizi ve/veya sağ kalp yetmezliği bulguları (yorgunluk, çarpıntı, egzersiz ile ilişkili göğüs ağrısı ve senkop) ile başvururlar. Bir aylık iken hastanemizde pulmoner hipertansiyon tanısı almış, 4. ayında ani taşipne ve solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine bronkopnömoni tanısı ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı yapılan erkek hasta, tedaviye yanıt alınamaması üzerine entübe edilerek mekanik ventilatörde izlendi. Hastanın solunum sıkıntısında gerileme görülmemesi sebebiyle yapılan ekokardiyografide pulmoner arter diastolik basıncı 30 mmHg ölçüldü, pulmoner arter dilatasyonu, pulmoner yetmezlik ve sağ ventrikül hipertrofisi tespit edilerek hastaya prostasiklin ve sildenafil başlandı. Toraks BT'de kardiyomegali, her iki akciğer parankiminde akciğer ödemiyle uyumlu yaygın buzlu cam görünümü, her iki akciğer alt loblarda dağınık konsolidasyon alanları; ilk planda enfektif sürece sekonder olarak değerlendirildi. Bronkoskopi yapıldı, BAL'da lipid yüklü makrofaj saptandı. Trakeostomi açılarak ev tipi ventilatörde izlenen hastanın batın distansiyonunun giderek artması nedeniyle yapılan ultrasonografisinde hepatosplenomegali ve masif efüzyon görüldü. Göz dibi incelemesinde Japon bayrağı görünümü tespit edilmesi üzerine gönderilen lizozomal depo hastalığı enzim paneli ile hasta GM1 gangliosidoz tanısı aldı. GM1 gangliosidoz, dokularda sfingolipid, GM1 gangliosid, glikoprotein bağlı oligosakkaridler ve keratan sülfat birikimi ile seyreden bir lizozomal depo hastalığıdır. Literatürde pulmoner hipertansiyonun eşlik ettiği bir GM1 gangliosidoz vakası bulunmadığından bu olgu ile nadir görülen bir lizozomal depo hastalığına dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Hipertansiyon, GM1 Gangliosidozis, GM1 Gangliosidoz

PP-115

Trakeobonşial Sistemin Mukoepidermoid Karsinomları; Çocukluk Çağı Hemoptizisi ve Solunum Sıkıntısının Az Bilinen Bir Sebebi

Eren Çağan, Bünyamin Güney, Havva Hasret Çağan
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bursa

AMAÇ: Çocukluk çağının akut solunum sıkıntısının enfeksiyöz, anatomik, alerjik ve yabancı cisim gibi birçok nedeni bulunmaktadır. Tümörler ise akut solunum sıkıntısının çok az bir kısmını oluşturmaktadır. Trakeobonşial sistemin mukoepidermoid karsinomları (TSMK) ise tüm yaş gruplarında çok nadir bir hastalıklardır. Biz bu yazıda hemoptizi, öksürük, solunum sıkıntısı şikayeti ile başvuran ve tüberkülozu taklit eden çok nadir çocukluk çağı hastalığı olan TSMK'lu bir vakayı sunuyoruz. Çocuk hekimlerinİ bu nadir hastalık için bilgilendirmeyi amaçlıyoruz.

OLGU: Onbeş yaşında erkek hasta solunum sıkıntısı, öksürük ve kan tükürme şikayeti ile başvurmuştu. Yaklaşık üç ay önce şikayetlerinin başladığı ve 4-5 kez sinüzit ve alt solunum yolu nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Fizik muayene takipneik, dispneik ve anksiyeteliydi. Minimal inspiratuar stridoru vardı. Tırnak yataklarında siyanoz mevcuttu. Her iki akciğerde yaygın ralleri ve ekspriyum uzunluğu mevcuttu. pO2: %90, pCO2; %40, pH; 7.28 idi. Koagülasyon testleri ve biyokimyasal parametreleri normaldi. Akciğer grafisinde kanamaya bağlı özellikle orta ve alt zonlarda intersitisyel infilrasyon ve havalanma artışı vardı. Akciğer tomografisinde pnömomediastinum, yaygın cilt altı anfizem ve trakea orta 1/3'lük kısmında tüm trakea iç lümenini kapatanve minimal hava geçişine izin veren intratrakeal kitle görüldü. Yatışının onsekizinci saatinde operasyon ile kitle total çıkartılarak trakea rekonstriksiyonu yapıldı. Kitlenin histopatolojik incelemesinde kistik mukoepidermoid karsinom tespit edildi. Hastanın yaklaşık bir yıldır sorunsuz olarak izlenmektedir.

SONUÇ: Mukoepidermoid karsinomlar trakeobronşial bezlerin ikinci sıklıkta görülen neoplazmıdır ve tüm akciğer kanseri olgularının % 0,2'lik kısmını oluşturmaktadır. Semptom ve bulgular tümörün hava yolu ve lümende büyümesi ile ilişkili olup öksürük, hemoptizi, tekrarlayan pnömoni ve nefes darlığıdır. Bazen TSMK bronşial astımı taklit edebilirler. Bazende bizim hastamızda olduğu gibi tüberkülozu taklit edebilmektedir. İnsidansın çok düşük olması ve spesifik semptom vermemesi nedeni ile bu hastalar çoğunlukla gözden kaçar. Erken tanı ve uygun tedavi ile oldukça iyi bir sağkalım elde edilebilir. Sonuç olarak Bronşiyal astım ve tüberküloz benzeri semptomları tedaviye rağmen düzelmeyen hastalarda TSMK akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hemoptizi, Mukoepidermoid karsinom, Tüberküloz

PP-116

Çocuklarda Nadir Görülen Bir Spontan Pnömomediastinum Vakası

Nur Şeyma Zengin, Esra Karabağ Yılmaz, Tuğçe Kalaycı Oral, Seda Geylani Güleç
Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Pnömomediastinum mediastende serbest hava bulunmasıdır. Alveolar rüptür sonrası açığa çıkan serbest havanın akciğerin hilusuna, mediastene veya boyunda cilt altı dokulara yayılmasıdır. Spontan olarak nadir görülen, daha çok uzun boylu, ince yapılı adölesan erkekleri etkileyen bir durumdur. Çocukluk çağında pnömomediastinumun en sık rastlanan nedeni astım atağıdır. Ayrıca çocuk yaş grubunda akut bronşiolit nedeniyle ortaya çıkan şiddetli öksürük de mediastinal amfizeme neden olabilir. Potansiyel olarak öldürücü bir durum olması nedeniyle hızlı tanı konulması önemlidir. Bu yazı tekrarlayan bronşiyolit atakları geçiren, takipsiz hastamızda spontan pnömomediastinum saptamamız nedeniyle sunuldu.

OLGU: Yedi yaşında kız hasta 2 gün önce başlayan nefes darlığı, öksürük ve morarma şikayetleri ile başvurdu. Astım, pnömoni öntanısıyla interne edildi. Özgeçmişinde tekrarlayan bronşiyolit öyküsü mevcuttu. Fizik muayenede genel durum düşkün, nabız:158, solunum sayısı 28/dk, SPO2:%92, ateş yok, her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, bilateral orta ve alt zonlarda raller, tek tük ronkus mevcuttu. Ağırlık 3-10P, boy 50P idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:13.4gr/dl, lökosit:20.600, PNL:%94, Trom:553.000 /mm3,CRP:8.5gr/dL, IgE:850IU/L idi. Biyokimyasal tetkikleri normaldi. Hastanın poliklinikten çekilen PAAC grafisinde parakardiyak ve hiler infiltrasyonlar, paratrakeal alanlarda hava gölgesi, aort topuzu belirgin olması üzerine Toraks BT istendi. Toraks BT'de Mediastende diffüz serbest hava, perikardiyal alanlarda serbest hava vardı. Ekokardiyografisinde pnömoperikardiyuma bağlı suprasternal bakıda arkus izlenmedi. EKG'si normal olup iskemi bulgusu izlenmedi. Kan gazında pH:7.43, PCO2:35, PO2:97, HCO3:23. Seftriakson ve teikoplanin IV verildi, budesonid nebül başlandı. Pnömomediastinum etyolojisi açısından çekilen boyun BT de trakeada distalde bifurkasyon öncesinde sol anteriolateral duvarda fissür tarzında defekt izlenmekteydi.Hastanın genel durumu her an kötüleşebileceğinden çocuk yoğun bakıma sevk edildi. Takipte hava spontan rezorbe olmuş. Hastanemiz allerji ve immunoloji polikliniğinden halen astım tanısıyla takipte olan hastada deri prick testinde ev tozuna karşı allerji saptandı.

SONUÇ: Spontan pnömomediastinum çocuklarda nadir görülen bir durum olmasına karşın göğüs ağrısı ayırıcı tanısında mutlaka araştırılmalıdır. Özellikle tekrarlayan bronşiyolit, astım gibi öyküsü olan hastalarda dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: astım, pnömomediastinum, spontan

PP-117

On İki Aylık Bir Kız Bebekte Konjenital Morgagni-Larrey Diyafragma Hernisi

Safa Mete Dağdaş[1], Yelda Türkmenoğlu[1], Kübra Karanis[1], Doğakan Yiğit[2], Ozan Özkaya[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital diafragma hernileri diyafragmanın kapanamaması sonucu karın içi organların göğüs kafesi içine doğru herniye olmasıyla oluşan, eşlik edebilen akciğer hipoplazisi nedeniyle mortalitesi ve morbiditesi yüksek konjenital hernilerdir. Çogunlukla yenidoğanlarda görülen konjenital diyafram hernisilerinin %95'inden fazlasını posterolateral yerleşimli Bochdalek hernisi, geri kalanlarını Morgagni-Larrey hernisi ve diğer nadir tipler oluşturur. Morgagni-Larrey hernisi sternumun her iki tarafında içlerinden internal mammarian arterlerin geçtiği ön bölgede yer alır ve ileri yaşlara kadar bulgu vermeyebilir. Burada solunum sıkıntısı nedeniyle yatırılan ve radyolojik değerlendirme sonucu Morgagni-Larrey hernisi tanısı almış, on iki aylık bir kız hasta sunulmaktadır.

OLGU: On iki aylık kız hasta bir haftadır süren burun akıntısı, öksürük, nefes almakta zorlanama şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinde tekrarlayan akciğer enfeksiyonu öyküsü olan hastanın fizik muayenesinde büyüme geriliğinin yanı sıra subkostal ve suprasternal çekilmeler, taşipne ve krepitan raller saptandı. Akciğer grafisinde sağ diyafragmada seviye farkı ve solda şüpheli gaz gölgesi alanları görüldü, kontrastlı toraks BT'de sağda karaciğerin, solda ise transvers kolona ait görüntünün toraksa içinde yer aldığı görüldü ve hasta çocuk cerrahisine operasyon amaçlı devredildi.

SONUÇ: Akciğerin konjenital malformasyonlardan olan konjenital diyafragma hernisinin tanısında akciğer grafisi önemli bir yer tutmaktadır. Bu olgu ile, özellikle tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan süt çocuklarında akciğer grafisinin bu tip malformasyonlar yönünden dikkatli değerlendirilmesinin erken tanı ve tedavi açısından önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Konjenital diyafragmatik herni, Morgagni - Larrey hernisi

PP-118

Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Bir Yıllık Ter Testi Deneyimimiz

Erdal Sarı, Abdulkadir Bozaykut, Nihan Uygur Külcü, Özlem Temel, Güner Emel Yolsal, Ömer Eroğlu
Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Ter testi kistik fibroz tanısı koymak için altın standart olarak kabul edilen testtir. Kistik fibroz ekzokrin salgı bezlerini tutan solunum yolları, gastrointestinal sistem ve üreme organlarını etkileyen sistemik bir hastalıktır. Ocak 2015'te yenidoğan tarama programına dahil edilen kistik fibroz taraması için topuk kanında bakılan IRT (immün reaktif tripsinojen) sonuçlarında çıkan yüksek sonuçlar, ter testi önemini artırmıştır. Bu çalışmada amacımız kistik fibroz tarama ve doğrulama amacıyla ter testi istenen olgularda sonuçları paylaşmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya yenidoğandan itibaren 18 yaşına kadar olan olgular dahil edildi. Ter testi istenen hastalardan terde klor ölçümüyle test uygulandı. 60 mmol/l'nin altındaki değerler negatif kabul edildi, 60-89 mmol/l arasındaki sonuçlar şüpheli kabul edildi ve bir sonraki vizitte test tekrarlandı, 90 ve üzerindeki değerler pozitif kabul edildi. Çalışmaya 1 Ocak -31 Aralık 2016 tarihleri arasında başvuran olgular dahil edildi.

BULGULAR: Terde klor ölçümüyle test uygulanan 1904 olgudan şüpheli sonuç veren 58 (%3) olgu vardı. Bu olgulara ileri bir tarihte tekrar ter testi uygulandı. Olguları 26'sında (% 1,36) pozitif sonuç elde edildi ve kistik fibroz tanısı konuldu. Kisitik fibroz hastalığı düşünülen olgular aile bilgilendirmesi yapılarak Çocuk Göğüs Hastalıkları ve Çocuk Gastroenteroloji bölümlerine yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kronik ishal, malnutrisyon, tekrarlayan solunum bulguları, açıklanamayan gastrointestinal patolojiler, yenidoğan döneminde mekonyum tıkacı gibi kistik fibroz şüphesi taşıyan hastalara ter testi yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından son iki yıldır tarama programına dahil edilen topuk kanında IRT değerlerinde yüksek sonuçlar ter testiyle doğrulanmalıdır. Kolay uygulanabilirliği, invaziv olmaması ve hastanın erken tanı alması açısından ter testinin önemini göstermeye çalıştık. Özellikle yenidoğan topuk kanında kistik fibroz hastalığı yönünden şüpheli sonuç veren bebekler ter testi yapılarak erken tanı ve tedavinin planlanmasının önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: ter testi, immün reaktif tripsinojen, kistik fibroz, yenidoğan tarama

PP-119

Akut Batın Tablosu ile Başvuran Orak Hücreli Anemi Hastası

Elif Habibe Aktekin, Meltem Cömert, Elif Çoban, İlhan Abidin, Derya Arslan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Hemoglobin S, beta zincir molekülünde 6. pozisyonda glutamin yerine valin kodlaması ile oluşur. Orak hücreli anemi; hemoglobinin nerdeyse %90 nının hb S tarafından oluşturulan, oraklaşmayla seyreden, hemolitik bir anemidir. Burada akut batın tablosu ile gelen bir orak hücreli anemi hastasını sunmayı amaçladık.

OLGU: Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 3.5 yaşında kız çocuğu, karın ağrısı ve kusma şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Fizik muayenede vücut ısısı: 39 C', kalp tepe atımı: 120 /dk solunum sayısı: 30 /dk olan hastanın batın muayenesinde hassasiyet ve rebound olması üzerine akut batın şüphesi ile yapılan batın usg'de invajinasyon tespit edildi. Hasta çocuk cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Ancak ameliyat esnasında invajinasyon görülmeyip batın içinde çok sayıda mezenterik lap izlendi, ekzisyonel biopsi alınıp ameliyat sonlandırıldı. Laboratuar tetkiklerinde Wbc: 16820 /mm3 Hb: 7.7 gr/dl Mcv:86.7 fl Plt:266 000 / mm3 Crp:29 mg/l Ldh:683 u/l Retikulosit: %14.39 Ast: 87 u/l Alt: 15 u/l idi. Hastanın periferik yaymasında ciddi hipokromi ve anizositozla birlikte polikromazi izlendi. Eritrositer seride çok sayıda orak hücre ve target hücresi izlendi. Hastaya bu bulgularla orak hücreli anemi tanısı konuldu. Hastadan hemoglobin elektroforezi gönderildi. Hastaya 100 mg/kg/gün seftriakson ıntravenöz başlandı. Takibinde ateşinin düştüğü ve batın muayenesinin rahatladığı gözlendi. Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlandı. Folik asit haftada 2 gün 1 tablet kullanmak üzere şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Orak hücreli anemi nadir de olsa ileri yaşta akut batın tablosunu taklit ederek ilk defa tanı alabilir.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı, karın ağrısı, orak hücreli anemi

PP-120

Toksik İlaç Alımı Sonrası Akut Hemoliz Atağı ve Konvülsiyon İle Gelen Hasta

Elif Habibe Aktekin, Meltem Cömert, Derya Arslan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Konya

AMAÇ: Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği X'e bağlı kalıtım gösteren bir hastalık olup, ilaçlar ya da bakla yenmesi ile tetiklenen hemolitik bir anemidir. Burada ilaç alımı sonrası hemoliz atağı ile gelip ilk tanısını alan bir hastayı sunduk.

OLGU: Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 23 aylık erkek çocuk sarılık ve kusma şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Fizik muayenede ateş: 36 C' solunum sayısı: 40 /dk kalp tepe atmı: 150 /dk olup cilt ve skleralar ikterik idi, hepatosplenomegali tespit edilmedi. Laboratuar tetkiklerinde Wbc: 44460 /mm3 Hb: 3.1gr/dl plt: 565000 /mm3 Mcv:82.1 fl Retikulosit: %14.1 Ürik asit: 10.1 mg/dl Total bilirubin:4.8 mg/dl Direkt bilirubin: 0.67 mg/dl İndirekt bilirubin: 4.1mg/dl Ldh: 1938 u/l idi. Periferik yaymasında ciddi anizositoz poikilositoz ve polikromazi ile birlikte çok sayıda blister hücresi ve normoblastlar görüldü. Hastaya 10 cc/ kg eritrosit süspansiyonu verildi, allopurinol ve hidrasyon başlandı. Takibinde jenaralize tonik klonik vasıfta yaklaşık 5 dakika kadar süren nöbeti olması üzerine çekilen beyin MR'ında; bilateral kapsüler yapılarda, periventriküler beyaz cevherde ve sentrum semiovale düzeyindeT2A görüntülerde ve FLAİR sekansta hiperintens izlenen sinyal değişiklikleri kaydedilmiştir (toksik ensefalopatiye bağlı görünüm ?). Hastanın hastane başvurusundan 3 gün önce naftalin yediği öğrenildi. Nöbeti tekrar etmeyen hastanın takibinde bilirubin ve ürik asit düzeylerinin normale geldiği görüldü. Mevcut tabloyla glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği düşünülen hastaya haftada 2 gün folik asit tedavisi başlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz enzim eksikliği ilaç alımı, akut infeksiyonlar ve ya yiyeceklere bağlı gelişen akut hemoliz atakları ile tanı alır.

Anahtar Kelimeler: akut hemoliz, glukoz 6 fosfat dehidrogenaz eksikliği, konvülsiyon, naftalin alımı

PP-121

Parvovirüs B19'a Bağlı Aplastik Kriz ile Tanı Alan Herediter Sferositoz

Gamze Akca Dinç[1], Canan Albayrak[2]
[1]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun
[2]Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Bilim Dalı, Samsun

AMAÇ: Herediter sferositoz,eritrosit membran protein eksikliği sonucu hemolize yatkınlığın artması; anemi, sarılık ve dalak büyüklüğü gelişmesiyle seyreden bir hastalıktır. Herediter sferositoz komplikasyonlarından aplastik kriz özellikle parvovirüs B19'a bağlı olarak gelişmektedir. Burada Parvovirüs B19 virüsü enfeksiyonuna sekonder aplastik krizle tanı alan herediter sferositozlu bir vaka sunulmuştur.

OLGU: On dört yaşındaki kız hasta, üç gündür olan halsizlik ve gözlerde sararma nedeni ile getirildi. Fizik muayenesinde karaciğer kot altında 2 cm kadar palpabl idi, dalak inguinalde palpe ediliyordu. Abdominal USG sinde karaciğer 164 mm, dalak 192 mm boyutunda idi, safra taşı yok, hepatosplenomegali mevcuttu. Viral seroloji testlerinde Parvovirüs B19 IgG ve IgM pozitif olarak saptandı. Hastaya kemik iliği aspirasyonu yapıldı, kemik iliğinde hiposellüler görünüm mevcuttu, tüm serilerde üretim azalmıştı, blastik hücreye rastlanmadı, Parvovirüs enfeksiyonuna bağlı aplastik kemik iliği olarak değerlendirildi. İki ay sonra poliklinik kontrolüne geldiğinde ozmotik frajilitesi artmış olarak saptandı.

SONUÇ: Herediter sferositoz hastaları yenidoğan döneminde sarılık ve anemi ile, infant ve adolesan dönemde ise aplastik,megaloblastik ve hemolitik anemi atakları ile başvururlar. Parvovirüs B19 hemolitik anemilerde aplastik kriz yapabilir, bizim vakamız da aplastik krizle başvurdu. Bu olguyu on dört yaşında pansitopeni ile başvuran Parvovirüs'e bağlı aplastik kriz saptanan ve herediter sferositoz tanısı alan bir vakaya dikkat çekmek için hazırladık

Anahtar Kelimeler: parvovirüs B19, pansitopeni, herediter sferositoz, adolesan yaşta tanı alan herediter sferositoz

PP-122

All Trans Retinoik Asit (ATRA) İlişkili Eksfolyatif Dermatit

Munise Çalışkan[1], Zeynep Canan Özdemir[2], Yeter Düzenli Kar[2], Özcan Bör[2]
[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji/Onkoloji Bilim Dalı, Eskişehir

AMAÇ: Akut promiyelositer lösemi, akut myeloid löseminin bir alt tipidir. t(15;17) anomalisi ile birliktedir. Bu mutasyon sonucu oluşan PML-RARα transkripti promyelosit evresinde lökositlerin farklılaşmasında duraklamaya neden olur. All trans retinoik asid (ATRA) tedavinin en önemli bileşenidir. ATRA seçici olarak PML-RARα transkriptine bağlanıp diferansiasyonu suprese eden protein kompleksinin RARα'dan ayrılmasını sağlayarak etkisini gösterir.Böylece immatür promiyelositlerin diferansiyasyonu ve apopitozunu uyarır. Eksfolyatif dermatit nadir görülen bir yan etkisi olup, bildiğimiz kadarı ile şimdiye kadar sunulan çocuk hasta bulunmamaktadır.

OLGU: 11 yaş 8 aylık erkek hasta alt ekstremitede ve sırtta ekimoz ve diş eti kanaması şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenede; soluk görünümde, molar diş hizasında sızıntı şeklinde kanama, alt ekstremite ve sırtta en büyüğü 10x10 cm büyüklüğünde ekimotik alanlar görüldü. Laboratuar tetkiklerinde hemoglobin:8,3 gr/dl, beyaz küre:31200/mm3, nötrofil:26400/mm3, platelet:10.000/mm3, D-dimer: >36, fibrinojen:162 mg/dl, periferik kan yaymasında %60 myeloblastik karakterde hücre görüldü. Kemik iliği aspirasyonu yapıldı. Genetik ve akım sitometri incelemeleri sonucunda AML-M3; t(15;17) tanısı konuldu. Hastaya kemoterapi tedavisi ile eş zamanlı olarak ATRA (45 mg/m2/gün) tedavisi başlandı. ATRA tedavisi başlandıktan üç ay sonra bilateral palmar-plantar bölgede ve topuklarda difüz eritem ve deskuamasyon olduğu izlendi. Sistemik steroid, antihistaminik ve topikal steroid içeren kremler ile lezyonlarda düzelme olmadı. ATRA tedavisi kesildikten sonra klinik bulgular tamamen düzeldi. ATRA tedavisi ile ilişkili cilt toksisitesi olarak değerlendirildi.

SONUÇ: ATRA tedavisi ile ilişkili yaygın görülen yan etkiler; baş ağrısı, halsizlik, eritem, karaciğer enzimlerinde yükselme ve hipertrigliseridemidir. Eksfolyatif dermatit nadir görülen bir cilt rahatsızlığı olup kırmızı zemin üzerinde çeşitli cilt bulguları ile seyretmektedir. Henüz patogenezi aydınlatılamamış olup, immünolojik, genetik faktörler ve ilaç metabolizmasındaki değişikliklerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut promyelositik lösemi, all trans retinoik asit, eksfolyatif dermatit

PP-123

Akut Apandisit Bulguları ile Başvuran Akut Miyeloid Lösemi: Bir Olgu Sunumu

Mustafa Büyükavcı[1], Gizem Ay[2], Aysel Yucak[3], Zeynep Kahyaoğlu Akkaya[4], Atahan Kanbur[2], Dilek Dönmez Ersavaş[2]
[1]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Onkoloji BD, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Sakarya
[3]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi AD, Sakarya
[4]Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji AD, Sakarya

Lösemiler çocukluk çağında en sık görülen malign neoplazmlardır. Akut myeloid lösemi kas ve kemik ağrıları, lenfadenopati, ateş, kırgınlık, hepatosplenomegali ve kanama belirtileri ile gelebilir. Akut apandisit ise çocukluk çağında acil abdominal cerrahi için en sık endikasyondur ve anoreksia, periumbilikal ağrı, sağ alt kadrana yerleşen ağrı, kusma, ateş, lokalize veya yaygın peritoneal hassasiyet belirtileri ile ortaya çıkmaktadır. Akut apandisit bulguları ile başvuran akut lösemi olguları çocukluk çağında son derece nadir görülmektedir. Burada, akut apandisit bulguları ile gelerek opere edilen ve akut myeloid lösemi tanısı alan bir olgumuzu sunuyoruz.

OLGU: On yaşında erkek hasta on beş gündür devam eden ateş, on gün önce başlayan kusma ve ishal şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 36.7oC, kalp tepe atımı 74/dk, solunum sayısı 24/dk ve tansiyon arteriyal 100/60 mmHg olup karın sağ alt kadranda palpasyonla hassasiyet dışındaki bulguları normaldi. Hepatosplenomegali ve lenfadenopati saptanmadı. Laboratuar değerlendirmesinde beyaz küre 46300/mm3, hemoglobin 8.8 gr/dL, trombosit 121000/mm3 ve eritrosit sedimentasyon hızı 51 mm/saat rapor edildi. Akut batın düşünülen hastaya yapılan batın ultrasonografisinde apendiks çapının 15 mm, duvar kalınlığının 5 mm olarak ölçüldüğü, perfore apandisit ile uyumlu görüldüğü ve mezenterde en büyüğü 25 mm ölçülen multipl lenfadenopatiler izlendiği rapor edildi. Anemisi nedeniyle hastaya bir ünite eritrosit transfüzyonu verilmesinin ardından apendektomi uygulandı. Hastanın apendektomi sonrası izleminde hemoglobin 10.1 gr/dL, beyaz küre 20900/mm3, trombosit 74200/mm3 ve laktat dehidrogenaz 1397 U/L olarak tespit edildi. Periferik kan yayması incelemesinde %38 lenfosit, %62 dar bazofilik sitoplazmalı, sitoplazmik çıkıntıları olan, nadiren nükleolleri gözlenen mononükleer hücreler (L1 tip lenfoblast?) izlendi. Bunun üzerine malignite düşünülen hastanın yapılan kemik iliği yaymasının incelemesinde %26 lenfosit ve %74 oranında periferik kan yaymasındakine benzer niteliklerde blastik hücreler izlendi. Kemik iliği örneğinde çalışılan akım sitometrisi akut myeloblastik lösemi ile uyumlu olarak rapor edildi. Apendiks materyalinin histopatolojik değerlendirmesinde de lösemik infiltrasyon gözlendi.

Anahtar Kelimeler: Akut apandisit, akut lösemi, çocuk

PP-124

Hemofagositik Lenfohistiyositoz Tanılı İki Olgunun Klinik Özellikleri ve Genetik Analizi

Kamuran Karaman, Hadi Geylan, Mecnun Çetin
Yüzüncü Yıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van

Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH); T-lenfositler ve natural killer (NK) hücrelerin fonksiyonlarında bozulma, makrofaj ve T-lenfositlerin aktivasyonu, proinflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu klinik tablo ile karakterizedir. Hastalığın genetik (primer) ve edinsel (sekonder) olmak üzere iki şekli bulunmaktadır. Birinci olgumuz dört aylık kız hasta pansitopeni nedeniyle tarafımıza başvurdu, anamnezinde ailenin ilk çocukları olduğu, muayenesinde vücut sıcaklığı 38.5C°, kan basıncı 80/50 mmHg,cilt ve mokuzalar aşırı soluk görünümde, dalak 5cm ve karaciğer 3 cm kadar palpabl idi, laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 6.3g/dL, kırmızı küre 2.5x109/L, beyaz küre sayısı 3x109/L,mutlak nötrofil sayısı 400/mm3, trombosit sayısı 53x109/L, serum trigliserid düzeyi 529mg/dL, serum ferritin düzeyi 1172 µg/mL olarak saptandı. Hastanın çalışılan perforin geni 2.3 ekzonda p.G149S(c.445G>A) mutasyonu homozigot olarak pozitif saptandı. İkinci olgumuz 5.5 yaşındaki erkek hasta; Anne ve baba arasında ikinci derece akrabalık olduğu saptandı. Fizik muayenede; vücut sıcaklığı 38.6C°, kan basıncı 90/60 mmHg, dalak ve karaciğer 3 cm kadar palpabl idi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 12g/dL, kırmızı küre 4.4x109/L, beyaz küre sayısı 3.2x109/L,mutlak nötrofil sayısı 800/mm3, trombosit sayısı 70x109/L; Laktat dehidrogenaz (LDH) 603u/L, serum alanin transferaz (AST) düzeyi 301u/L, serum aspartat transferaz (ALT) düzeyi 115 u/L, serum trigliserid düzeyi 422mg/dL, serum sodyum düzeyi 128 mEq/L, serum ferritin düzeyi 1753 µg/mL olarak saptandı. Kemik iliği aspirasyonu değerlendirilmesinde hemofagositoz yapmış histiyositler görüldü. Hastanın çalışılan perforin geni 3.2 ekzonda A523D mutasyonu homozigot olarak pozitif saptandı. Her iki olgumuzda genetik analiz tetkiklerinin sonuçlanması beklenmeden Histiosit cemiyetinin 2009 HLH tanı kriterlerine göre; ateş, bisitopeni, hepatit, splenomegali, hiperferritinemi, hipertrigliseridemi, hiponatremi ve kemik iliği incelemesinde hemofagositoz yapmış histiyosit saptanması üzerine HLH tanıları konulup HLH 2004 kemoterapi protokolü başlanmıştı. Burada nadir görülen perforin gen mutasyonu pozitif familial HLH'li iki çocuk olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Familyal hemofagositik lenfohistiyositoz, perforine gen,pansitopen

PP-125

Dirençli Demir Eksikliği Olan Bir Olguda İntestinal Hamartom

Gülcihan Gülcan Özdemir, Özgü Hançerli, Işık Odaman Al, Ezgi Paslı Uysalol, Başak Koç, Günsel Kutluk, Nihal Özdemir
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Demir eksikliği tüm dünyada karşılaşılan en sık anemi nedenidir. Demir eksikliği anemisi alım yetersizliği, emilim bozukluğu ve kayıp durumlarında görülebilmektedir. Çocukluk çağında en fazla süt çocukluğu ve menstrüasyon gören ergenlerde görülür; ancak büyüme hızı artmış ve gereksinimleri yeterince karşılanmayan tüm çocuklar risk altındadır. Burada demir eksikliği anemisinin nadir bir nedeni olarak intestinal hamartomu olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Dokuz yıldır tedaviye dirençli demir eksikliği anemisi tanısı ile takipli 16 yaşında kız hasta hastanemize aralıklı karın ağrısı, halsizlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesi doğal olan hastanın yapılan tetkiklerinde BK:6600/ul Hb:6,5g/dL, MCV:69,9fL, Plt:278.000/ul, Serum demir düzeyi:46μg/dL, TDBK:390μg/dL, Ferritin:7,9ng/mL, Transferrin saturasyonu:%11,7 saptandı. Koagulasyon parametreleri, TİT, batın USG doğaldı. Demir eksikliği anemisi uygun doz ve sürede oral ve intravenöz demir tedavisine cevap vermeyen hastaya kemik iliği aspirasyonu (KİA) ve endoskopi yapıldı. Üst gastrointestinal endoskopide; pangastrit, distal özofagit, korpus antrum bileşkesinde hamartomatoz yapılar, alt gastrointestinal endoskopide; rektumda mukozada midedekinin benzeri hamartomatoz yapılar gözlenen aktif kanama izlenmeyen hastanın patolojisinde helikobakter pylori gastriti saptandı. Kemik iliği aspirasyonu normal saptanan hastaya helikobakter pylori eradikasyon tedavisi başlandı. Ancak takiplerinde aneminin derinleşip, transfüzyon ihtiyacının oluşması, gaytada gizli kanın pozitifleşmesi üzerine hastaya kapsül endoskopi yapıldı; Midede bir adet aktif kanaması olmayan hamartamatöz lezyon, jejenumda yama tarzında çorak toprak görünümü, tüm jejenum ve proksimal ileumda hamartamatöz lezyonlar görüldü. Proksimal jejenumdaki aktif kanamalı lezyonlar nedeni ile lümende taze kan mevcuttu.

SONUÇ: Demir eksikliğinin dirençli seyrettiği hastalarda etyolojide rutin taramalarla neden bulunamazsa hematüri, hemosiderozis, çölyak hastalığı, pica, demir kullanımını etkileyen genetik bozukluklar ve olgumuzda saptanan gastrointestinal sistemden kayıpla seyreden hastalıklar gibi nadir sebepler düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: anemi, demir eksikliği, intestinal hamartom

PP-126

Nadir Bir Olgu Konjenital Lösemi

Özgü Hançerli, Gülcihan Gülcan Özdemir, Tuğba Nur Tahtakesen, Seda Yılmaz Semerci, Müge Payaslı, Ezgi Paslı Uysalol, Nihal Özdemir
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital lösemi yaşamın ilk ayında görülen ve prognozu kötü olan seyrek rastlanan bir hastalıktır. İlk bir yıl içinde görülen lösemilerin %1'ini oluşturur. İnsidansı her 4.7 milyon canlı doğumda bir olarak bildirilmiştir. Olgularda genellikle lökositoz, peteşi, ekimoz, hepatosplenomegali, kütanöz nodüler lezyonlar ve santral sinir sistemi tutulum bulguları görülmektedir. Burada 1. gün bakılan kan sayımında lökositoz tespit edilerek tanı alan bir konjenital lösemi olgusu ve yönetimindeki zorluklar anlatılmıştır.

OLGU: İntrauterin gelişme geriliği olan, annesi gebeliği sırasında 2 kez idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle antibiyotik kullanan, fizik bakısında özellik saptanmayan kız hastanın postnatal 1. gününde bakılan tetkiklerinde BK:129.660/ul, Hb:12,8g/dl, Plt:31.000/ul, üre:42mg/dl, kreatinin:1,32mg/dl, ürik asit:13,5mg/dl, P:5mg/dl, LDH:1922u/l bulundu. Periferik yaymasında L_1 tipi blast görüldü. Kemik iliği incelemesinde %90 L_1 tipi blast, akım sitometri sonucu PreB Akut lenfoblastik lösemi (ALL) ile uyumlu saptandı. Beyin omurilik sıvısında tutulum yoktu. Hastaya interfant protokolü başlandı. Ürik asit yüksekliği nedeniyle rasburikaz verildi, ürik asit normale döndü. Takibinde hastanın kan ve BOS kültürlerinde Klebsiella üremesi saptandı. Tedavinin 5. günü tümör lizis sendromu ve böbrek yetersizliği gelişen hastaya tam kan değişimi yapıldı. Kan değişimi ile böbrek yetmezliğinden çıkan hastanın 8. gününde steroid tedavisine yanıtlı olduğu görüldü (MBS:600). Nekrotizan enterokolit nedeniyle opere edildi. Tedavisinin 20. günü genel durumu kötüleştiğinden kemoterapi kesildi, hasta 23. gününde kaybedildi.

SONUÇ: Yaşamın ilk ayında görülen konjenital lösemilerin çoğunluğu akut myelositik lösemidir, ALL ise nadirdir. Hastamızın kemik iliği incelemesi daha nadir görülen ve daha kötü prognozlu olan ALL ile uyumlu idi. Olgular genelikle kanama veya enfeksiyon sebebiyle kaybedilir. Kötü prognozlu ve mortalitesinin yüksek olduğu bilinen konjenital lösemili olgumuz sepsis ve multi organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

Anahtar Kelimeler: konjenital, lösemi, trizomi, yenidoğan

PP-127

Burun Kanaması ile Başvuran Adolesan Bir Olguda Superwarfarin Toksisitesi

Burcu Hıdımoğlu[1], Nejla Çelenk Uysal[1], Emine Zengin[2], Nazan Sarper[2]
[1]Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Kocaeli
[2]Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Hematoloji BD, Kocaeli

Süperwarfarinler (brodifocum, indanediones) potent ve uzun etki süreli antikoagülanlardır. Tek dozu takiben birkaç haftadan aya kadar ciddi kanama bozukluklarına yol açabilir. Aşırı antikoagülasyon ekimoz, hematüri, menoraji, melena, epistaksis, gingival kanama, hemoptizi, hematemez ve intrakranial kanamayla sonuçlanabilir.

OLGU: Öncesinde sağlıklı olduğu bilinen 15,5 yaşında erkek hasta burun kanamasıyla başvurdu. Öyküsünden sünnet ve el parmaklarında kontraktür nedeniyle opere olan hastanın cerrahiye bağlı ve mukoza kanamaları olmadığı öğrenildi. Burun ve diş eti kanamalarının 20 gündür devam ettiği önceleri tamponla kanamasını kontrol edebildiği ama son günlerde tampona rağmen kanaması devam edince başvurdukları merkezde PT 71,6 sn INR 6,04, aPTT 38,1 sn ile K-vitamini yapılıp tarafımıza yönlendirilmiş. Özgeçmişi, soy geçmişinde özellik olmayan hastanın muayenesi; ağırlığı ve boyu normal persantillerde, vital bulguları stabil, burunda ve nazofarenksde kanama ile mezokardiyak odakda 1/6 sistolik üfürüm dışında doğaldı. Laboratuvarında hb 15, 4 g/dL, MCV 78,6 fL, lökosit 8756/mm3, trombosit 201900/mm3, periferik yaymada trombositler kümeli, eritrositler normositer normokrom, sayımda %60 PMNL, %32 lenfosit, %7 monosit ve %1 eozinofil görüldü. PT 52,6 sn INR 6,1 aPTT 44,3 sn, fibrinojen 224 mg/dL, D-dimer negatif, trombin zamanı 15 sn, PFA-100 kanama zamanı normal, F7 %3, F8 %107, vWF %122, F9 %23, F5 %94, F10 %18,7, protein C %11, protein S %14, antitrombin %107, karışım testi normal ile karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal saptandı. Öykü fizik muayene ve laboratuar ile K vitamini eksikliği düşünüldü. Öyküsü derinleştirildiğinde yaklaşık bir ay önce fare zehirine maruz kaldığı öğrenildi. Hastaya aktif kanaması nedeniyle 20 mg intravenöz K-vitamini ve taze donmuş plazma verildikten sonra INR 1,27 oldu. Hastayı 3x20 mg oral K-vitamini ile takibe aldık. Yirmi gün sonra burun kanaması ve INR 5 bulununca K-vitamini 3x30 mg'a çıkarıldı. İki ay sonunda K-vitamini tedricen azaltılıp kesildi. Sonuç olarak; süperwarfarin rodentisid alımından sonra antikoagülan etkisi belirlenen hastalar yakın takip ve birkaç haftaya kadar tekrarlayan vitamin K uygulamasına ihtiyaç duyarlar.

Anahtar Kelimeler: Superwarfarin, fare zehiri, k-vitamini eksikliği

PP-128

Karın Ağrısı ile Başvuran Pankreatit Nedenli İzlenen Burkitt Lenfoma Tanısı Alan Olgu

Büşra Eybek[1], Burcu Karakayalı[2], Nelgin Gerenli[3], Fikret Asarcıklı[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Anabilim Dalı, İstanbul
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk çağı lenfomaları erişkin lenfomalarına göre çok daha sık ekstranodal tutulumla kendini gösterir ve klinik bulgular hastalığın başlangıç yerine ve yaygınlığına bağlı olarak farklıdır. En sık görülen iki yerleşim yeri abdomen ve toraks'tır. Burada atipik yerleşimli olan, pankreatitle kendini gösteren bir Burkitt lenfoma olgusu sunulmaktadır.

OLGU: 13 yaşında erkek hasta, antenatal ve perinatal öyküsünde özellik saptanmadı. Hastanın özgeçmişinde özellik yok, bilinen kronik hastalığı yok, öncesinde hastanede yatış öyküsü yok. Acil servisimize karın ağrısı şikayetiyle başvurdu. Biyokimyasal parametrelerinde amilaz 191, lipaz 202, crp:3.1 görülen hastada yapılan Batın USG'de pankreatit lehine yoğunluk artışı dışında ek patoloji saptanmadı. Hasta acil müşahadeden Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisimize interne edildi; oral alımı stoplandı, iv hidrasyonu sağlandı, ampisilin sulbaktam antibiyoterapisine başlandı. Akut pankreatitin enfeksiyöz ve metabolik nedenlerine yönelik yapılan tetkiklerinde özellik görülmedi. Ter testi normaldi. Viral serolojisinde aktif viral enfeksiyon görülmedi. Etyolojiye yönelik yapılan MRCP'de taş görülmedi, pankreasta ödem dışında özellik saptanmadı. Takiplerinde karın ağrısı gerileyen hastanın yatışının 6. gününde çekilen kontrol USG'sinde pankreatik abse görünümü gözlendi. Ampisilin sulbaktam tedavisi durdurularak meropenem başlandı. Hastanın durumu, abse drenajı açısından çocuk cerrahisi ve girişimsel radyoloji ile görüşüldü fakat drenaj gerektirecek derecede koleksiyon saptanmadığı belirtildi. Hastanın meropenem tedavisinin 10. gününde kusma şikayetleri başladı ve karın ağrısı tekrar etti. Kontrastlı BT ile değerlendirilen hastada pelvis sağ yan duvarında kitle (Burkitt lenfoma?, RMS?), pankreas boyutlarında artış, splenomegali, splenik ven trombozu, batın içi serbest sıvıda artış görüldü. Hasta çocuk hematolojiye konsülte edilerek kemik iliği aspirasyonu ve biyopsisi yapıldı. Burkitt lenfoma ile uyumlu blastik hücreler görüldü. Hastaya alkalinizasyon tedavisi ve allopürinol başlandı. Girişimsel radyoloji tarafından kitleden tru-cut biyopsi yapıldı, Burkitt lenfoma ile uyumlu biyopsi materyali şeklinde raporlandı. Hasta Burkitt lenfoma tanısıyla çocuk onkoloji servisine sevk edildi.

Anahtar Kelimeler: Batında kitle, Akut pankreatit, Burkitt lenfoma

PP-129

Cheidak-Higashi Sendromu Olgu Sunumu

Hadi Geylan[1], Kamuran Karaman[2], Enis Sabancıoğulları[1], Mecnun Çetin[1]
[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Van

Cheidak-Higashi sendromu (CHS), ağır immun yetmezlik, kanamaya yatkınlık, tekrarlayan bakteriyel enfeksiyonlar, parsiyel okulokutanöz albinizm, ilerleyici nörolojik defisit ile karakterize bir hastalıktır. Altı aylık kız hasta ateş, kusma ve solukluk şikayetleriyle getirildiği çocuk polikliniğinde alınan öyküsünden, bir hafta önce bu şikayetleri ile başvurdukları merkezde tedavi verildiği ve şikayetlerinin devam etmesi ve bakılan tetkikinde hemoglobin ve trombosit düşüklüğü olması nedeniyle araştırılmak üzere polikliniğimize başvurduğu öğrenildi. Daha önce sık enfeksiyon geçirme öyküsünün olmadığı, anne-baba arasında akrabalık olmayan ve tek çocuk olan olgunun fotofobisinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; halsiz görünümde olduğu, solukluk, 38 ºC ateş, fotofobi tespit edildi. Karaciğer 2cm, dalak 2cm palpabl ve lenfadenopati yoktu. Laboratuvar incelemelerinde; hemoglobin 9.7 gr/dl, lökosit sayısı 8500/mm3, mutlak nötrofil sayısı 1100/mm3, trombosit sayısı 46000/mm, karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal idi. Periferik kan yaymasI değerlendirmesi eritrosit seri normokrom normositer, %72 lenfosit, %8 reaktif lenfosit, %14 parçalı, %6 monosit,3-4 lü kümeli trombosit görüldü. Lenfositlerde ve monositlerde intra stoplazmik inklüzyon cisimciği görüldü. Kemik iliği aspirasyonu değerlendirmesi normoselüler heterojen kemik iliği olup, her üç seri mevcuttu, normoblastlar arasında köprüleşme izlendi, myelositer seri elemanlarının stoplazmasında dev inklüzyon cisimcikleri saptandı, myeoid/eritrosit oranı 3/1, yabancı hücre infiltrasyonu izlenmedi. Cheidak-Higashi sendromu tanısı konulan hastada genetik analiz açısından CHS1/LYST mutasyonu çalışıldı sonucubekleniyor. Kök hücre nakli açısından aile içi donör tayini açısından HLA doku grupları çalışıldı, sonucu bekleniyor.

Anahtar Kelimeler: Cheidak-Higashi sendromu, çocuk, sitopeni

PP-130

Jüvenil Myelomonositik Lösemi Bir Olgu Sunumu

Hadi Geylan[1], Perihan Tunçdemir[1], Kamuran Karaman[2]
[1]Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Van
[2]Yüzüncü Yıl Üniversitesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Van

Juvenil miyelomonositik lösemi (JMML) erken çocukluk çağında görülen, pediatrik lösemilerinin %2 kadarını oluşturan, hematopoetik kök hücrenin klonal bozukluğu sonucu monositik ve granülositik hücrelerin aşırı proliferasyonu ile karakterize habis bir hastalıktır. Daha öncesinde tamamen sağlıklı olan 2.5 yaşındaki kız hastanın; son iki aydan beridir kollarda, bacaklarda mor renkte döküntüler ile iki haftadır olan ağız içinde ve dudak çevresinde yara şikayetleri başlamış. Bu şikayetlerle başvurdukları merkezde yapılan tetkiklerde lökositoz ve trombositopeni saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmiş. Fizik muayenede; vücut sıcaklığı 36.6C°, kan basıncı 90/60 mmHg, ağız içinde hafif bukkal mukozit, bilateral submandibular en büyüğü 1,5x0,5 cm ebadında birkaç adet ağrısız, mobil, elastiki kıvamda lenfadenopatileri ve bilateral extremitelerde yaygın peteşiyel vasıfta döküntüleri vardı. Ayrıca batın muayenesinde; karaciğer 4 cm palpabl, traube kapalı, dalak nonpalpabl idi. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 10.6g/dL, kırmızı küre 4.2x109/L, beyaz küre sayısı 32.8x109/L, mutlak nötrofil sayısı 19.000/mm3, trombosit sayısı 45x109/L; Laktat dehidrogenaz (LDH) 409u/L, HbF düzeyi %62 idi. Periferik yayma değerlendirilmesinde; eritrositler normokrom-normositer, nötrofillerde hipersegmentasyon ve vakuolizasyon ile ring nötrofiller saptandı; %5 bazofil, %4 miyelosit, %2 metamiyelosit, %6 Monosit, %25 lenfosit, %58 nötrofil görüldü. Trombositler her alanda en fazla üçlü kümeli olarak izlendi. İmmatür hücre görülmedi. Kemik iliği aspirasyonu değerlendirilmesinde; normosellüler heterojen kemik iliği, her üç seri mevcut. Maturasyon tam olarak izlenip, myeloid serinin eritroid seriye oranı 8-9/1 olarak saptandı. Kmeik iliği aspirasyon yaymasında ayrıca immatür hücre oranı <%5 olup yabancı hücre infiltrasyonu görülmedi.Yapılan sitogenetik tetkiklerde; PTPN 11 (Noonan Analizi):Ekzon 3 te heterozigot p.Asp61Tyr (c.181 G^T) mutasyonu saptandı. BCR/ABL1 mutasyonu negatif olarak saptandı. Yapılan tüm batın ultrasonografi incelemesinde hepatosplenomegali dışında normal saptandı. Hastaya kök hücre transplantasyonu yapılması planlandı; bu açıdan aile içi HLA doku grupları çalışıldı, sonuçları bekleniyor. Hasta halen kliniğimizde ayaktan gerektiğinde kan ürünü replasman tedavileri yapılarak takip ediliyor.

Anahtar Kelimeler: Juvenil miyelomonositik lösemi, PTPN 11 gen, lökositoz

PP-131

Santral Venöz Kateteri Bulunan Onkoloji Hastasında Saptanan Asemptomatik Sağ Atrial Trombüs

Durdugül Ayyildiz Emecen[1], Sema Doğan Vural[2], Dildar Bahar Genç[2], Zeynep Yıldız Yıldırmak[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Uzun dönem kemoterapi alan onkoloji hastalarında santral venöz kateter, hasta konforunu arttıran bunun yanında bakımı ve komplikasyonları yönünden yakın takip gerektiren ilaç uygulama yöntemlerinden biridir. Santral venöz kateter in sık görülen komplikasyonlarından biri de trombüstür. Onkoloji hastalarında trombüs riski, artmış prokoagülan aktivite, immobilizasyon, araya giren infeksiyonlar, cerrahi tedaviler ve kemoterapi nedeniyle daha yüksektir. Sağ atrial trombüs ise daha nadir görülen ancak pulmoner veya sistemik emboliye neden olabileceğinden unutulmaması gereken önemli komplikasyonlardan biridir. Olgumuz osteosarkom nedeniyle tedavi görüp santral venöz kateteri bulunan ve rutin kontrollerinde asemptomatik sağ atriyal trombüs saptanan bir hastadır.

OLGU: 16 yaşındaki kız hastada sol radius yerleşimli osteosarkom saptandı; hastaya medikal ve cerrahi tedavi uygulandı. Takibinde akciğer metastazı tespit edilerek lobektomi yapıldı. Metastaz açısından yapılan toraks tomografisinde sağ atriumda kitle görüldü ve yapılan ek tetkiklerle, sağ atriumdaki hareketsiz kitlenin trombüs olduğu belirlendi. Tromboza eğilim açısından yapılan taraması normal sınırlarda tespit edilen hastaya varfarin sodyum başlandı. Hastanın mevcut tedavisi ile trombüsün seyri açısından izlemi devam etmektedir.

SONUÇ: Santral kateteri olan onkoloji hastası çocuklarda trombüsler asemptomatik de görülebileceğinden erken tanı ve tedaviye erken başlamak için hastaların düzenli olarak izlenmeleri gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: santral venöz kateter, trombüs, osteosarkom

PP-132

Hemofagositik Lenfohistiyositoz Gelişen Hastada Nadir Bir Tanı: Griselli Sendromu

Tuğba Demircan Bilen[1], Funda Tekkeşin[2], Fikret Asarcıklı[2], Ülkü Miray Yıldırım[2], Burcu Karakayalı[1], İsmail İşlek[1], Ceyhun Bozkurt[3], Tunç Fışgın[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul
[3]İstinye Üniversitesi, Medikal Park Hastanesi, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Griselli sendromu, otosomal resesif geçişli nadir bir hastalık olup açık ten rengi, gümüş grisi saçlar, tekrarlayan ateş atakları ve enfeksiyonlarla karakterizedir. Sendromda değişik derecelerde immun yetmezlik ve nörolojik bulgular görülebilir. Birçok hastada kontrol edilemeyen T lenfosit ve makrofaj aktivasyonu sonucu Hemofagositik lenfohistiyositoz (HLH) gelişir. Hematopoetik kök hücre nakli (HKHN) yapılmadığı takdirde en geç ilk dekatta ölümle sonuçlanır.

OLGU: Dokuz aylık kız hasta, onbir gündür devam eden ateş nedeni ile hastanemize başvurdu. Fizik incelemesinde hepatosplenomegali ve tetkiklerinde pansitopenisi olan hastaya geniş spektrumlu antibakteriyel ve antifungal tedavi başlandı. Geniş spektrumlu antibiyotik tedavisine rağmen devam eden ateşi, splenomegalisi, pansitopenisi, hiperferritinemisi, hipofibrinojenemisi, hipertrigliseridemisi olan hastanın kemik iliği aspirasyon değerlendirmesinde malign hücre infiltrasyonu ve hemofagositoz saptanmammasına karşın HLH düşünülen hastaya intravenöz immünglobülin (IVIG) uygulandı. Açık ten rengi, gümüş grisi saçları olan olgunun incelenen saç telinde; saç teli gövdesinde pigment kümelerinin varlığı görülerek Griselli Sendromu ön tanısı ile çalışılan Rab27a mutasyonu homozigot pozitif saptandı. Uygun tedavinin kök hücre transplantasyonu olması nedeniyle HKHT merkezine sevk edildi. Hastanın allojeneik HKHN sonrasında izlemi aynı merkezde devam etmektedir.

SONUÇ: HLH tablosu ile başvuran ve saç telinin ışık mikroskobu altında incelenmesi ile Griselli sendromu tanısı alan hastalarda tedavi sonrası remisyon sağlanmasını takiben HKHN ile kür sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Griselli, Hemofagositoz, Sendromu

PP-133

Plevral Efüzyon ile Başvuran Hastalarda Malignitenin Öntanıdaki Yeri, Sinovyal Sarkom

Tahir Aydın, Özlem Akgün, Emel Ataoğlu, Ayşe Bahar Budan Çalışkan, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Çocuklarda plevral efüzyon çoğunlukla akciğer enfeksiyonlarına ikincil gelişmekle birlikte nadiren sebep malignite olabilir. Biz olgumuzda plevral efüzyonla gelen hastada sistemik muayenenin önemine ve nadir de olsa malignitenin ayırıcı tanıda dikkate alınması gerektiğine yer vermek istedik.

OLGU: On dört yaşında erkek hasta acilimize nefes darlığı, göğüs ağrısı, sağ kasık bölgesinde şişlik ve zayıflama şikâyetiyle başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde solunum sesleri kaba, sol altta solunum sesleri sağa göre belirgin azalmış olduğu saptandı. Batın muayenesinde sağ alt kadranda inspeksiyonla görülebilen, palpasyonla hassas kitle mevcuttu. BCG skarı izlenmedi, diğer sistem muayeneleri doğaldı. CRP:9 mg/dl ESR: 6mm/saat saptandı. Yapılan diğer tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Çekilen akciğer grafisi plevral efüzyon ile uyumlu olduğu için nonspesifik antibiyoterapi olarak Ampisilin-Sulbaktam tedavisi başlandı. Tüberküloz teması öyküsü olduğu için PPD yapıldı. 3mm saptandı. Kontrastlı toraks tomografisi planlandı. Yorumunda plörezi saptandığı ancak plörezinin parapnömonik olmadığı ve tüberküloz lehine bulgu saptanmadığı, gözlenen noduler yapıların metastaz(?) olabileceği belirtildi. Sağ inguinal bölgedeki kitle için ultrason planlandı. Kitle yapısının hemorajik olduğu ve nekrotik alanlar içerdiği belirtildi. Batın tomografisi yapıldı. Sağ eksternal obtrator kas lokalizasyonunda tümü inceleme alanına girmeyen, büyük oranda kistik solid komponentleri bulunan, kalsifikasyonlar içeren 12x5 cm boyutlarında kitle lezyonu izlendi(rabdomyosarkom?)" şeklinde geldi. Satürasyonları %95'in üstünde ve ciddi solunum sıkıntısı olmaması sebebiyle toraks tüpü takılması düşünülmedi. Hasta Çocuk Cerrahisi ve Onkoloji bölümü olan bir merkeze konsulte edildi. Eksizyonel biyopsi kararı verildi. Ameliyat sonrası patoloji raporunda "High Grade İğsi Hücreli Sinovyal Sarkom" tanısı konularak Onkoloji servisine yönlendirildi.

SONUÇ: Sinovyal sarkom çocukluk çağı yumuşak doku sarkomları içinde bile nadir görülen bir hastalıktır. Plevral efüzyon saptanan hastada ilk düşünülecek olan tanı parapnömonik plevral efüzyondur. Laboratuvar ve klinik bulguları uyumlu olmayan hastalarda ileri incelemeler yapılarak ön tanılar arasında malignite de göz önüne alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Kanserleri, Plevral Efüzyon, Plörezi, Sinovyal Sarkom

PP-134

Çocukluk Çağında Çomak Parmağın Nadir Bir Sebebi; Hodgkin Lenfoma

Gökçe Velioğlu Haşlak, Muhammed Nurullah Yakut, Seda Yolgiden Güren, Hilal Susam Şen, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çomak parmak, distal falanks tırnak arasındaki 165 derecelik açının artarak tırnak konveksitesinin bozulması sonucu oluşan sistemik ve intratorasik hastalıklarla birlikte görülen bir semptomdur. Çocukluk çağında en sık nedenler; konjenital kalp hastalıkları, bronşektazi, kistik fibroz, enfektif endokardit, çölyak hastalığı ve inflamatuar barsak hastalıklarıdır. Nadiren; gastrointestinal sistem maligniteleri ve Hodgkin lenfoma'da da görülebilir.

OLGU: Öncesinde sağlıklı 9 yaşında erkek olgu nefes darlığı ve boyunda şişlik yakınmalarıyla getirildi. Öyküsünde nefes darlığının 8 aydır olduğu, antibiyotik ve nebulize salbutamol tedavileri verildiği, son dönemde nefes darlığının arttığı ve boyunda şişlik eklendiği öğrenildi. Fizik incelemede inspeksiyonda el ve ayak parmaklarında çomaklaşma görüldü, palpasyonda sağ supraklavikuler bölgede 2 x 3 cm boyutlarında lastik kıvamında, ağrısız, fikse ve düzgün sınırlı lenfadenopati, batın muayenesinde hepatosplenomegali palpe edildi. Tam kan sayımı ve biyokimyasal tetkikleri normal olan olgunun sedimentasyon değeri 82 mm/saat bulundu. Boyun USG incelemesinde sağ supraklavikuler alanda 2,5 x 3,2 cm boyutlarında yağlı hilusu seçilemeyen düzensiz sınırlı konglomere lenfadenopati; abdomen USG incelemesinde karaciğerde multiple hipoekojen nodüler lezyonlar ve batın içerisinde çok sayıda lenf nodu görüldü. İki yönlü akciğer grafisinde üst ve orta mediastende genişleme görüldü. Supraklavikuler lenf nodu biyopsisi sonrası Hodgkin lenfoma tanısı konan olgu ileri tetkik ve tedavisine devam edilmek üzere çocuk onkoloji bölümüne devredildi.

SONUÇ: Hodgkin lenfoma çocukluk çağında görülen malignitelerin %7'sini oluşturur. Olgular en sık ağrısız, lastik kıvamında servikal lenfadenopati ile başvururlar. Çomak parmak çocukluk çağında nadiren de olsa intratorasik lenf nodu tutulumu olan Hodgkin lenfoma ile birlikte görülebilir. Bu olgu ile çocukluk çağında çomak parmak nedenlerini hatırlatmak ve Hodgkin lenfoma ile birlikte görülebileceği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Çomak parmak, Hodgkin lenfoma

PP-135

Mediastinal Kitle Olmaksızın Plevral Efüzyonla Başvuran T Hücreli ALL Olgusu

Eren Alkan[1], Dilek Hatipoğlu[1], Zeynep Yıldız Yıldırmak[2], Nazan Dalgıç[3], Sare Güntülü Şık[4]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul
[4]Özel Acıbadem Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk çağında plevral efüzyon, başta pnömöni olmak üzere, genellikle akciğerin enfeksiyöz hastalıklarından kaynaklanmaktadır.Erişkinde plevral efüzyon etyolojisinde ilk üç sırada olmasına karşın maligniteye bağlı plevral efüzyonlar çocuklarda ender olarak görülmekte ve çoğunlukla mediastinal kitle ile birliktedir.

OLGU: Olgumuz 2,5 yaşında kız hasta dış merkeze nefes almada zorluk ve ateş şikayetiyle başvurmuş. Tetkiklerinde plevral efüzyon görülmesi üzerine toraks tüpü takılarak antibiyoterapisi başlanmış. Hastanın takipnesi, subkostal çekilmeleri olması nedeniyle hasta çocuk yoğun bakım ünitemize sevk edildi.Hastanın tam kan sayımında hemoglobin: 12 g/dl, lökosit: 13830/uL,nötrofil:10780/uL trombosit: 470000/uL, CRP:247 mg/L, prokalsitonin: 0,6 ng/ml, eritrosit sedimentasyon hızı 28 mm/saat, biyokimya tetkikleri normal olarak saptandı. Hastadan alınan plevral mayi örneğinde glukoz: 20 mg/dl, protein: 57407 mg/dl, lökosit: 12,600/mm3 (%10 nötrofil, %90 lenfosit) şeklinde sonuçlandı.Nonspesifik ve spesifik kültürlerinde üreme saptanmadı.Yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta Çocuk Enfeksiyon servisine alındı.Hastanın tekrarlanan bilgisayarlı toraks tomografisinde sol tarafta plevral efüzyonunun devam ettiği ve mediastende patolojik boyutta ve karakterde lenf nodu saptanmadığı görüldü.Hastada klinik düzelme olmaması nedeniyle; tedavisi geniş spektrumlu antibiyoterapi olacak şekilde düzenlendi. Tüberküloz açısından gönderilen serum örneğinde Quantiferon TB-Gold testi negatif, plevral mayi örneğinde Adenozin deaminaz testi normal sınırlarda saptandı.Hastanın periferik kan yaymasında %2 oranında atipik lenfosit görüldü.İmmün yetmezlik açısından istenen immünglobulin düzeyleri ve lenfosit alt grupları normal sınırlarda bulundu. Hastanın izlemi sırasında sol aksiller bölgede 3x2 cm boyutunda lenfadenomegali gelişti. Eksizyonel biopsi ve aynı zamanda kemik iliği aspirasyonu yapıldı.Sonuçlar T hücreli Akut lenfoblastik lösemi ile uyumlu geldi.Hasta daha sonra Çocuk Hematoloji Kliniğine devredilerek tedavisi düzenlendi. Halen kemoterapisi devam etmekte olup plevral efüzyonları tekrar etmemektedir.

SONUÇ: Çocukluk çağında plevral efüzyon ile başvuran olgularda infeksiyon ve enflamasyon ön planda düşünülmesine rağmen, özellikle tedaviye yanıt alınamadığında malignitelerin düşünülmesi gerekmektedir.Maligniteler içerisinde de daha çok mediastende kitle yapan tümörlerde plevral efüzyon görülmekte iken nadir de olsa mediastinal kitle olmayan tümörlerde de plevral efüzyon görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Malignite,Plevral Efüzyon,T Hücreli ALL

PP-136

Beyin Sapı Gliomu: Olgu sunumu

Ramina Rzayeva[1], Pınar Kiper Mısırlıoğlu[2], Durdugül Ayyıldız Emecen[1], İhsan Kafadar[3], Sevilay Kök[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Polikliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Polikliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Beyin sapı tümörleri tüm beyin ve spinal kord tümörlerinin %8-15'ini oluştururlar. Çocukluk çağının ortalarında ve sonlarına doğru daha sık görülürler. Cinsiyet farkı gözetmeyen tümörlerdir. Pons tümörleri fokal, dorsal ekzofitik ve diffüz olmak üzere üçe ayrılır. Diffüz pons gliomu pons gliomu hastalarının %75-80 oluşturur. Yüksek dereceli ve kötü prognozlu tümör türüdür. Olgumuzda 2 gündür sol kol ve bacakta güçsüzlük şikayetiyle çocuk acil polikliniğine başvurup pons tümörü tanısı alan hasta sunulmaktadır.

OLGU: 4 yaşında kız hasta 2 gündür sol kolda ve sol bacakta güçsüzlük şikayetleri ile başvurdu. Özgeçmişinde özelliği yoktu. Nörolojik sistem muayenesinde sol hemiparezi, sol ekstremitelerde 3/5 kas gücü kaybı mevcuttu. Laboratuvar değerleri normal sınırlarda idi. Hastanın kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde beyin sapında kitlesel lezyon saptandı ve pons gliomu lehine yorumlandı. Beyin cerrahi kliniği tarafından inoperable olarak değerlendirilen hastanın tedavisi radyasyon onkolojisi tarafından planlandı.

SONUÇ: Çocukluk çağı pons gliomlarının yerleşim yerine göre, klasik diffüz pons gliomlarından farklı bir seyir gösterebilecekleri ve MR özelliklerine göre cerrahi tedavi edilebileceklerin ayrılması önem taşır. Diffüz pons gliomlarının tedavisinde hala önemli bir aşama kaydedilememiştir, cerrahi olarak çoğu çıkarılamaz ve palyatif radyoterapi hala tek seçenek olarak kabul edilir.

Anahtar Kelimeler: gliom, pons, tümör

PP-137

Sırt Ağrısı Şikayeti ile Başvurup Akciğer Grafisinin Tanıya Götürdüğü Nöroblastom Olgusu

Ayşe Şahin[1], İnci Pınar Seçinti[1], Sema Vural[2]
[1]Şşli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Onkoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Nöroblastom tüm çocukluk çağı kanserlerinin %8-10 'unu oluşturur.Çocukluk çağının en sık görülen ekstrakraniyal solid tümörüdür. Sempatik sinir zincirinin herhangi bir yerinden gelişebilir. Klinik tablo tümörün bölgesine göre değişiklik gösterir.Çoğunlukla batın kaynaklı olup torakal yerleşim daha az görülür. Paraspinal sempatik zincirden gelişen tümör spinal kanal içine uzanıp bası yapabilir bu durumda erken dönemde tek bulgu lokalize sırt ağrısı olabilir. Genel pediatri pratiğinde sık kullanılan ancak yeterince değerlendirilmeyen akciğer grafisi, ağrıya neden olan torakal paraspinal kitlelerin erken tanısında önemli rol oynar.Bu yazıda, inatçı sırt ağrısı dışında bir bulgusu olmayan ve akciğer grafisinde kitlesi saptanan nöroblastomlu bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Sekiz buçuk yaşında erkek hasta 6 aydır devam eden,gece uykudan uyandıran,analjeziklere kısmi yanıt veren sırt ağrısı şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın aynı şikayetle değişik merkezlere çocuk acil ve poliklinik başvurusu olduğu ve topikal analjezik tedavisi önerildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Akciğer grafisinde, Sağ paravertebral alanda kalp ve diafragma ile silüet bulgusu izlenmeyen bu nedenle posterior mediastende olduğu düşünülen,kitle imajı çizen yoğunluk artışı görüldü. İleri inceleme amacı ile çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde, aynı alanda içerisinde amorf kalsifikasyon odaklarının izlendiği nörojenik tümöre ait olduğu düşünülen kitlesel lezyon saptandı. Hastanın 6 ay önce başka merkezde çekilen akciğer grafisi tekrar incelendiğinde,daha küçük olsa da kitlenin bulunduğu ve gözden kaçtığı anlaşıldı.Hasta çocuk onkolojisine yönlendirildi.. Kitleden yapılan kalın iğne biyopsi ile nöroblastom tanısı konuldu. Evreleme tetkiklerinde kemik iliği tutulumu saptandı ve hastalık ileri evre,yüksek risk olarak değerlendirildi. Kemoterapi başlanan ve ağrısı erken dönemde gerileyen hastamızın tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: Bu vaka,çocukluk yaş grubunda özellikle gece uykudan uyandıran inatçı sırt ağrılarında malinitelerin de mutlaka düşünülmesi gerektiğini göstermiştir. Akciğer grafisi, yeterince değerlendirildiğinde ayırıcı tanıda yol gösteren pratik, düşük maliyetli ve kolay ulaşılabilir önemli bir tetkikdir

Anahtar Kelimeler: Sırt ağrısı, Akciğer grafisi, Nöroblastom

PP-138

Vitiligo ve B12 Vitamin Eksikliği Birlikteliği Olan Süt Çocuğu Olgusu

Gizem Kara Elitok[1], Özgecan Avcı[2], Ramina Rzayeva[2], Zeynep Yıldız Yıldırmak[3], Memnune Evci[1], Türkan Toraman[1], Ali Bülbül[4], Hasan Sinan Uslu[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlam Çocuk ve Yenidoğan İzlem Polikliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Polikliniği, İstanbul
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Vitiligo epidermal melanositlerin disfonksiyonu sonucunda edinsel depigmentasyonla seyreden, deride beyaz makuller ve etkilediği bölgede beyaz kıllarla ortaya çıkan bir hastalıktır. Toplumda görülme sıklığının %1-2 olduğu kabul edilmektedir. Yapılan çalışmalarda vitiligo tanısı alan olgular arasında %26'sının 12 yaş altı olduğu, çocukluk çağında en sık başlangıç yaşının 4-8 yaş olduğu rapor edilmektedir. Süt çocukluğu döneminde nadir görülmesi nedeniyle vitiligo tanısı alan hastamızı sunmayı amaçladık.

OLGU: Sağlam Çocuk Polikliniğimize rutin kontrol amacıyla başvuran 4 aylık erkek olgunun yapılan muayenesinde gövdesinde hipopigmente makul ve yamalar gözlendi. Cildiye ile yapılan konsultasyon sonrasında Wood ışığı negatif saptanması üzerine takibe alındı. Bir ay sonraki kontrol muayenesinde vucudundaki lezyonların arttığı aksiller ve genital bölgede de hipopigmente lezyonları olduğu belirlendi. Cildiye ile tekrar konsulte edildi. Bu kez wood ışığı pozitif saptanan olgu vitiligo tanısı aldı. Cildiye tarafından vitiligo için kortizonlu pomadlar ile tedavi verildi. Olgunun bakılan B12 vitamin düzeyi: 114 pg/ml saptanması üzerine Çocuk Hematoloji ile görüşülerek B12 tedavisi verildi. Bir ay sonra bakılan kontrolunde B12 vitamin düzeyi: 381 pg/ml idi ve cildiye konsultasyonunda wood ile noktosal pigmentasyonun başlandığı gözlendi.

SONUÇ: Süt çocukluğu döneminde hipopigmentasyonla gelen olgularda Vitiligo akılda tutulmalı, bu açıdan cildiye konsultasyonu planlanmalıdır. Vitiligo ile azalmış B12 vitamin düzeyleri arasında ilişki olabileceğinden olgular mutlaka bu yönden değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Vitiligo, vitamin, B12

PP-139

Osteosarkom ile Başvuran Bir Rothmund-Thomson Sendromu Olgusu

Bekir Yiğit Develi[1], Ebru Çelebi[1], Seda Yolgiden Güren[1], Hilal Susam Şen[2], Ozan Özkaya[3]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji, İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji ve Nefroloji, İstanbul

Rodmund Thomson sendromu (RTS) 8. kromozomda bulunan RECQL4 genindeki mutasyon sonucu DNA tamir bozukluğuna bağlı gelişen otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. En sık cilt bulguları görülür. Poikiloderma hastaların tamamında mevcuttur; retiküler, eritematöz erupsiyon ve progresif hiperpigmentasyon, hiperkeratoz ve telenjiektazi diğer sık görülen cilt bulgularıdır. Ayrıca iskelet sistemi bulguları, tırnak ve saç değişiklikleri, diş anomalileri, endokrin ve gastrointestinal sistem bulguları, mental retardasyon ve konjenital katarakt diğer görülen bulgulardır. RTS'de tümör gelişim sıklığında da artış görülür, osteosarkom sıklığı %32 bildirilmiştir. Diğer görülebilecek tümörler lenfoma, skuamöz hücreli karsinom ve bazal hücreli karsinomdur. On üç yaş on aylık erkek olgu sağ bacakta ağrı ve şişlik yakınması ile getirildi. Öyküsünde 6 yıl önce cilt lezyonları nedeniyle değerlendirildiği ve RTS tanısı aldığı ancak düzenli takiplere gitmediği öğrenildi. Fizik incelemesinde bilateral yanaklar, çene, kulaklar, kolların distal kısımları ve bacakların ön yüzlerinde daha yoğun olmak üzere yaygın, yer yer hiperemik, yer yer soluk görünümde, telenjiektazik karakterde, atrofik alanların olduğu lekelenmeler mevcuttu, ekstremite muayenesinde sağ diz çapı sola göre 4 cm artmıştı ve hassasiyeti vardı. RTS bulguları açısından diğer sistem değerlendirmelerinde mikrodonti saptandı. Alt ekstremite MRG incelemesinde sağ femur distal metafizde anteromedial kortekste belirgin düzensizliğe yol açan, komşu medüller kemik ve yumuşak dokuda ödem oluşturan ve kontrast tutan malign karakterde kitle saptandı. Kitleden biyopsi ile yüksek dereceli osteosarkom tanısı kondu. RTS ve osteosarkom tanısı alan olgu çocuk onkoloji bölümüne devredildi. RTS'nin multisistemik bir hastalık olması nedeniyle olguların yakın izlemi sağlanmalıdır. Bu olgu ile RTS tanısı alan olguların eklem ve bacak ağrılarının osteosarkom habercisi olabileceği hatırlatılmış ve tümör gelişimi açısından yakın takipte tutulmaları gerektiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: rothmund, thomson, sendromu

PP-140

Glıoblastome Multıforme ile Prezente Olan Nörofibromatozis Tip 1 Olgusu

Ebru Çelebi[1], Bekir Yiğit Develi[1], Hilal Susam Şen[2], Ozan Özkaya[3]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji Kliniği, İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji ve Nefroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Nörofibromatozis tip 1 (NF1) 17. kromozomda yer alan *NF1* tümör supresör genindeki mutasyon sonucu gelişen, otozomal dominant kalıtım gösteren, prevalansı yaklaşık 1/4000 olan, genetik geçişli nörokütanöz bir hastalıktır. Tanısal bulgular; sütlü kahverengi hipopigmente cilt lekeleri (café-au-lait), Lisch nodülleri, aksiller çillenme, kemik displazisi, nörofibromlar, optik gliom ve psödoartrittir. Olgularda benign ve malign tümör oluşum sıklığında artış görülür, en sık ölüm nedeni malign tümörlerdir. NF1 hastalarında sıklığı artan malign tümörler; beyin tümörleri, malign periferik sinir kılıfı tümörü, rabdomyosarkom, lösemi, lenfoma, nöroblastom, feokromasitoma, meme kanseri, malign melanom, gastrointestinal stromal tümörler ve karsinoid tümördür. Yüksek dereceli glial tümörler nadirdir ve %1 oranında görülür.

OLGU: On beş yaşında kız olgu, baş ağrısı ve kusma şikayetleriyle acil servise getirildi. Fizik incelemesinde çok sayıda 15 mm'den büyük, hipopigmente maküler cilt lekeleri mevcuttu, vital bulguları stabil, sistem muayeneleri normaldi. Öyküsünde 19 yaşındaki ablasında da benzer cilt lekelenmeleri olduğu, yüksek dereceli gliyal tümör tanısıyla halen tedavi aldığı öğrenildi. Kranial MRG incelemesinde sol parietooksipital bölgede 1.5x1.5x2 cm boyutlarında, heterojen kontrast tutan kistik komponentli kitle saptandı. Eksizyonel biyopsi ile Glioblastoma tanısı kondu. Cerrahi sonrası Radyoterapi ile eş zamanlı Temazolamid protokolü başlanan olgu, çocuk onkoloji kliniğince takibe alındı.

SONUÇ: NF1 toplumda sık karşılaşılması, klinik bulgularının çocukluk çağında ortaya çıkması, ilerleyici seyir göstermesi, pek çok organ sistemini etkilemesi ve kanser yatkınlığı yaratması nedenleriyle çocukluk çağı için önemlidir. Erken tanı ile hem çocukta gelişebilecek problemlerin izlemi ve tedavisi hem ailelere genetik danışma verilmesi sağlanabilecektir. Malign tümörlere yatkınlık ve diğer NF-1 ilişkili komplikasyonların sıklığının yüksek olması, NF-1 tanılı çocukların izleminin önemini göstermiştir. Olgumuz, NF1'li 2 kardeşte yüksek dereceli gliyal tümör görülmesi nedeniyle değerlidir.

Anahtar Kelimeler: NF1, gliyal tümör, genetik geçiş, nörokutanöz hastalık, malignite, çocukluk çağı

PP-141

Trombositopeninin Nadir Bir Nedeni Olarak İnfantil Hepatik Hemanjioendotelyoma Olgusu

Dildar Bahar Genç[1], Ali İhsan Dokucu[2], Mesut Demir[2], Muhammed Karabulut[4], Ezgi Çelikboya[3], Alper Özel[5]
[1]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul
[3]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[4]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[5]Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

İnfantil Hepatik Hemanjioendotelyoma (IHHE) süt çocuğu döneminde en sık rastlanan ve en fazla semptoma yol açan hepatik vasküler tümördür. Hepatik tümörler çocuklarda nadir (%1-%4) görülmekte olup bunların %12'sini İHHE oluşturmaktadır. IHHE olgularının %85'i ilk 6 ayda tespit edilmektedir. IHHE en sık batında kitle, hepatomegali, kardiyak yetmezlik, ciltte hemanjiomlar, trombositopeni, kanama gibi birçok farklı bulgu ile tanı almaktadır. Doğum sonrasında solunum sıkıntısı nedeniyle takip edilirken yapılan görüntülemede İHHE tanısı alan hastayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Postnatal takipsiz gebelikten 37 GH'da C/S ile 2020 gram ağırlığında doğan hastada solunum sıkıntısı ve batında kitle saptanmış. Yapılan ultrasonda karaciğerden kaynaklı X kitle görüldü. Hastanın tetkiklerinde trombositopeni (34.000/mm3), koagülasyon parametrelerinde PT ve APTT değerleri yüksek, direkt hiperbilirubinemisi (T.bil:9.96mg/dl, D.bil:5.4mg/dl) mevcuttu. Hastada Kasabach Merrit sendromu düşünülerek taze donmuş plazma ve trombosit süspansiyonu uygulandı. Taşikardi ve üfürümü mevcut olan hastada kardiyak yetersizlik saptandı, tedavisi düzenlendi. hasta kardiyak yetersizlik varlığı nedeniyle propranolol tedavisi için uygun olmadığından, prednizolon başlandı. İzlemde trombosit sayısı ve koagülasyon parametreleri normal sınırlarda saptanan, kardiyak fonksiyonları normale dönen hastanın tedavisine propranolol da eklendi. Prednizolon tedavisi kademeli olarak azaltılarak sonlandırıldı. Klinik izleminde yakınması olmayan hasta tedaviye ayaktan devam emek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: IHHE çocukluk çağının morbiditesi yüksek vasküler bir tümörüdür. Hastalar genelde tüketim koagülopatisinde olduğundan cerrahi tedavi için uygun değildir ve medikal tedavi gerekir. Bazı vakalarda spontan regresyon gözlenmekle birlikte bir kısmında kardiyak yetersizlik, hayati tehdit eden semptomlara neden olabilmektedir. Propranolol kardiyak yetersizliği olmayan hastalarda güvenli bir tedavi şansı sunmaktadır. Trombositopeni ve tüketim koagülapatisi tespit edilen hastalarda batın muayenesi ve uygun görüntüleme yöntemleri ile olası vasküler lezyonlar dışlanmalı ve hayati kanamalar gelişmeden medikal tedavi başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: trombositopeni, Hemanjioendotelyoma, Kasabach–Merritt sendromu

PP-142

Perikardiyal Efüzyonlu Hastada Atriyoventriküler Tam Blok Saptanması

Celil Uysal[1], Derya Arslan[2], Hatice Büyükoflaz[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Konya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, Konya

AMAÇ: Perikardiyal efüzyonun klinik tablosu oldukça değişken olabilmekle birlikte en ciddi klinik şekli akut kalp tamponadıdır. Atriyoventriküler tam blok atriyumdan gelen ileti sinyallerinin ventriküle ulaşamaması şeklinde tanımlanır.Klasik perikardit ve perikardiyal efüzyon semptomları ile gelen, takibinde tam atriyoventriküler blok saptanan olgu tartışıldı.

OLGU: 4 yaşında kız hasta 6 gündür devam eden ateş ve son 1 gündür hızlı nefes alıp verme şikayetleri ile kliniğimize başvurdu. Fizik muayanesinde vücut ısısı 38°C, nabız 145/dk, solunum 36/dk, tansiyon arteriyel 90/60 mmHg idi.Kardiyovasküler sistem muayenesinde kalp taşikardikti ve kalp sesleri derinden geliyordu. Laboratuvar bulgularında hemoglobin 10.6 g/dl, beyaz küre 13.790/mm3, CK-MB:41 U/l, troponin I 5.65 ng/ml CRP 61.3 mg/l,sedimentasyon 23 mm/h idi.Nazal swab'ında metapnömovirüs A gösterildi.Hastaya ampirik olarak vankomisin-sefotaksim başlandı. Teleröntgenogramda kardiyomegali mevcuttu.Elektrokardiyografi de T negatifliği ve QRS voltaj kaybı vardı. Ekokardiyografi de sağ atriyum komşuluğunda diyastolde 6 mm, sol ventrikül komşuluğunda diyastolde 17 mm, sağ ventrikül komşuluğunda diyastolde 13mm perikardiyal efüzyon, 1. derece triküspit yetmezliği saptandı. Hastaya aspirin (75mg/kg) başlandı. Üçüncü gün kontrol ekokardiyografisinde tüm komşuluklarda perikardiyal efüzyonun arttığı ve kardiyak tamponat oluşturduğu izlendi. Hasta kalp-damar cerrahisi ile konsülte edilip, perikardiyoplevral pencere açılarak tüp drenajı yapılması kararlaştırıldı. Dördüncü gün kontrol ekokardiyografisinde 3.5 mm perikardiyal efüzyon izlendi. Septum hareketlerinin düzeldiği, kalbin sistolik fonksiyonlarının normal olduğu görüldü. Perikardiyal tüp 4. günde çekildi. Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. Hastanın yatışının 19. günündeki elektrokardiyografisinde tam atriyoventriküler blok saptandı. Bunun üzerine 24 saatlik holter monitörizasyonu yapılan hastanın ortalama kalp hızı 47/dk idi. Hastanın monitarizasyonunda pause ve aritmi saptanmadı. Mevcut veriler ile hastamız asemptomatik AV tam blok olarak kabul edildi ve takibe alındı.

SONUÇ: Perikardiyal sıvı birikimine bağlı olarak QRS voltaj düşüklüğü,taşikardi,ST segment, PR segment ve T dalgası değişiklikleri olabilir. Bizim olgumuzda perikardit lehine T negatifliği ve QRS voltaj düşüklüğü mevcuttu.Perikardiyal efüzyonlu olgumuzda AV tam blok beklemediğimiz bir durumdu. Mevcut veriler ile hastamız asemptomatik AV tam blok olarak kabul edildi.

Anahtar Kelimeler: Atriyoventriküler Tam Blok, Kardiyak Tamponat, Perikardiyal Efüzyon

PP-143

İnfantil Tip Pompe Hastalığı: Olgu Sunumu

Songül Gökay[1], Pembe Soylu Üstkoyuncu[1], Serkan Çelik[2], Mustafa Argun[2], Ali Kaya[3], Hasan Hamsa[3], Ayşe Betül Ergül[3], İkbal Gökçek[3], Elif Bilge Koşar[4], Yasemin Altuner Torun[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Kliniği, Kayseri
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, Kayseri
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, Kayseri
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri

GİRİŞ: Pompe hastalığı, otozomal resesif geçişli, lizozomal alfa 1,4 glikozidaz (asit maltaz) enzim eksikliği sonucu ortaya çıkan glikojen depo hastalığıdır. İnfantil, juvenil ve erişkin tip olmak üzere üç ayrı tipi vardır. İlerleyici kas güçsüzlüğü, hipertrofik kardiyomiyopati, solunum yetmezliği, hepatomegali, beslenme güçlüğü gibi tablolarla karşımıza çıkabilir. 138.000 canlı doğumda bir görülür. İlgili gen 17q25.3'de yer alır.

OLGU: 4 aylık erkek hasta, emmede azalma, öksürük ve hırıltı şikâyetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, taşikardik, takipneik, interkostal çekilmeleri ve bilateral ralleri mevcuttu. Nörolojik muayenesinde, baş kontrolü yoktu ve derin tendon refleksleri alınmıyordu. Akciğer grafisinde, kardiyomegalisinin olması üzerine ekokardiyografik incelemesi yapıldı ve hipertrofik kardiyomiyopati tespit edildi. Hipotonisite ve hipertrofik kardiyomiyopati'ye, karaciğer ve kas enzim yüksekliğinin eşlik etmesi nedeniyle, Pompe hastalığı düşünülerek enzim düzeyleri çalışıldı. Alfa 1,4 glukozidaz enzim aktivitesinin 0,2 mmol/l/h (cut-off değeri> 3,3) olması ve GAA geninde homozigot c. [2019C>A] mutasyon tespit edilmesi üzerine Pompe hastalığı tanısı konularak enzim replasman tedavisi başlandı. Hasta üç aydır enzim replasman tedavisi (ERT) almaktadır. ERT sonrası ekokardiyografik incelemesinde hipertrofik kardiyomiyopatisinde artış tespit edilmemekle birlikte, hasta şu anda ventilatörde takip edilmektedir. Ciddi hipotonisite ve beslenme güçlüğü bulunmaktadır.

SONUÇ: Erken süt çocukluğu döneminde kardiyomiyopati ve hipotoni tablosuyla başvuran hastalarda ayrıcı tanıda Pompe hastalığı mutlaka akıla getirilmeli ve tedaviye erken dönemde başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipotoni, Hipertrofik kardiyomiyopati, Pompe Hastalığı

PP-144

Nonspesifik Yakınmalar ile Başvuran Akut Romatizmal Kardit

Berat Sabit, Pınar Dervişoğlu, Mustafa Kösecik
Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Anabilim Dalı, Sakarya

Nonspesifik Yakınmalar ile Başvuran Akut Romatizmal Kardit

GİRİŞ: Akut romatizmal ateş (ARA) sıklıkla eklemleri ve kalbi, daha az sıklıkla merkezi sinir sistemi, deri ve derialtı dokusunu tutan multisistemik bir hastalıktır. Çocukluk çağındaki edinsel kalp hastalığının en sık nedenidir. Özellikle yüksek riskli toplumlarda tanısal gecikmeleri en aza indirmek için 2015 yılında tanı kriterlerinde yeni düzenlemeler yapılmıştır. Bu yazıda göğüs ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvuran ve akut romatizmal kardit tanısı alan bir kız hasta sunuldu.

OLGU: 12 yaşında kız hasta, göğüs ağrısı yakınması ile polikliniğimize başvurdu. Son 2-3 gündür olan aralıklı, egzersizden bağımsız ve batıcı karakterde göğüs ağrısı, hafif ateş ve halsizlik tanımlıyordu. Öyküsünden 2 hafta önce ÜSYE geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyiydi, nabız: 92/dk, solunum sayısı: 16/dk, Arteryel tansiyon: 110/60 mmHg, vücut ısısı: 38.2 °C idi. Ek ses ve üfürüm duyulmadı, diğer sistem bulguları doğaldı. EKG' sinde PR süresi 220 msn idi. Sedimantasyon: 128 mm/saat, CRP: 123 mg/dl ve ASO: 545 Ünite bulundu. Ekokardiyografik incelemesinde eser aort kapak ve hafif derecede patolojik mitral kapak yetersizliği izlendi. Subklinik kardit olarak değerlendirildi. ASO yüksekliğine eşlik eden 1 major (subklinik kardit) ve 2 minör (ateş, yüksek sedim ve CRP) bulgusu olan hastaya ARA kardit tanısı ile steroid başlandı. 1 hafta sonra sedimantasyon 14 mm/saat ve CRP: < 3.14 mg/L idi. Steroid tedavisinin 6 haftaya tamamlanması planlandı. İstirahat önerilerek taburcu edildi, takibi devam etmektedir.

SONUÇ: ARA sıklığı özellikle gelişmekte olan ülkelerde bilindiğinden çok daha fazladır. Yeni tanımlanan kriterler doğrultusunda her ne kadar tanısal eksiklikler giderilmeye çalışılmış olsa da şüphe eşiğini yüksek tutmanın ilerde gelişebilecek komplikasyonları önlemesi açısından çok önemli olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: göğüs ağrısı, subklinik kardit, ARA

PP-145

Solunum Sıkıntısı ile Başvuran İki Aylık Bir Süt Çocuğunda Dilate Kardiyomyopatinin Tedavi Edilebilen Bir Nedeni: ALCAPA

Erkut Öztürk, Taner Kasar, Murat Şahin, Alper Güzeltaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Sol koroner arterin pulmoner arterden çıkış anomalisi olarak tanımlanan ALCAPA (Anomalous Origin of the Left Coronary Artery from the Pulmonary Artery) sendromu 1/300 000 canlı doğumda görülen ve tüm doğumsal kalp anomalilerinin % 0,5'ini oluşturan bir hastalıktır. Hastaların başvuru şikayetleri ve tanı konulma yaşı pulmoner direncin düşme zamanı ve gelişen kolleteral varlığına göre değişebilmektedir. Bu yazıda acil servise solunum sıkıntısı ile başvuran ekokardiyografide dilate kardiyomyopatinin tedavi edilebilen bir nedeni olan ALCAPA tanısı konulmuş bir olgu sunulmuştur.

OLGU: İki aylık bir kız çocuğu acil servisimize üfürüm duyulması ve solunum sıkıntısı ile başvurdu.Yapılan fizik muayenesinde 1/6 sistolik üfürüm mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde kardiyomegali(KTİ>0,70) ve elektrokardiyografide sinus taşikardisi ve Anterolateral Myokard infarktı(I ve aVL'de patolojil Q dalgası,ST elevasyonu, T dalga inversiyonu) saptandı. Ekokardiyografide kalp fonksiyonlarında azalma EF%25, sol kalp boşluklarında genişleme (LVEDd z score > +4),orta mitral yetersizliği, interventriküler septumda kollateral akım ve papiller kasta hiperekojenite izlendi. Sol koroner arterin çıkışı görülmedi. Olguya kalp kateterizasyonu ve anjiografi yapıldı. Olguya ALCAPA tanısı konuldu. LMCA asendan aortaya reimplantasyonu operasyonu gerçekleştirildi.21 gün yoğun bakım ve serviste izlenen olgu taburcu edildi. Taburculuğunun dördüncü ayında kalp fonksiyonları normal hale gelmiş ve ekokardiyografide hafif mitral yetersizliği saptanmıştı.

SONUÇ: Solunum sıkıntısı ile başvuran olgularda ayırıcı tanıda dilate kardiyomyopati de düşünülmelidir. Özellikle dilate kardiyomyopati tanılı olgularda koroner arter çıkışlarının ayrıntılı olarak değerlendirilmesi ve tedavi edilebilen ALCAPA'nın araştırılmasında yarar vardır.

Anahtar Kelimeler: süt çocuğu,anormal koroner arter, dilate kardiyomyopat

PP-146

Antiaritmik Tedaviye Dirençli Supraventriküler Taşikardili Bir Çocukta Başarılı Criyoablasyon Tedavisi

Yakup Ergül[1], Erkut Öztürk[1], Osman Esen[2], İbrahim Cansaran Tanıdır[1], Alper Güzeltaş[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Anestezi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Kriyoablasyon çocuklarda supraventriküler taşikardinin(SVT) kesin tedavisinde etkin ve güvenilir biçimde kullanılan bir yöntemdir. Başlıca avantajları "cryomapping", artmış kateter stabilitesi, ağrısız olması, düşük trombus riski ve düşük koroner hasar riskidir. Burada medikal tedaviye dirençli ve kalp fonksiyonları giderek bozulan SVT'li bir olguda hayat kurtarıcı kriyoablasyon işlemi sunulmuştur.

OLGU: On dört yaşında kız hasta çarpıntı şikayetiyle dış merkeze başvurmuş. KTA=160/dk olarak saptanan hasta supraventriküler taşikardi tanısıyla yatırılmış. Çoklu adenozin uygulanması ve 24 saattir cordorone infuzyonuna rağmen hızın düşmemesi ve düşük perfüzyon bulgularının olması üzerine olgu yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Fizik muayenesinde KTA=164/dk tansiyon 70/50 mmHg olarak saptandı. EKG SVT ile uyumlu izlendi. Ekokardiyografide kalp fonksiyonları azalmış (KF%22, EF% 40) ve orta düzeyde mitral kapak yetersizliği görüldü. Olguya milrinone inotrop desteği başlandı.Cordorone infuzyonuna(15 mg/kg/gün) devam edildi. Şuur bulanıklığı ve terlemesi olan hasta mekanik ventilatör desteğine alındı. Esmolol infuzyonu başlandı ancak hipotansiyon gelişmesi üzerine başlangıcının 1.saatinde kesildi. Mevcut klinik durum değerlendirilerek ECMO hazırlığı yapılarak elektrofizyolojik çalışma yapılmasına karar verildi.İşlem bilgilendirilmiş onam formu alındıktan sonra genel anestezi altında her iki femoral vene uygun kılıflar yerleştirilerek gerçekleştirildi. 3 boyutlu yüzey EKG sistemli navigasyon sistemi (EnSite System, St. Jude Medical Inc., St. Paul, MN, USA) kullanılarak geometrik haritalama yapıldı. Elektrofizyoloji kateterleri yüksek sağ atrium (HRA), sağ ventrikül (RV) ve koroner sinüs (CS) bölgelerine yerleştirildi. Standart pacing protokolleri ve mapping metodları kullanılarak taşikardi mekanizması saptandı. Üç boyutlu haritalama yöntemi ile tespit edilmiş ve işaretlenmiş olan bölgeye 8-mm uçlu kriyoablasyon kateteri (Medtronic Inc., Minneapolis, MN) kullanılarak kriyoablasyon işlemi gerçekleştirildi. İşlem sonra olgu sinus ritmine döndü. İşlemden bir gün sonra kalp fonksiyonları normale dönmüş(KF%36,EF%70) ve mitral kapak yetersizliği kaybolmuştu. Olgu antiaritmik tedavi gereksinimi olmadan yatışının dördüncü günü taburcu edildi.

SONUÇ: Çocuklarda medikal tedaviye dirençli supraventriküler taşiaritmilerin tedavisinde kriyoablasyon, güvenilir ve etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: aritmi, supraventriküler taşikardi, ablasyon

PP-147

Çocuk Kalp Cerrahisi Sonrası Gelişen Şilotoraks tedavisinde medikal bir seçenek: Octreotid

Hasan Candaş Kafalı[1], Erkut Öztürk[1], Behzat Tüzün[2], Pelin Ayyıldız[1], Sertaç Haydin[2], Alper Güzeltaş[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi, Çocuk Kalp Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Şilotoraks nadir bir durum olup genelde torasik ve kardiyak işlemleri takiben meydana gelmektedir. Lenfatik sıvının ductus thoracicus veya dallarının hasarı sonucu plevral boşlukta birikmesidir. Tedavisinde yağsız diyet, total parenteral nutrisyon (TPN), tüp torakostomi uygulaması, pleurodezis ve duktus torasicus bağlanması gibi tedaviler uygulanmaktadır. Son yıllarda şilotoraks tedavisinde güncel bir seçenek de oktreotid kullanımıdır. Burada, yenidoğan döneminde aort koarktasyonu operasyonu yapılmış ve sonrası nda şilotoraks gelişen bir olgu sunulmuştur.Olgunun şilotoraksı Octreotid ile düzelmiştir.

OLGU: Aort koarktasyonu nedeniyle ameliyat edilen 18 günlük erkek hastaya "sol lateral torakotomi ile uç uça anastomoz tekniğiyle koarktasyon tamiri" yapıldı. Ameliyat sonrası 2. günde beslenme sonrası Sol göğüs tüpünde süt kıvamında mai gelişi izlendi. Alınan örneğin şilöz nitelikte olması üzerine önce beslenme kesildi. Sonrasında orta zincirli trigliserid içeren mamayla beslenmeye başlanan hastada drenajda azalma gözlenmedi. 10 µg/kg/gün dozunda oktreotid tedavisi başlandı. İlk beş gün içinde şilöz drenajın belirgin olarak azalması üzerine normal mama ile beslenmeye geçildi. Operasyonun 10.gününde hasta taburcu edildi. Sonraki kontrollerinde herhangi bir sorun gözlenmedi.

SONUÇ: Şilotoraks konjenital kalp cerrahisi sonrası nadir olmayan bir komplikasyondur. Oktreotid;; splanknik kan akımı ve hepatik venöz basınçta azalmayaparak duktus torasikusa geçen şilöz trigliserid içeriğini azaltabilmektedir. Bu nedenle şilotoraks olgularında medikal bir tedavi seçeneği olarak akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: şilotoraks, kalp cerrahisi, octreotid

PP-148

Çocukta nadir bir Kalp Tamponad Nedeni: Hodgkin Lenfoma

Hasan Candaş Kafalı, Erkut Öztürk, Gülhan Tunca Şahin, Taner Kasar, Alper Güzeltaş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Damar ve Kalp Cerrahisi Hastanesi,Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Kalp tamponadı (KT); perikardda sıvı birikimine ikincil olarak gelişen intraperikardiyal basınç artışı sonucu ventriküllerin diyastolik doluşunun kısıtlanması, atım volümü ve kalp debisinin düşmesi ile ortaya çıkan klinik durumdur..Bu yazıda kalp tamponadı kliniğiyle başvuran ve hodgkin lenfoma tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: On dört yaş kız hasta 10 gündür devam eden öksürük ve son iki gündür devam eden nefes darlığı yakınması ile başvurduğu bir merkezden ünitemize konsültasyon amaçlı yönlendirildi. Yapılan fizik muayenesinde olgu dispneik ve ortopneik, KTA=136/dk, dinlemekle kalp sesleri derinden gelmekteydi. Tansiyon 80/60 mmhg idi. Çekilen akciğer grafisinde kardiyomegali(KTİ=0,70) ve elektrokardiyografide sinus taşikardisi ve düşük voltaj gözlendi. Ekokardiyografide sağ atriyal doluşu engelleyen ve kalbi tamamen çevreleyen 3 cm çapında perikardiyal efüzyon saptandı. Klinik ve laboratuvar bulguları ile Kalp Tamponadı düşünülen olguya acil peruktan perikardiyosentez yapıldı. 600 ml hemorajik mai boşaltıldı. Çekilen kontrol akciğer grafisinde efüzyon boşaltılmasına rağmen mediasten genişlemesi devam etmesi üzerine thorax BT çekildi. Thorax BT'de ön mediastende kitle saptandı.Perikard sıvısının sitolojik incelemesinde malign hücreler saptandı.Mediasten biyopsisinde Hodgkin lenfoma tanısı konuldu. Olgu tedavisinin devamı için Çocuk Hematoloji kliniğine yönlendiirldi.

SONUÇ: Çocukta KT enfeksiyonlar başta olmak üzere kalp yetersizliği, maligniteler, kollajen doku hastalıkları, travma, hipotiroidi, üremi, Akut romatizmal Ateş (ARA) gibi durumlarda görülebilmektedir. Acil tedavisinde yapılan perikardiyosentez hayat kurtarıcıdır ve sıvının karekteristiği teşhiste yol göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: tamponad, çocuk, lenfoma

PP-149

Akut Romatizmal Ateş Hastalığında Tekrarlayan Atak; Olgu Sunumu

Erkan Çakmak, Özlem Akgün, Murat Elevli, Semih Ayta, Sami Tufan, Demet Oğuz Söylemez
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Akut romatizmal ateş hastalığının en önemli bulgusu olan romatizmal kalp hastalığının tekrarlayan ataklarla prognozu kötüleştirmesini ve ARA ataklarını önlemek açısından penisilin profilaksisinin önemini vurgulamaktır.

OLGU: 6 ay önce ARA kardit tanısı alan ve profilaksiye uyumu olmayan 13 yaşında yabancı uyruklu erkek hasta tarafımıza öksürük ve göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu.Yapılan muayenesinde 4/6 holosistolik üfürümü saptanan hastanın ekokardiyografisinde hafif aort kapak yetersizliği, orta-ağır mitral yetersizlik ve perikardiyal efüzyon saptandı. Hastanın PA AKC grafisinde sağ tarafta minimal plevral efüzyon saptandı. Tetkikleri wbc:19.310 hb:6,1 HCT:20.7 Tr I:0,09 CRP:152 olarak gelen hastanın bulgularına eşlik eden hipotansiyonu mevcuttu. İnternasyonu sağlanan hastanın antibiyoterapisi seftriakson ve klaritromisin ile düzenlendi.Hipotansiyonu ve kalp yetmezliği olması sebebi ile dopamin infüzyonu beraberinde enalapril, furosemid, ibuprofen başlandı. Takiplerinde Ekokardiyografi bulgularından perikardiyal efüzyonun gerilediği ve kalp kapak bulgularında değişiklik olmadığı tespit edildi.Tansiyon ölçümlerinin persantil değerlerine göre normotansif tespit edilmesi üzerine dopamin infüzyonu hastanın yatışının 6. gününde durduruldu. Hastanın kan tetkiklerinin kontrolünde akut faz reaktanlarında ve tr I düzeylerinde gerileme saptandı. Çocuk Hastalıkları servisinde takibine devam ettiğimiz hastanın son tetkiklerinde wbc:12.140 CRP:42 hgb:9,6 hct:28 Tr I: 0,01 ANA:negatif Anti ds DNA: negatif olarak geldi. Hastanın son ekokardiyografisinde aort kapak yetersizliği (orta), mitral yetersizlik(orta önemli),plevral efüzyon düzelmiş olarak değerlendirildi. Antikonjestif tedaviye ve 21 günde bir benzatin penisilin profilaksisine devam edilmesi uygun görüldü.

SONUÇ: Akut romatizmal ateş sıklıkla eklemleri ve kalbi, daha az sıklıkla merkezi sinir sistemi, deri ve derialtı dokusunu tutan sistemik bir hastalıktır. Bu hastalık az gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde çocukluk çağındaki edinsel kalp hastalığının en sık nedeni olarak insan sağlığını tehdit etmektedir. Tekrarlayan atakların önlenmesi için antibiyotik profilaksisi en güvenli yoldur. Karditi olan hastalar, daha yüksek oranda tekrarlayan kardit atağı ile karşılaşma riski taşırlar. Tekrarlayan atağa bağlı olarak da kümülatif kardiyak etkilenmede artış görülür.Hastamızda gördüğümüz kümülatif etki ciddi kalp kapak hasarına neden olup kalp kapak replasmanı açısından değerlendirilmesine sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, Kardit, Romatizmal kalp hastalığı

PP-150

Enzim Tedavisi Başlanan İnfantil Tip Pompe Hastalığı Olgusu

Nesrin Kaya, Muhammed Karabulut, Ercüment Petmezci, Ezgi Çelikboya
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

İnfantil Pompe hastalığı (Glikojen depo hastalığı tip 2); hipertrofik kardiyomiyopati,hipotoni ve solunum yetmezliği ile giden,otozomal resesif geçiş gösteren fatal bir hastalıktır. Kaslarda biriken glikojen nedeni ile ilerleyici bir seyir gösterir. Bu yazıda solunum yetmezliği gelişen ve kalp kasları tutulan,ekokardiyografisinde hipertrofik kardiyomiyopatisi olan bir olgumuzu sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Pompe Hastalığı, Hipertrofik Kardiyomiyopati, Solunum Yetmezliği

PP-151

Çocuklarda Nadir Bir Göğüs Ağrısı Nedeni:Sol Koroner Arter Çıkış Anomalisi

Muhammed Karabulut, Nesrin Kaya, Özgecan Avcı
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Çocukluk çağı göğüs ağrıları nedenleri arasında,kardiyovaskuler sisteme ait nedenler nadiren saptansa da,önemlilik açısından ilk sırada yer alır.

Myokardın oksijen tüketiminin karşılamaması sonucu oluşan iskemi de ortaya çıkan kimyasal maddelerin sempatik sinirleri uyarması sonucu ağrı oluşur.

Bu olguda göğüs ağrısı ile başvuran ve yapılan ekokardiyografi de sol koroner arter çıkışı aortadan izlenmemesi üzerine yapılan koroner BT anjiografide,sol koroner arterin sağ koroner arter ostiumundan orijin aldığı görülen 15 yaşında erkek hasta sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Göğüs Ağrısı, Koroner BT Anjiyografi, Sol Koroner Arter

PP-152

Geç Preterm Bir Yenidoğan Olgusunda *Atriyal Flatter*'ın Senkronize Kardiyoversiyonla Tedavisi

Melike İrem Petan, Demet Oğuz, Canan Yolcu, Emel Ataoğlu, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Atriyal flatter; yenidoğan, süt çocukluğu ve çocukluk dönemlerinde nadir görülen bir taşiaritmidir. Anne karnında, perinatal dönemde ve bebeklik süresince ortaya çıkabilir. Yenidoğan döneminde sıklıkla asemptomatiktir. Yenidoğan hastaların %20'si kalp yetmezliği tablosunda başvururken, hastaların çoğu asemptomatik taşikardiyle başvurmaktadır. Fetal ve yenidoğan döneminde tedavide antiaritmik ilaçlar ve senkronize kardiyoversiyon uygulanabilir. Elektriksel kardiyoversiyona cevap veren geç preterm bir yenidoğan atriyal flatter olgusu sunduk.

OLGU: Aralarında 3.derece akrabalık olan 37 yaşında babayla, 35 yaşında diyetle regüle GDM, GHT sebebiyle alfamet kullanan, sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan annenin 4.gebeliğinden 3.canlı doğum olarak; takiplerinde fetal taşikardi olması sebebiyle 35 GH'da acil C/S ile 2980 gr olarak 7- 8 apgarla doğan hasta, postnatal takiplerinde KTA>200 /dk olarak seyretmesi üzerine yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Kord kan gazında özellik yoktu. Yetmezlik bulgusu yoktu. Elektrokardiyogram çekildi. KTA>200/dk idi. Supraventriküler taşikardi tanısıyla hastaya adenozin verildi. Yanıt alınamaması üzerine 170 mcg/kg ve 200 mcg/kg'dan adenozin sağ koldan tekrarlandı. Antiaritmik tedaviye rağmen hastanın taşikardik seyretmesi üzerine kontrol elektrokardiyogram çekildi. İlk elektrokardiyogramda olmamasına rağmen, adenozin sonrası çekilen kontrol elektrokardiyogramda, atriyal flatterın klasik testere dişi şeklindeki atriyal depolarizasyon dalgalarının görülmesi üzerine hastaya 1 joule/kg'dan senkronize kardiyoversiyon yapıldı. Sonrasında hastanın KTA 140-150/dk olarak normal sinüs ritminde seyretti. Yapılan ekokardiyografide eşlik eden kardiyak anomali saptanmadı. Takiplerinde stabil seyreden hasta ritm holterle incelendi. Tekrar supraventriküler taşikardi ve atriyal flutter izlenmedi. Hastaya digoksin başlanarak tedavinin 6 ay sürdürülmesi planlandı.

SONUÇ: Atriyal flatter yenidoğan döneminde nadir görülen bir aritmidir. Atriyal flatter tanısı elektrokardiyogramda tipik testere dişi atriyal depolarizasyon dalgalarının görülmesiyle konulur. Hastaları sinüs ritmine döndürmek için ilaç tedavisi, senkronize kardiyoversiyon, kalp pili gibi tedavi yöntemleri kullanılabilir. Elektriksel kardiyoversiyon yenidoğan atriyal flatterı için iyi bir tedavi yöntemidir. Bu olguyla; tedavi edilmediğinde kalp yetmezliğine sebep olarak, hastanın prognozunu olumsuz etkileyen ve geç preterm olguda nadiren görülen atriyal flatterın senkronize direk akımlı kardiyoversiyonla başarılı bir şekilde tedavi edilebileceğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: atriyal flatter, kardiyoversiyon, yenidoğan

PP-153

Süt Çocukluğu Döneminde Görülen Permanent Junctional Resiprokan Taşikardi Olgusu

Canan Yolcu[1], Celal Akdenz[2], Süleyman Bayraktar[1], Aysel Karaca[1], Osman Büyükşen[1], Kamil Şahin[1], Özlem Akgün[1], Murat Elevli[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
[2]Özel Medipol Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Supraventriküler taşikardiler çocukluk çağında ve bebeklik döneminde semptomatik taşikardinin en sık nedenidir. Permanent junctional resiprokan taşikardi (PJRT) seyrek görülen, antiaritmik ilaçlara dirençli sürekli bir supraventriküler taşikardi (SVT) formudur. Bu vakada bronkopnomoni ve SVT tanıları ile hastaneye yatırılıp yüzey elektrokardiyografi (EKG) ve adenozin ile PJRT tanısı konan 11 aylık bir çocuk olgu sunuldu.

VAKA: Öksürük ve inleme şikayeti ile acile başvuran 11 aylık ikiz eşi kız hastaya öksürük için dış merkezde terbutalin başlanmış. Acil değerlendirmede bronkopnomoni ve EKG'de kalp tepe atımının 220-280 arasında olduğu uzun RP'li SVT tespit edildi. Tekrarlayan adenozin uygulamarı ile 3-5 sn süre ile KTA'nın 100/dk'ya düştüğü sinüs ritmi ortaya çıkıp tekrar SVT başladı. Hastaya kardiyoversiyon yapıldı ancak sinüs ritmi sağlanmadı. Amiadarone ve esmolol infüzyonu ile de SVT düzelmedi. Esmolol kesilip oral propranolol tedavisi başlandı. Bu tedaviyle kısa süreli sinüs ritmi elde edildi ancak SVT atakları gün boyu devam etti. Yüzey EKG ve adenozin ile ortaya çıkan aralıklı kısa süreli sinüs ritminin incelenmesi sonrası PJRT tanısı kondu. Hastaya tedavide 3. ilaç olarak oral flekainid başlandı. Flekainidin 12. saatinde taşikardi sonlandı ve 2 haftalık hastane izleminde oral amiadarone, propranolol ve flekainid ile SVT'ye girmedi. Bronkopnomoni tedavisi tamamlanan hasta sinüs ritmi ile oral propranolol, amiadarone ve flekainid tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bebeklik döneminde SVT kliniği diğer yaş gruplarına göre ağır seyretmektedir. Özellikle antiaritmiklere dirençli taşikardilerde hastalar PJRT yönünden dikkatli olarak incelenmeli ve bu hastaların tedavisinde flekainid tedavisi akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Antiaritmik tedavi, dirençli SVT, PJRT

PP-154

Santral Siyanozu Olan Bir Olguya Tanısal Yönden Yaklaşım

İmran Dumanoğlu Doğan, Seda Yolgiden Güren, Ahmet İrdem
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Doğumsal kalp hastalıklarında fizik muayene, elektrokardiyografi (EKG) ve telekardiyografinin önemini hatırlamak için bu olguyu sunduk.

OLGU: Otuzyedi günlük kız hasta,üç gün önce başlayan öksürük, burun tıkanıklığı şikayetine hırıltı eklenmesi üzerine hastanemize başvuruyor. Dış merkezde term, 3300gr normal doğum ile doğmuş.Fizik muayenesinde; ağırlığı 4100gr, baş çevresi 37,5cm,TA:90/60mmHg, kalp tepe atımı 125/dk,solunum sayısı 45/dk, vücut ısısı 36.8derece, oksijen saturasyonu %76, genel durumu orta-iyi, oral mukoza ve parmak uçları siyanoze, akciğer sesleri kabalaşmış,expiryum hafif uzun duyuldu.Kalp sesleri dinlemekle ritmik, 4.interkostal aralıkta sternum sol kenarında 3/6 pansistolik üfürümü mevcuttu. Laboratuvar incelemesinde hemoglobin: 12.2gr/dl lökosit:10.600/mm3 trombosit:371.000 /mm3 CRP:0.97 mg/dl idi. PA akciğer grafisinde vaskülarizasyonu azalmış, kalbin silüeti bot görünümündeydi. EKG de belirgin sağ aks(+150 derece) ve sağ ventriküler hipertrofi bulgusu saptandı. Ekokardiyografide ise pulmoner atrezi, geniş perimembranöz outlet ventriküler septal defekt ve vertikal geniş ductus saptandı.

TARTIŞMA: Arteryel saturasyon düşüklüğü birlikteliğiyle olan santral siyanozda,siyanotik doğuştan kalp hastalığının ekarte edilmesi için hızlı bir inceleme yapmalıdır.Duktus bağımlı siyanotik doğumsal kalp hastalıklarında erken tanı önemlidir. Santral siyanozun en sık üç nedeni;doğumsal siyanotik kalp hastalıkları,akciğer hastalıkları ve merkezi sinir sistemi depresyonudur.Yapılan incelemede MSS ve akciğer hastalığına bağlı siyanozu ekarte ettik.Hastanın siyanotik doğumsal kalp hastalığı olabileceği düşünüldü.Akciğer grafisinde kalp gölgesinin bot şeklinde olmasının nedeni pulmoner atrezi veya pulmoner hipoplaziye bağlı pulmoner konusun gelişmemiş olmasına bağlı olabilir. Pulmoner atreziyi triküspid atrezisinden ayırmak için EKG bize yardımcı olmaktadır.EKG de sağ aks,sağ ventrikül hipertrofi bulguları olması nedeniyle pulmoner atrezi olma ihtimalinin daha yüksek olduğu düşünüldü ve triküspit atrezi tanısı ekarte edildi. Transtorasik ekokardiyografide pulmoner atrezi,ventriküler septal defekt ve vertikal geniş patent ductus arteriyozus saptandı. Sonuç olarak bizim olgumuzda da görüldüğü üzere siyanotik doğumsal kalp hastalıklarında fizik muayene, oksijen satürasyonu, EKG ve telekardiyografi ayırıcı tanıda yol gösterici ve önemlidir.

Anahtar Kelimeler: siyanotik kalp hastalığı,fizik muayene, elektrokardiyografi, telekardiyografi

PP-155

Cerrahi Öncesi İnfektif Endokardit Proflaksisi Uygulanmayan ve İnfektif Endokardit Gelişen Ventriküler Septal Defektli Olgu Sunumu

Maksat Jorayev[1], Ensar Duras[1], Ahmet İrdem[3], Adem Karbuz[2], Soner Sazak[1], Fatma Beşiroğlu Çetin[1]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
[3]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: İnfektif endokardit sıklıkla doğumsal kalp hastalığı olan çocuklarda görülür. Operasyon öncesi doğru ilaç ve uygun dozda antibiyotik proflaksisi yapılmazsa infektif endokardit riski artmaktadır. Biz burada ventriküler septal defekt (VSD) ve sol ventrikül-sağ atriyum şantı (Gerbode defekt) olan, tonsillektomi operasyonu öncesi infektif endokardit proflaksisi uygulanmayan ve kliniğimize operasyondan 2 ay sonra infektif endokardit tanısı koyduğumuz, bir kız olguyu sunmayı amaçladık.

OLGU: 6 yaşında kız hasta 2 gündür olan ateş, iştahsızlık ve halsizlik yakınması ile acil servisimize getirildi. Özgeçmişinde VSD ve tonsillektomi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı;17 kg(3-10p), boy; 110 cm(10-25),ateş:36.5C, nabız:124/dk, solunum sayısı:22/dk, tansiyon arteryel:90/55mmHg, genel durumu halsiz ve soluk görünümdeydi. Orofarinks hiperemik, konjonktivalar soluk görünümde, sol göğüs palpasyonunda tril alındı, kalp dinlemekle hafif taşikardikti, mezokardiyak odakta 4/6 şiddetinde pansistolik üfürüm mevcuttu, akciğer sesleri dinlemekle doğal ve diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde, tam kan sayımında beyaz küre:13.360 103/uL, Hb:7.5 g/dl, htc:%24, MCV:68fL RDW:%16.8 trombosit:246.000 u/L, biyokimyada LDH:282 U/l, AST: 52U/l ALT: 24 U/l, CK:280 U/l CRP:27 mg/dl, sedimantasyon:20 mm/s, elektrokardiyografi:sinüs ritminde, telekardiyografi; kalp şekil ve kontorleri normal, kardiyotorasik oran:0.49. Hastanın yapılan ilk ekokardiyografisinde triküspit kapak yapısında, anteriyor laeflet atriyum tarafında yapışık hareketli 6*11 mm genişliğinde ekojen yapı (vegetasyon?) saptandı. VSD, infektif endokardit lehine olarak yorumlandı. Hastanın antibiyoterapisi vankomisin 40mg/kg/gün (4dozda,6 hafta), seftriakson 100 mg/kg/gün (2 dozda 6 hafta) ve gentamisin 5 mg/kg/gün (2 hafta tek dozda) olarak düzenlendi. Tedavisinin 10.günde triküspid kapaktaki vegetasyon kayboldu. Akciğere emboli yönünden akciğer tomografisi çekildi. Akciğer tomografisi normal olarak yorumlandı. 6 haftanın sonunda yapılan ekokardiyografide triküspit kapakta hiç vegetasyon kalmadığı görüldü. Gerbode tipi defektlerde membranöz interventriküler septum normal, membranöz AV septum defektiftir; sol ventrikül-sağ atriyum arası şant görülür. Bu sebeple bu tip defekti olan olgularda infektif endokardit görülme sıklığı artmıştır

SONUÇ: İnfektif endokardit profilaksisi gerektiren doğumsal kalp hastalıklarında doğru antibiyotik ve uygun dozda profilaksi yapılmazsa infektif endokardit riskinin olduğunu vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: çocuk, infektif endokardit, ventriküler septal defekt

PP-156

Akut Gastroenteritle Başvuran Bir Atipik Kawasaki Olgusu

Chinara Asadova, Nil Kadriye Dölçel, Yelda Türkmenoğlu, Hale Kahyaoğlu, Ahmet İrdem, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Kawasaki hastalığı çocukluk yaş grubunda görülen, etyolojisi bilinmeyen, uzun süren ateşle beraber bilateral nonpürülan konjonktivit, oral mukoza lezyonları, vezikülobüllöz olmayan döküntü, unilateral nonsüpüratif servikal lenfadenopati ve ekstremite değişiklikleriyle beraber görülen bir vaskülittir. Kawasaki hastalığına eşlik eden bulgular arasında aseptik menenjit, steril pyüri, alt solunum yolu enfeksiyonu, akut gastroenterit, hepatit,artrit ve safra kesesi hidropsu görülebilir.Hastalığa özgü bulguların seyrinin değişmesi ve tanıya yönelik özel testlerin olmaması nedeniyle bu hastalık gözden kaçabilmektedir.Tedavi edilmeyen olguların %25'inde subakut dönemde görülen koroner arterlerde genişleme ve myokard infarktüsü hastalığın mortalitesinden sorumludur. Burada herediter sferositoz nedeniyle izlenen, akut gastroenterit bulgularıyla başvuran, izleminde Kawasaki hastalığı tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Herediter sferositoz tanısıyla takipli 9 aylık erkek hasta kusma, ishal, 4 gündür süren ateş ve bir gün önce ekstremitelerde oluşup gerileyen eritem nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde 39°C ateş, bilateral nonpürülan konjonktivit, dudaklarda kızarıklık, BCG aşı skarı etrafında eritem dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde BK: 17.000/ml, Hb: 7,9 gr/dl,plt:371.000 mm3, CRP:65 mg/dl, sedimentasyon: 104 mm/saat saptandı. Kan, idrar, boğaz ve gaita kültürlerinde üreme görülmedi. Olası enfeksiyon odaklarına yönelik yapılan batın USG normaldi. Hastaya atipik Kawasaki hastalığı düşünülerek ateşinin beşinci ve sekizinci günü yapılan Ekokardiografiler normal bulundu. Akut gastroenterite yönelik tedavi başlanan hastanın ateşi bir haftada normale döndü, oral mukoza lezyonları ve bilateral nonpürülan konjonktivit birkaç günde kayboldu, ancak akut faz reaktanlarındaki yüksekliğin devam etmesi nedeniyle yeniden yapılan ekokardiyografisinde sol koroner arterde dilatasyon saptandı. Hastaya IVIG ve Asetil salisilik asit tedavileri verildi, kontrol ekokardiografide koroner arterler normal bulundu.

SONUÇ: Kawasaki hastalığı çocuklardaki edinsel kalp hastalıklarının en önde gelen nedenlerindendir. Erken tanı ve tedavi ile koroner arter tutulumunun önlenebilmesi nedeniyle, beş günden uzun süre ateşi olan hastalarda hastalığı tanı kriterleri tam olarak olmasa ayırıcı tanıda Kawasaki hastalığı düşünülerek, bu hastalar yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, çocuk, ateş

PP-157

Postenfeksiyöz Glomerulonefrit: Ne zaman Çocuk Nefrolojisi ?

Rabia Meral[1], Arife Uslu Gökceoğlu[2], Bülent Alioğlu[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı, Ankara

AMAÇ: Akut glomerülonefrit (AGN), glomerüllerde genellikle grup A beta-hemolitik streptokok enfeksiyonunu takiben, böbrekte immun kompleks depolanmasına bağlı olarak glomerüllerin yaygın enflamatuar bir hastalığıdır. Postenfeksiyöz AGN'ler dışında IgA nefropati, membranoproliferatif glomerulonefrit ve lupus nefriti de AGN tablosuna yol açabilir. Aşağıda postenfeksiyöz glomerülonefrit tanısıyla izleme alınan, nefrotik sendrom kliniği gelişimi nedeniyle renal biyopsi yapılan bir hasta sunulmaktadır.

OLGU: Yedi yaşında erkek hasta son iki üç gündür olan koyu kırmızı renkli idrar yakınması ile başvurdu. Öyküde geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu vardı. Kronik hastalık, ailede böbrek hastalığı, ilaç kullanım öyküsü yoktu. Olgunun fizik muayenesinde hipertansiyon ve ödem saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde idrar incelemesinde protein negatif, 22 eritrosit, 42 lökosit saptandı. İdrar kültüründe üreme yoktu. Üriner sistem ultrasonu normal saptandı. Anti-streptolizin O düzeyi 268 IU/ml (yüksek) ve C3 düzeyi 23 mg/dl (düşük), Antinükleer antikor ve antidsDNA negatif saptandı. Üriner sistem ultrasonografisi normaldi. Hasta postenfeksiyöz glomerülonefrit tanısıyla takibe alındı. Takibinin ikinci ayında hastada ödem ve proteinüri gelişti. C3 düşüklüğü devam ediyordu. Albümin düzeyi 2.7 g/dl saptandı. İdrar tetkikinde 3(+) protein, spot idrarda protein/kreatinin oranı 14.2 mg/mg olan hastaya renal biyopsi yapıldı. Streoid 2 mg/kg/gün dozunda başlandı. Renal biyopsi sonucu diffüz proliferatif glomerülonefrit olarak raporlandı. Tedavinin başlangıcında 3(+) olan protein düzeyi streoid tedavisinin dördüncü gününde negatif saptandı. Streoid tedavisinin altıncı haftasında C3 düzeyi normal olarak saptandı. Olgunun takibinde proteinüri izlemine göre streoid tedavisi kademeli olarak azaltıldı. Son kontrolünde olgunun streoid tedavisi kesildi.

SONUÇ: Postenfeksiyöz glomerulonefrit klinik olarak en sık nefritik sendrom kliniği ile başvursa da nefrotik sendrom kliniği de gelişebileceği unutulmamalıdır. Bu hastalarda nefrotik sendrom kliniği gelişimi, izlemde C3 düşüklüğünün sekiz haftadan uzun sürmesi, başvuruda böbrek yetmezliği olması durumlarında olguların Çocuk Nefrolojisi Bölümüne yönlendirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelimeler: postenfeksiyöz glomerülonefrit, nefrotik sendrom, renal biyopsi

PP-158

İnatçı Kusma Sebebi Olarak Distal Renal Tübüler Asidozlu Bir Olgu

İbrahim Fuat Kaya[1], Serdar Akın Maraş[4], Mustafa Soran[3], Derya Arslan[2], Celil Uysal[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği, Konya
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, Konya
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji, Konya
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Konya

AMAÇ: Distal renal tübüler asidoz, asit atılımında veya bikarbonat emiliminde bozukluğa bağlı gelişmektedir.Primer genetik mutasyonlar, otoimmun hastalıklar, nefrotoksik ilaçlar, sarkoidoz, primer hiperparatiroidizm, piyelonefrit, amiloidoz, obstruktif üropatiler gibi çeşitli hastalıklara sekonder gelişebilmektedir.Distal RTA ayırıcı tanısında bikarbonat yükleme testi, amonyum klorür yükleme testi, ultrasonografi kullanılmaktadır.

OLGU: 2,5 aylık erkek hasta, 38 hafta, 3300 gr ile C/S ile doğmuş. 1,5 ay anne sütü almış, son bir aydır formula mama ile besleniyormuş. Hastanemize kilo alamama, kusma ve bir kez olan hafif ateş yakınması ile getirildi.FM'de; vücut ağırlığı 2800 gr(<3p), boyu 56 cm (3-10p), baş çevresi 38 cm(25-50p) idi.Turgor tonusu azalmıştı, fontanel hafif çöküktü, orta derecede dehidratasyonu mevcuttu. Hastanın gelişinde tansiyonu alınamadığı için 3 kez serum fizyolojik ile yükleme yapıldı.İdame sıvısı 1/3 sf ile 3000 cc / m2 olarak ayarlandı. Biyokimyasında glukoz:98 mg/dL, üre:102mg/dL, kreatin:1,82 mg/dL, albumin:4 g/dL, Ca:8,6 mg/dL, P:7,8 mg/dL,Mg:1,8 mg/dL, Na:128 mEq/L, K:5,54 mEq/L,CI:97 mEq/L, WBC:9,97 IU/L, Hb:7,7 U/L, PLT:586 bin/μL idi.Kan gazında pH:7,23, pCO2:34 HCO3:14 anyon gap normal, BE -12 idi.Hastaya tedavi olarak bikarbonat verildi. Metabolik hastalık açısından tandem MS analizi, idrar ve kan aminoasitleri gönderildi. Yapılan batın USG'de Grade 2 bilateral meduller nefrokalsinozis izlendi.Spot idrarda kalsiyum kreatin oranı:0,77, D vit:22,9, PTH:1133 olarak ölçüldü.Normal anyon gap'li metabolik asidoz olması sebebiyle hastada sekonder hiperparatirodi zemininde gelişmiş distal renal tübüler asidoz düşünüldü.Potasyum ve magnezyumu düşük olan hastaya replasman yapıldı. Takiplerde potasyum ve magnezyum düzeyi normale geldi.Son bakılan kan gazında pH:7,40, HCO3:20, pCO2:33 idi. Hastanın takiplerinde klinik bulguları düzeldi. Genel durumu iyi olan, oral beslenen, kusması olmayan hasta önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Distal RTA'lı hastalarda, anyon açığı normal, hiperkloremik metabolik asidoz vardır. Olgumuzda normal anyon gapli metabolik asidoz, bilateral grade 2 nefrokalsinozis, hiperparatiroidi vardı. Alkali tedavisi ile kan tablosu ve kliniği düzelen hasta distal RTA kabul edildi.Büyüme gelişme geriliği ve inatçı kusma ile gelen çocuklarda renal tubuler asidoz akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Büyüme Geriliği, Dehidratasyon, Distal Renal Tubuler Asidoz

PP-159

Çocukluk Çağında Nadir Bir Hızlı İlerleyen Glomerülonefrit Olgusu; Granulomatöz Poliangiitis

Gül Özçelik[1], Tuğçe Kurtaraner[1], Nurver Akıncı[1], Sare Güntülü Şık[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bölümü, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

AMAÇ: Wegener granülomatozu (WG), yeni adıyla granülomatöz polianjitis(GPA); küçük ve orta çap arterleri tutan, başlıca üst ve alt solunum yollarını ve böbreği etkileyen, sistemik nekrotizan granülomatöz, ANCA ilişkili bir vaskülit tipidir. Burada akut böbrek yetmezliği ile başvuran ve GPA tanısı konulan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: 12 yaşında kız hasta iki haftadır olan ateş, halsizlik, solukluk, döküntü, idrardan kan gelme ve idrar çıkışında azalma şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede; alt ekstremitelerinde yaygın olmayan palpable purpurik döküntüsü, cilt ve mukoza solukluğu saptandı. TA: 120/80 mmHg 90-95.persantil arasında yüksekti. Biyokimyasal tetkiklerinde; üre, kreatinin, potasyum ve fosfor yüksekti, sedimentasyon hızı:107 mm/saatti. Tam kan sayımında normokrom normositer anemisi ve kan gazında artmış anyon gapli metabolik asidoz saptandı. Tam idrar tetkikinde; makroskopik hematürisi, masif olmayan proteinürisi ve mikroskopide glomerüler patolojiyi düşündüren dismorfik eritrositler ile eritrosit silendirleri mevcuttu. Etyolojiye yönelik yapılan testlerden C3 ve C4 düzeyleri normal, MPO-ANCA negatif, PR3-ANCA pozitif saptandı. Kulak Burun Boğaz konsültasyonunda, sağ nazal kavitedeki krutlardan alınan örnekte S.aureus üredi. Akut böbrek yetmezliği tablosu ile başvuran hastamızda ASO yüksekliğinin de mevcut olması neticesinde ilk planda postinfeksiyöz glomerulonefrit düşünüldü. İdrar çıkışının oligürik olması üzerine lasix perfüzyonu, pulse steroid tedavisi başlandı ve hemodiyalize alındı. Hızlı ilerleyen glomerülonefrit kabul edilen hastaya yapılan böbrek biyopsi sonucu; kresentik nekrotizan glomerulonefrit olarak değerlendirildi. Hastaya yedi seans plazmaferez tedavisi uygulandı. Özetlersek, olgumuz klinik olarak akut nefritik sendrom tablosu ile uyumlu idi, C3 düzeyi normaldi, PR3-ANCA pozitifliği ve sık üst solunum yolu infeksiyonu öyküsüyle krutlu riniti mevcuttu. Bu bulgularla ANCA ilişkili vaskülit (GPA) tanısı konularak aylık pulse siklofosfamid tedaviye eklendi ve oral günlük prednol tedavisine devam edildi. Hastamızın 9.ayındaki kontrolünde böbrek fonksiyonları normal olup mikroskopik hematürisi ve nonnefrotik proteinürisi devam etmektedir.

SONUÇ: Granulamatöz Poliangiitis çocukluk çağında çok nadir olup morbidite ve mortalitesi yüksektir. Bu nedenle çocukluk yaşlarında da görülebileceği ve hızla ilerleyen böbrek yetmezliği bulguları ile başvurabileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut böbrek yetmezliği, hızlı ilerleyen glomerülonefrit, ANCA ilişkili vaskülit

PP-160

Kompleman3 İlişkili Glomerülopatili İki Hastada Rituximab Deneyimi

İmran Dumanoğlu Doğan, Hatice Kevser Ayaz, Zeynep Gör, Kyaw Zin Latt, Hasan Dursun
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Kompleman3 (C3) ilişkili glomerülopatiler anormal kompleman aktivasyonu, depolanması veya bozulması sonucu oluşan bir grup hastalıktır. Burada C3 nefritik faktörü pozitif olan C3 glomerülopatili iki hastada rituximab tedavisine yanıtı tartıştık.

OLGU: Birinci olgu; 13 yaşında erkek hasta göz kapaklarında ve karında şişlik yakınmalarıyla başvurdu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 41 kg, boyu: 155 cm, kan basıncı: 135/90 mmHg, pretibial (++) gode bırakan ödemi, batın muayenesinde yaygın asiti mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde idrar analizinde protein:+++, idrar sedimentinde 6 lökosit ve 13 eritrosit saptandı. Total protein: 4.18 g/dL, albümin: 2.61 g/dL, total kolesterol: 314 mg/dL, spot idrarda protein/kreatinin oranı: 8.8 mg/mg ve 24 saatlik idrarda protein 140 mg/m2/sa saptandı. Hastanın serolojik tetkiklerinde C3:22 mg/dL, C4:19 mg/dL, ANA: zayıf pozitif, Anti ds-DNA: negatif, C3 nefritik faktör pozitif saptandı. Renal biyopsi C3 glomerülopati ile uyumlu olarak raporlandı. İkinci olgu;13 yaş erkek hasta göz kapaklarında şişlik şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 36 kg, boyu: 145 cm, kan basıncı: 110/70 mmHg, göz kapaklarında ödem, pretibial (++) gode bırakan ödemi mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde idrar analizinde protein:+++, idrar sedimentinde 7 lökosit ve 63 eritrosit saptandı. Total protein: 4.99 g/dL, albümin: 2.84 g/dL, total kolesterol: 199 mg/dL saptandı. Spot idrarda protein/kreatinin oranı: 1.69 mg/mg ve 24 saatlik idrarda protein 65.7 mg/m2/sa saptandı. Hastanın serolojik tetkiklerinde C3:9 mg/dL, C4:15 mg/dL, ANA: negatif Anti ds-DNA: negatif, C3 nefritik faktör: pozitif saptandı. Renal biyopsi yapıldı ve C3 glomerülopati ile uyumlu bulundu. Hastalara steroid 60 mg/m2/gün başlandı, dört hafta sonunda tedaviye yanıt alınamayınca üç doz puls steroid verildi ve yine yanıt alınamadı. Rituksimab 375 mg/m2 dozunda haftada bir olmak üzere dört doz iki hastaya da verildi. Rituksimab tedavisi sonrası 30. günde birinci hastada proteinüride dramatik biz azalma gözlenirken ikinci hastanın proteinürisinde değişiklik saptanmadı.

SONUÇ: Rituksimab tedavisinin C3 glomerülopatili bazı hastalarda etkili olduğu, ancak tüm hastalarda yeterli yanıt alınamayacağı sonucuna varıldı.

Anahtar Kelimeler: C3 glomerülopati, Rituximab, C3 nefritik faktör

PP-161

Kulaklı Mesane

Selçuk Yüksel[1], Merve Korkut[2], Savaş Saldıray[2]
[1]Pamukkale Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, Denizli
[2]Pamukkale Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Denizli

GİRİŞ: Mesane kulakları mesane duvarının inguinal kanala herniye olmasıyla oluşan, nadir görünen anomalidir. İşeme sistografisinde tanı alıp çocukluk döneminde normal değerlendirilir. Mesanenin pozisyonu ve inguinal halkanın açık kalması oluşumundaki neden olarak gösterilmektedir. En sık divertiküllle karışır. Masum, tedavi gerektirmemesi akılda tutulmalı, tanınmalıdır. Olgu üriner anomali nedeniyle yapılan işeme sistografisinde mesane kulağına dikkat çekmek amacıyla bildirilmiştir.

OLGU: Antenatal hidronefroz nedeniyle takip edilen 4 aylık erkek hastanın ultrasonografilerinde pelvikaliyektazi, üreter dilatasyonu ve bilateral mesane divertükülü saptanması üzere Pamukkale Üniversitesi Çocuk Nefroloji Kliniğine yönlendirilmiş. Hastanın 3200 gr olarak miadında doğduğu, üriner sistem enfeksiyonu geçirmediği, normal ağırlık kazanımına sahip olduğu, bez dermatiti olmadığı, idrarını fışkırtarak yapabildiği öğrenildi. Muayenesinde VA:6000 gr (%33,3), Boy 61 cm (%33,5), BÇ: 40cm (%23). Haricen erkek, sünnetsiz, testisler skrotumda, inguinal herni yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Böbrek fonksiyon testleri, tam idrar analizi normal, idrar kültüründe üreme olmadı. İşeme sistografisinde mesanenin dolum aşamasında iki taraflı dolum fazlalığı kulaklı mesane olarak değerlendirildi.Üreter dilatasyonu ayırıcı tanısı için yapılan dinamik böbrek sintigrafisinde obstrüksiyon saptanmadı.

TARTIŞMA: Nadir görünen, tanısı zor konulan kulaklı mesane olgularının tamamına yakını semptom göstermeden tanı alır. Divertiküllle karışan durum çoğunlukla asemptomatik seyreder nadiren tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonlarına neden olabilir. Etyopatogenezinde iç inguinal halkanın açık kalması, mesanenin çocukluk yaş grubunda abdominal yerleşimli olması düşünülür. Tanıda altın standart sistografidir.Genellikle iki taraflı simetrik olur. İşeme sırasında kaybolur. Hastamızın işeme sistografisinde mesanenin dolumu sırasında kulaklı mesane görülürken tam dolumu ve işeme sırasında kaybolduğu görülmüştür. Kulaklı mesane olarak değerlendirilen ve normalin varyantı olarak kabul edilen konjenital anomalinin tedavisi gerekmemektedir. İnguinal hernilerin %1-3'üne kulaklı mesane eşlik etmesi nedeniyle herni onarımı sırasında mesane yaralanması oluşabilir. Hastamız mesane divertikülü ön tanısı ile yönlendirilmişti. Asemptomatik seyreden kulaklı mesanenin aksine divertiküllerde sık tekrarlayan ve dirençli üriner sistem enfeksiyonları görülür. Hastamızda üriner sistem enfeksiyonu görülmemiştir. Şüphelenilen durumlarda sistografi ile tanısının konulması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Divertikül, Kulaklı Mesane, Mesane

PP-162

Nadir Görülen Bir hiponatremi Sebebi "Serebral Tuz Kaybı Sendromu"

Osman Demir, Esra Karabağ Yılmaz, Seda Geylani Güleç, Demet Tekcan, Elif Sağsak
GOP Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Akut veya kronik santral sinir sistemi hastalığı saptanan çocuklarda hiponatreminin nedeni olarak uygunsuz antidiüretik hormon salınımı sıklıkla gelişirken, serebral tuz kaybı sendromuna ender rastlanmaktadır. Bu nedenle serebral tuz kaybı tanısı alan hastamızı sunduk.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta, kafa travması nedeniyle beyin cerrahisi yoğun bakımda izlenmekte olup tarafımıza kan sodyum değerleri düşük olması nedeniyle danışıldı. Genel durumu iyi, bilinci açık, koopere idi, fizik muayenesi normal, ödem yoktu, bakılan serum sodyum değeri 121 mmol/lt, üre: 25,9 mg /dL, kreatinin: 0,6 mg/dL, potasyum: 4,2 mmol/l, diğer biyokimyasal ve hemogram değerleri normal sınırlardaydı. Oral alımı olmayan hastanın idrar çıkışı 3cc/kg/saat, idrar dansitesi:1029 idi. Çocuk endokrinoloji bölümüne danışılan hastanın hiponatremi ayrıcı tanı açısından bakılan üre, kreatinin, ADH, aldosteron, kortizol, ACTH, TSH, fT4 değerleri normal olup, idrar çıkışı ve idrar sodyumunun (218 meq/lt) yüksek olması nedeniyle kafa travmasına bağlı serebral tuz kaybı ön planda düşünüldü ve buna yönelik tedavisi düzenlendi.Hastanın aldığı ve çıkardığı sıvı takibi yapıldı. Serum fizyolojik ve % 3 NaCl ile hastanın idrarla kaybettiği günlük sodyum miktarı da dikkate alınarak sıvı ve sodyum defisiti kapatıldı. Defisit kapatılırken hızlı düzeltme pontin myelinozise yol açabileceğinden 0.5 mEq/ L/ saat (12 mEq/gün) artış hızı aşılmamasına dikkat edildi. Hastanın tansiyon, su elektrolit dengesi düzenli olarak takip edildi. Sıvı tedavisi sonrası oral tuz tedavisine geçilen hastanın serum sodyum ve idrar sodyum değerleri normale dönünce yatışının 15. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Hiponatreminin erken tanınması yanında hiponatremiye yol açan hastalık ve faktörlerin ortaya çıkarılması tedaviyi belirlemek açısından oldukça önemlidir. İntrakranial problemlere bağlı olarak ortaya çıkan hiponatremi tablosuna uygunsuz ADH salgılanması veya serebral tuz kaybı sendromu sebep olabilir. Uygunsuz ADH sendromunda temel tedavi su kısıtlama iken serebral tuz kaybı sendromunda temel tedavi sıvı ve sodyum replesmanıdır.Bu iki sendrom sıklıkla birbiri ile karıştırılmakta olup doğru ayrımı yapılmadığı taktirde verilen tedavilerin hastanın kliniğini daha da ağırlaştıracağından, ayrıcı tanının doğru yapılması büyük önem arzetmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, kafa travması, serebral tuz kaybı sendromu, sodyum

PP-163

Non Steroid Anti İnflamatuar İlaç Kullanımına Bağlı Gelişen Tübülointerstisyel Nefrit Olgusu

Elif Denizyaran[1], Lida Bülbül[1], Vugar Abbaseliyev[1], Gökhan Kiğılı[1], Nilüfer Uyar[1], Selcen Yaroğlu Kazancı[1], Nilüfer Göknar[2], Nevin Hatipoğlu[1], Sadık Sami Hatipoğlu[1]
[1]1. Bakırköy Dr. Sadi Konuk E.A.H, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]2. Bağcılar E.A.H., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Tübülointerstisyel nefrit (TİN), böbrek parankiminin tübül ve interstisyumunu tutan akut,genellikle geri dönüşümlü ve tübülointerstisyel alanda iltihabi infiltrasyonla (lenfosit, monosit, makrofaj) karakterize bir hastalıktır.

Akut böbrek yetmezliği hastalarının %11-15'den sorumlu olan tübülointerstisyel nefrit nedenleri arasında ilaçlar (penisilinler, sefolosporinler, rifampisin, ko-trimaksazol, fenitoin, tiazid, allopurinol, amfoterisin-B,non steroid antiinflamatuar ilaçlar (NSAİİ)), infeksiyonlar (streptokoklar, pyelonefrit, toxoplasma,difteri,brusella,leptospira,EBV,CMV),sistemik hastalıklar(SLE,sarkoidoz,sjögren sendromu) idiopatik ve malign hastalıklar olarak sayılabilir.Burada NSAİİ kullanımına bağlı gelişen TİN olgusu nadir olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: On üç yaş erkek çocuk,bir aydır devam eden aralıklı ateş,kusma,öksürük şikayetleriyle başvurdu.Şikayetlerinin başlangıcında dış merkeze başvurduğu,üst solunum yolu enfeksiyonuna yönelik ilaç (Amoksisilin-Klavunikasit, ibuprofen,metaklopromid) verildiği öğrenildi.Özgeçmişinde takipsiz gebelik olarak zamanında sezeryanla 4000 gr doğan hastanın mekonyum aspirasyonu nedeniyle 5-6 saat kuvöz yatışı mevcuttu.iki yaşında otizm ve epilepsi tanısı almış. Çok sayıda afebril konvulsiyon geçirmiş. Çocuk nöroloji takiplerine devam etmemiş.Epilepsi ve otizme yönelik ilaç kullanmayan hastamız altı yıldır nöbet geçirmemiş.Soygeçmişinde 2.derece akraba evliliği olup,bir sene önce 16 yaşında olan kardeşi SSPE nedeniyle kaybedilmiş. Dört yaşında olan diğer erkek kardeşi otizm tanısı almış.Fizik muayenesinde vücut ısısı: 37.1/C0,KTA:105/dak,solunum sayısı: 16/dak, tansiyonu:110/76 mmHg, bilinç açık,solunum,kardiyovasküler,batın sistemi muayeneleri doğaldı. Laboratuvar incelemelerinde üre: 45.7 mg/dl(N), kreatinin:1.98 mg/dl,elektrolit ve karaciğer fonksiyon testleri normal,CRP:6,87 mg/dl,Hb:10 g/dl, lökostit ve trombosit değerleri normal,idrar tahlilinde albumin eser miktarda saptandı.Hastanın kreatinin yüksekliği olması (daha önce bakılan değeri yok) nedeniyle etyolojiye yönelik ve kronik böbrek yetmezliği ayırıcı tanısı için bakılan PTH: normal, C3-C4:normal, ANA pozitif (nükleer patern 1:incebenekli,nükleer titre 1,1:40) saptandı. Enfeksiyöz nedenlere yönelik yapılan incelemelerde Hepatit A-B-C,EBV, CMV, Toxoplazma, Parvovirus B19,mycoplasma serolojisi negatif saptandı.Uzamış öksürük nedeniyle gönderilen nasofarengeal sürüntüde,viral etken ve bordetella antijeni saptanmadı. Yirmidört saatlik idrarda protein 1184 mg/24h,kreatinin normal,spot idrarda protein/ keratinin:0,77 saptandı.Üriner ultrasonda her iki böbrekte ekojenite artışı dışında patoloji saptanmadı.Takiplerinde kreatinin 3,6 mg/dl ye kadar yükselen hastaya renal biyopsi yapıldı.Renal biyopsi sonucu TİN'le uyumlu gelen hastaya 3 gün IV pulse steroid tedavisi uygulandı. Hastamızın yükselen kreatinin tetkiki hızla normalleşti.Defalarca sorgulanan ilaç-bitkisel ilaç kullanımına ilişkin sorulara yok,kulanmıyor denmesine rağmen,otizm hastası olan hastamızın çok hareketli olduğu zamanlarda ibuprofen verilerek sakinleştirildiği,bunun ilaçtan sayılmadığı öğrenildi.

SONUÇ: Akut böbrek yetmezliği olgularında, özellikle etyolojide TİN düşünülen hastalarda ilaç öyküsü ısrarla sorgulanmalı ve NSAİ ilaç kullanımı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tübülointerstisyel nefrit, akut böbrek yetmezliği,nonsteroidal antiinflamatuar ilaç

PP-164

Hipopigmente Döküntü ile Başvuran Tüberosklerozis Olgusu

Cansu Demiröz[1], Duygu Hacıhamdioğlu[2]
[1]Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
[2]Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi, İstanbul

GİRİŞ: Tüberoskleroz (TS); başlıca deri, beyin, göz, böbrek ve kalp olmak üzere çok sayıda organda hamartamatöz lezyonlarla karakterize otozomal dominant kalıtımlı nörokutan bir sendromdur. Prevalansı 1/6000 ile 1/10000 arasında değişmektedir. Ancak bileşik mutasyonlar ve ekspresyon değişikliği nedeni ile fenotipik çeşitlilik gözlenmektedir. Burada hipopigmente döküntülerle başlayan bir TS olgusu sunulacaktır.

OLGU: Akraba olmayan anne ve babanın birinci gebelikten birinci çocuğu olarak miadında 3400 gr normal vajinal yolla doğan erkek bebekte, yenidoğan döneminde gluteal alanda başlayan, tüm vücuda yayılan 0.5 cm çaplı düzgün sınırlı hipopigmente döküntüleri gelişmiştir. Genel olarak aile tarafından huzursuz olarak ifade edilen hasta, 4 aylıkken myoklonik nöbet geçirmiştir. Nöbet sonrası elektroensefalografisinde orta ve yüksek amplitüdlü jeneralize diken dalga deşarjları ve beyin manyetik rezonans görüntülenmesinde frontal loblarda subkortikal tüberler saptanmıştır. Bu bulgular ile TS tanısını alan hastanın fizik incelenmesinde hipertansiyon; renal ultrasonografi görüntülenmesinde her iki böbrekte multiple kist ve renal dopler ultrasonografisinde multiple kistlerin renal arterlere bası yaptığı saptanmıştır. Bu nedenle hastaya, renal arter stenozu olan hastalarda uygulanan renal perfüzyonu azaltmamak için pre-hipertansif düzeyde tutulma hedefiyle tedavi planlanması yapılmıştır. Hasta halen pre-hipertansif seviyede izlenmektedir. Renal manyetik rezonans görüntülemesinde anjiomyolipom saptanmamıştır. TS tanısı için genetik araştırma sonucu bekleniyor.

TARTIŞMA: Tuberosklerozda hipertansiyon patofizyolojisinin renin anjiotensin sistem (RAAS) aktivasyon aracılığı olduğu ve hipertansiyon tedavisinde bu sistemi bloke eden ilaçların renal sağkalım için etkili olduğu belirtilmektedir. Anti-hipertansif ilaç gruplarından olan kalsiyum kanal blokerleriyse kist oluşum patofizyolojisinde rol oynamakta olup tedavide önerilmemektedir. Hastanın renal doppler sonucu çıkana kadar renal fonksiyon ve serum elektrolit kontrolüyle RAAS bloker grubu ilaçlar kullanılmıştır. Bilateral renal arter stenozunda kronik RAAS blokajı renal iskemiyi uyarabileceği için kullanılmaması önerilmektedir. Bu nedenle beta bloker grubu ilaçlar bu hasta için uygun bir seçenek olarak durmaktadır. Sonuç olarak yenidoğan döneminde başlayan ve progresyon gösteren hipopigmente döküntüler bir nörokütan hastalığın bulgusu olabilir. Bu klinik şüpheye sahip hastaların fizik incelemede kan basıncı ölçümü önemli ipuçları verebilir.

Anahtar Kelimeler: hipopigmente döküntü, hipertansiyon, tüberoskleroz

PP-165

Hipokalemik, Hipomagnezemik Metabolik Alkaloz Nedeni: Gastroenterit mi? Gitelman Sendromu mu?

Nuran Küçük, Serap Genç Yüzüak, Esra Çetinkaya Polatoğlu, Gökşen Demir, Merve Yılmaz, Yasemin Akın
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Reno-tubuler hipokaleminin herediter formlarından biri olan Gitelman Sendromu(GS), primer olarak distal tubulusta reabsorbsiyon defekti ile karakterizedir. Genellikle hipokalemi, metabolik alkaloz, hipomagnezemi, hipokalsiüri ve normal kan basıncı ile prezente olup otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. İnfant döneminde görülebilse de sıklıkla geç çocukluk veya erişkin dönemde tanı alır. Bu sunumda kusma ve ishal ile başvuran, ancak kusma ve ishal gerilediği halde hipokalemi, hipomagnezemi ve metabolik alkalozu düzelmeyen bir hasta sunulmuştur.

OLGU: 9 yaş 10 aylık erkek hasta, 2 gündür olan kusma,ishal ve halsizlik şikayetleri ile başvurdu. İshali kan ve mukus içermeyen şeklide olup 3-4 kez/gün, kusması yediklerini içerir tarzda olup 4-5 kez/gün idi. Özgeçmişinde küçüklüğünden beri aralıklı kabızlık, kas krampları ve halsizliğinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; ağırlık 3-10.p, boy 25-50.p idi. Mukozalar hafif kuru, cilt turgor tonusu hafif-orta derecede azalmış bulundu. Hastanın Na:127 mmol/L, K:2,5 mmol/L, Cl:99 mmol/L, pH:7,52, HCO3:34,5 ve idrar dansitesi 1009 idi. Uygun şekilde sıvı ve elektrolit desteği yapıldı. İshal ve kusması geçtikten sonra hipokalemi, hipomagnezemi ve metabolik alkaloz devam edince bakılan idrar Na:218 mmol/gün ve 109 mmol/lt, K:62 mmol/gün ve 31 mmol/lt, Cl:344 mmol/gün ve 172 mmol/lt, Ca:1,4 mg/kg/gün ve spot idrarda Ca/cre:0,08, Mg:3,6 mg/kg/gün ve fraksiyone magnezyum atılımı >%4 idi. Hipermagnezürik ve hipokalsiürik hastanın kan basıncı normal olup, plazma renin düzeyi 47 pg/mL(0,1-25,5) olarak yüksek, aldosteron düzeyi <0,01pg/mL(13-231) olarak düşük ve böbrek ultrasonografisi normal idi. Gitelman Sendromu tanısı konulan olguya oral KCl ve magnezyum başlandı. İzleminde serum potasyum ve magnezyum düzeyleri, kan gazı ve kan basıncı normal olup halsizlik, kabızlık ve kas krampları tekrarlamadı.

SONUÇ: Akut gastroenterit tanısıyla izlenen çocuk olgularda ishal ve kusma geçtikten sonra hipokalemik, hipomagnezemik metabolik alkaloz devam ederse; aldosteron normal, renin normal veya yüksek ise GS hatırlanmalı, hipokalsiüri, hipermagnezüri ve ileri yaş bu tanı için uyarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipokalemi, hipokalsiüri, hipomagnezemi, metabolik alkaloz

PP-166

Akut Böbrek Hasarının Nadir Bir Nedeni: Aşırı Terlemeye Sekonder Dehidratasyon ve Rhabdomiyoliz

Nuran Küçük, Serap Genç Yüzüak, Semiramis Sadıkoğlu, Furkan Koçarslan, Mürüvvet Avcı, Mehmet Gündüz, Yasemin Akın
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Akut böbrek hasarı(ABH), serum kreatinin ve nitröjenöz atık ürün konsantrasyonlarının geri dönüşlü yükselmesi ve böbreklerin su ve elektrolit homeostazını uygun şekilde düzenleyememesi ile karakterizedir. Etyolojisinde prerenal, renal ve postrenal sebepler olabilse de en sık neden prerenaldir. Prerenal nedenler içinde dehidratasyon ve rhabdomiyoliz de yer almaktadır. Bu sunumda aşırı terleme ve halsizlik şikayetiyle prezente olan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 3 aylık erkek hasta, bir gece boyunca yorganın altında kalma ve beslenmeme sonucunda aşırı terlemiş ve halsiz bir şekilde bulunduktan sonra acil polikliniğimize getirilmişti. Özgeçmişinde normal spontan vajinal yolla doğduğu, hemen ağladığı, morarmasının olmadığı, küvözde kalmadığı, sadece anne sütü aldığı, kilo alımının normal olduğu, herhangi bir sorun yaşanmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; ön fontanel çökük, mukozalar kuru, cilt turgor tonusu orta derecede azalmış olup hipotonisite mevcuttu. Laboratuarında üre:96 mg/dL, kreatinin:1.01 mg/dL, Na:136 mmol/L, K:4,9 mmol/L, ürik asit:14 mg/dL, AST:91 U/L, ALT: 39 U/L, CK: 300U/L, LDH: 891 U/L, idrarında; dansite:1015, protein:+3, blood:+1, kan gazında; pH:7,38, pCO2:22,8, HCO3:16 ve fraksiyone Na atılımı %4 idi. Dehidratasyona sekonder rhabdomiyoliz ve buna bağlı prerenal akut böbrek yetmezliği olarak değerlendirildi ve yükleme sonrası 150cc/kg'dan idame mayi verildi. Üriner ultrasonografi normal olup üre, kreatinin değerleri ve hipotonisite 2. günde, ürik asit, CK, LDH ve AST değerleri 3.günde normalleşti. Mayisi azaltılarak kesildi. Rhabdomiyolizi hafif derecede ve hemen düzelmiş olup metabolik tarama da gönderildi, patoloji saptanmadı. Bir aylık izlemde bir sorun yaşanmadı. Sonuç Küçük bebeklerde uzun süreli beslenmeme ve aşırı terleme sonrası dehidratasyon, sekonder rhabdomiyoliz ve akut böbrek yetmezliği hızla gelişebilmektedir. Buna karşın hızlı ve uygun müdahale sonucu hızla düzelebileceğini vurgulamak; klinik ve laboratuar bulgular eşliğinde bu yaş grubunda metabolik incelemenin de yapılması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, dehidratasyon, rhabdomiyoliz, terleme

PP-167

Annelerin Yenidoğan Bakımında Bilgi ve Becerilerinin Değerlendirilmesi

Yeliz Polat, Şahin Hamilçıkan, Meltem Erol, Özlem Bostan Gayret, Özgül Yiğit, Emrah Can
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Normal spontan vajinal doğum veya sezaryen doğum ile doğan bebeklerin annelerinin yenidoğan beslenmesi ve bakımına yönelik bilgi düzeylerini belirlenmesi amaçlanmıştır.

MATERYAL VE METOD: Çalışma Ocak -Eylül 2016 yılları arasında Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde yapıldı. Doğum yapan annelere yenidoğan bebeklerin bakımı ve beslenmesi konusundaki bilgi ve becerilerini değerlendirmek üzere 0-15-30. günlerde anket formları uygulandı. Annelere her anket sonrası değerlendirilerek; sağlık personeli tarafından annelere yanlışları ile ilgili düzeltici bilgiler verildi.

BULGULAR: Yaş aralığı 20-40 olan toplam 100 anneye anket uygulandı. Doğumların %53'ü normal, %47'si sezaryenle idi. Annelerin %5'i bebeğini hiç emzirmemişken; %30'u yarım saat sonra, %40'ı bir saat sonra, %25'i iki saat sonra emzirmişti. Bebeklerin banyo yapma döneminin zamanla arttığı görüldü. 0.gün, 15.gün ve 30.gün bebeklere göbek bakımı yapma oranlarındaki değişim anlamlı bulundu. Bebeklerin 0.gün, 15.gün ve 30.gün uyudukları ortamın değişimi anlamlı bulunmadı. Bebeklere kundak yapmayla ile ilgili değişim 0.gün, 15.gün ve 30.gün anlamlı bulundu.

TARTIŞMA: Emzirme sıklık ve süreleri, göbek bakımı uygulaması, kundak yapma, bebek yıkama, bebeğe takı takma duyarlılığı, bebek bakımı için bilgileri sağlık kuruluşundan alma parametrelerinin annelerin eğitimleri sonrası pozitif yönde değiştiği tespit edildi.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan bakımı, anne sütü, anne eğitimi

PP-168

Konjenital Epulis

Aysel Mecidova[1], Ömer Güran[1], Özgül Gergin[2]
[1] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, KBB Kliniği, İstanbul

Konjenital granüler hücreli tümör (GHT), konjenital gingival GHT, Neumann'ın tümörü gibi bilinen konjenital epulis (KE) yenidoğanın nadir görülen tümörüdür. Olguların büyük bir çoğunluğu gingiva mukozasından, en sık olarak ta maxillar alveolar çıkıntının anterior kısmından köken alır. Yenidoğanda beslenme ve/veya solunum problemi oluşturur.Periferik yumşak dokunun granüler hücreli tümörü ile ilgisi yoktur Etyolojisi bilinmemektedir.Olguların yaklaşık %90'ı kız çocuğudur.Bening bir tümör olup,rekürrens ve metastaz göstermez.

OLGU: 29 yaş G3P1A2 anneden kırkıncı gestasyon haftasında normal spontan vajinal yolla, Apgar birinci dakikada 7, beşinci dakikada 8 ile doğan 3900gr kız bebek.Fizik muayenede 3x3cm çapında ağız içinden dışarıya doğru taşan,yuvarlak görünümde, üzeri mukaza ile örtülü,maksillar alveolanın kesici diş bölgesinde mukozaya tutunmuş tümör izlendi.Hasta enteral beslenemiyordu ancak belirgin solunum sıkıntısı yoktu Başka konjenital anomali saptanmayan hastanın öyküsünde konjenital anomali saptanmayan hastanın antenatal öyküsünde özellik yoktu. Ciddi beslenme problemi nedeni ileacil operasyon planlandı. Postnatal ikinci gün bebeğin sağ gingivasında 3x3 cmlik granülomatoz lezyon monopoler koter , yardımı ile eksize edildi. Ameliyyat sonrası dönemde komplikasyon gelişmeyen ve yara iyileşmesi sorunsuz olan, emmesi aktif olan bebek postnatal dördüncü gününde taburcu edildi. Makroskopik olarak 3x3x2 cm boyutlarında düzgün sınırlı,mukazayla örtülü yuvarlak görünümde saplı tümör izlendi. Mikroskopik olarak üzeri çok katlı yassı epitelle örtülü, kapsülsüz solid tümör izlendi. Histokimyasal olarak, tümör hücre sitoplazmaları PAS (periodic acid-shiff) pozitifti.İmmunhistokimyasal olarak, vimentin, CD68, ALP1ANT ve NSE (nörospesifik enolaz) pozitif izlendi.Ayrıca S100protein negatif izlendi.Bu bulgulara göre olgu konjenital granüler hücreli epulis olarak rapor edildi.

TARTIŞMA: GHT ilk olarak 1871'de konjenital epulis olarak Neumann tarafından tariflenmiş. GHT etiyolojisi belli olmayan bening mezenkimal tümördür Rekürrens çok nadirdir, metastaz görülmez. Yenidoğanlarda gingivada lokalize olur Maksiller/ mandibuler tutulum oranı 3/1dir ve orta hat yerleşimlidir. GHT çoğunlukla tektir ancak %5-16 multıple olgular izlenmiştir. Kadın/erkek oranı 8/1dir. Yenidoğan ve yetişkinlerde immunhistokimyasal profil farklıdır. İmmunhistokimyasal S-100 negatifdir ve hiç bir diğer hücreye spesifik differensassiyon göstermemektedir. Bizim olguda da S-100 immun marker negatifdir. Bu lezyonların maternal hormonal etki ile inkişaf etdiği düşünülmektedir ve yenidoğan döneminde maternal hormon etkisinin azalması sonucu küçülmektedir.Eksizyon sonrası rekürrens göstermemektedir.Bizim olguda da eksizyondan 3 ay sonra rekürrens görülmemiştir

Anahtar Kelimeler: epulis,immun, marker, negatif

PP-169

Ateşli Yenidoğan Bebeklerde Patojen Etkenlerin Dağılımı

Ali Bülbül, Umut Zübarioğlu, Evrim Kıray Baş, Hasan Sinan Uslu, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı, Melek Selalmaz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde ateş şikayeti nedeniyle yatırılan bebeklerde saptanan patojen mikroorganizmaların belirlenmesi.

MATERYAL-METOD: Hastanemiz yenidoğan kliniğine 2011-2015 yılları arasında ateş nedeniyle yatırılan ve gebelik haftası ≥ 35 hafta olan tüm bebekler çalışmaya alındı. Hastane etik onamı alındıktan sonra çalışmaya başlandı ve çalışmaya alınan bebeklerin ailelerinden onam alındı. Konjenital anomalisi olan (konjenital siyanotik kalp hastalığı, kromozom anomalisi ve meningomyelosel gibi), immün yetersizliği saptanan ve kronik hastalığı olan (bronkopulmoner displazi vb) bebekler çalışmaya alınmadı. Çalışmaya alınan bebeklerden ayrıntılı anamnez alındı, fizik muayene bulguları, kan sayımı, CRP, biyokimya ve kültür sonuçları (kan, idrar ve BOS) kaydedildi. Solunum yolu enfeksiyonu bulguları olan bebeklere akciğer grafisi çekilerek viral hızlı antijen testleri bakıldı. Nörolojik bulgusu olan veya ateş odağı belirlenemeyen hastalara lomber ponksiyon yapıldı.

BULGULAR: Belirlenen süre içerisinde kriterlere uyan 328 bebek çalışmaya alındı. Ortalama gebelik süresi, doğum ağırlığı ve sezaryen doğum şekli sırasıyla 39,2±1,4 hafta, 3214±492 gram ve 148 (%45.1%) idi. Ortalama bebeklerin 12,5±8,0 gün yatırıldıkları ve yatış esnasında ateşlerinin 38.3±0.4 derece olduğu belirlendi. Bebeklerin %15,5 (n:51) idrar yolu enfeksiyonu, %5,8 (n:19) bakteriyemi, %6.1 (n:20) kombine enfeksiyon ve %4 (n:13) viral enfeksiyon tanısı konuldu. En sık saptanan patojen dağılımı İYE'da E. coli (%29.4) iken bakteriyemide (%26.8), kombine enfeksiyonlarda (%30) ve menenjitte %25 (n:3) Metisilin rezistans koagülaz negative stafilokok (MRCoNS) en sık saptanan patojendi. Saptanan viral etken dağılımı 8 olguda RSV, 5 olguda influenza idi.

SONUÇLAR: Yenidoğan döneminde ateş etyolojisinde en sık saptanan enfeksiyon idrar yolu enfeksiyonu iken tüm enfeksiyonlarda en sık saptanan etken MRCoNS idi. Solunum yolu enfeksiyonu bulguları olan ateşli yenidoğan bebeklerde hızlı viral antijen testlerinin etkeni belirlemede etkili olabileceği belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Yenidoğan, Etyoloji

PP-170

Yaşamin İlk Gününde Gastrik Perforasyona Neden Olan İmmatür Teratomlu Bir Olgu

Derya Çağatay Karabay[1], İdil Rana User[2], Nuriye Aslı Melekoğlu[1]
[1]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep
[2]Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Gaziantep

AMAÇ: Teratomlar, en sık sakrokoksigeal yerleşimli olarak karşımıza çıkan germ hücreli tümörlerdir. Teratomların, intraabdominal bölgede görülmesi oldukça nadirdir. Gastrik teratomlar tüm teratomların %1'den azını oluşturur. Gastrik perforasyon ise, özellikle yenidoğan döneminde yüksek mortalite ile ilişkili olup intraabdominal kitlelerin gastrik perforasyona neden olması nadir görülen bir durumdur. Burada da immatür gastrik teratomun neden olduğu mide perforasyonlu bir yenidoğan olgusu sunulmuştur.

OLGU: 32 yaşındaki annenin üçüncü gebeliğinden normal vajinal yolla miadında doğan erkek bebek antenatal dönemde batında saptanan kistik kitle nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yapılan fizik muayenede hafif batın distansiyonu dışında özellik yoktu. Genel durumu iyi olan ve yaşamsal bulgularında herhangi bir bozukluk olmayan hastanın kliniği postnatal ilk saatte hızlıca bozuldu. Solunumu yüzeyelleşen ve kan gazında miks asidozu olan hasta hemen entübe edildi. Orogastrik drenajından bol miktarda kanlı gelenleri olan hastanın beslenmesi kesilerek iv hidrasyon başlandı. Hemoglobin düşüşü de gözlenen hasta transfüze edildi. Acil şartlarda yapılan ultrasonografide batında sol kadranı dolduran heterojen görünümlü kitle yanı sıra serbest sıvı saptandı. Çekilen alt ve üst batın bilgisayarlı tomografide ise batın sol kesiminden pelvik düzeye kadar inen, batın içi organları sola iten, yer yer kalsifikasyonlar da içeren heterojen bir kitle imajı veren görünüm izlendi. Hasta acil şartlarda operasyona alındı ve eksplorasyonda batın içi hemorajik vasıflı mayi aspire edildikten sonra mide arka yüzünden antral bölüme sapla bağlı olan yaklaşık 10*10 cm boyutlarında solid kitle tamamıyla çıkarıldı. Kitlenin hemen lateralinden perfore olan midenin onarımı yapıldı. Post operatif dönemde akut böbrek yetmezliği de gelişen hastanın sıvı ve elektrolit takibi dikkatli yapıldı. Postnatal sekizinci günde oral beslenmeye başlandı. Kitlenin histopatolojik incelemesi immatür teratom, evre 2 olarak rapor edilen hasta postnatal 24. günde ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

YORUM: Gastrik immatür teratomlar yenidoğanda döneminde nadir görülür ancak genellikle benign natürde de olsa hayatı tehdit eden komplikasyonlarla karşımıza çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Gastrik perforasyon, immatür teratom, yenidoğan

PP-171

Yenidoğanda Sefal Hematom ve Subdural Hematom Birlikleliği: Olgu Sunumu

Serpil Değirmenci[1], Meltem Güneş[1], Sibel Özcan[2], Belkıs Ak[1], Rabia Gönül Sezer[1], Abdulkadir Bozaykut[1]
[1]Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Haydarpaşa Numune Hastanesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Sefal hematom, periostun altında yer alan damarların rüptüre olarak kanaması ile oluşur. Kanama kemik sütürlerini aşmaz, sıklıkla pariyetal ve oksipital kemikler etkilenir. Skalp üzerinde renk değişikliği yapabilir. Tüm doğumlarda % 1-2 oranında görülmekle birlikte, forseps ve vakum kullanılan doğumlarda sıklığı artar. Sefal hematomların büyük çoğunluğu birkaç hafta içinde kendiliğinden geriler. Nadiren rezolüsyon sırasında kalsifikasyon olabilir, septik komplikasyonlar gelişebilir.

Subdural hematom, nadir görülen bir durumdur. Travmatik doğum, forseps veya vakum kullanımı, hızlı doğum, uzamış doğum, makat doğum risk faktörleridir. Uygun tanı ve tedavi hayat kurtarıcı olduğundan, tanınması önemlidir. Asemptomatik başlayıp, fokal nörolojik bulgular, konvülzyonlar, KİBAS bulguları, beyin sapı basısı sonucu ölüm ile seyredebilir. Tanı BT ile konulur, arka fossa hematomlarında ise MR üstündür. Nörolojik bulguların varlığında acil cerrahi tedavi gereklidir.

Bu vakayı sefal hematom saptanan hastalarda, intrakraniyal kanamaların da eşlik edebileceğini vurgulamak amacıyla sunduk.

OLGU: Normal spontan vajinal yol ile 3100 gr 36 haftada doğan bebek; genel durum iyi, spontan solunumu mevcut, nabız:120/dk, moro +/+, 5.dk apgar 10, emmesi aktif, oksipital bölgede 3x2cm kemik süturları aşmayan sefal hematom mevcut. Ultrasonografide sefal hematom doğrulandı. Anne yanında izleminde emmede zayıflama ve tonus artışı tespit edildi. Çocuk Nörolojisi ve Beyin Cerrahisi ile konsülte edildi. Kranial BT'de subdural hematom şüphesi ile beyin cerrahisine yatırıldı. Subdural hematom öntanısı ile izlenen hastada, kontrol kranial BT'de intrakranial kanama saptanmadı. Hasta şu an nörolojik muayenesi normal şekilde takip edilmektedir.

SONUÇ: Sefal hematom ve subdural hematom gibi intrakraniyal kanamalar benzer risk faktörleri sonrası gelişen doğum komplikasyonlarıdır. Sefal hematom daha sık görülmekte, daha kolay tanınmakta, prognozu iyi seyretmektedir. Sefal hematom tespit edilen bebekler diğer intrakraniyal kanamalar yönünden yakından izlenmeli, nörolojik muayeneleri dikkatle takip edilmelidir. Sefal hematom tespit edilen bebeklerde, mortalitesi ve morbiditesi yüksek intrakraniyal kanamaların da gelişebileceği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: sefal hematom, subdural hematom, yenidoğan

PP-172

Serum Fizyolojik, Klorheksidin ve Bariyer Film ile Enfekte Dekübit Ülserleri Olan Yenidoğanın Tedavisi

Nujin Uluğ[1], İbrahim Caner[2], Elif Şeker[1], Bahri Elmas[1]
[1]Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Bağışıklık sistemlerinin ve cilt bariyerlerinin maturasyonlarını tamamlamamış olmaları nedeni ile yenidoğanlar özel bakım ihtiyacı olan bir popülasyonu oluşturmaktadır. Yenidoğan döneminde zaman zaman hipotonik bebeklerle karşılaşmaktayız. Hipotonik yenidoğanlarda diğer yaş gruplarından çok daha kolay oluşan dekübit ülserleri sekonder enfeksiyonların gelişimi ile devam etmektedir. Burada kombine serum fizyolojik, klorheksidin ve bariyer film tedavisi ile yeni yara bakım protokolü oluşturularak oksipital lobda dekübit ülserleri tedavi edilen yenidoğan olgusu sunulmuştur.

OLGU: Kırk yaşındaki annenin, beşinci gebeliğinden ikinci yaşayan olarak 36 gebelik haftasında sezaryen ile 2190 gram ağırlığında doğan kız bebek solunum yetmezliği ve ağır hipotonisite nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Ampirik antibiyotik tedavisi başlandı. Spontan solunumu yeterli olmayan entübe hastanın postnatal 41. gününde oksipital lobda 2x1 ve 1x1cm olan 2 adet dekübit ülser saptandı. Sistemik antibiyoterapi uygulanmayan hastaya topikal nitrofurantoin uygulandı. Yara yeri kültüründe Klebsiella pneumoniae ve ESBL(+) Staphylococcus aureus suşları üredi. Topikal tedavisine rağmen yara yeri enfeksiyonu kötüleşen hastanın topikal antibiyoterapisi 7. gününde sonlandırılarak yara yeri bakımı serum fizyolojik, %2 klorheksidin ve bariyer film sprey ile planlandı. Günde iki defa yara yeri ve çevresi serum fizyolojik püskürtülerek yıkandı, yaranın etrafındaki sadece sağlam dokuya %2 klorheksidin 1/20 oranında serum fizyolojik ile sulandırılarak temizlendi ve bariyer film içerikli alkolsüz sprey enfekte dokunun üzerine ince bir tabaka oluşturacak şekilde sıkıldı. Topikal serum fizyolojik, klorheksidin ve bariyer film kombine tedavisinin 6. gününde yara yeri iyileşmesi başladı. Tedavinin 16. gününde yara yerinde tamamen iyileşme gözlendi. Yara yeri kültüründe üreme saptanmadı.

SONUÇ: Hipotonik yenidoğanlar, dekübit ülseri oluşumu açısından yüksek risk faktörlerine sahip olmaları nedeni ile pediatristler tarafından şüphe eşiği düşük tutularak yakın takip edilmelidir. Olgumuzda topikal serum fizyolojik, %2 klorheksidin ve bariyer film sprey ile uygulanan kombine tedavinin, yara bakımının tedavisindeki etkin rolü göz önünde bulundurulduğunda yenidoğanlarda cilt yüzeyindeki bütün açık yaralara yeni bir tedavi protokolü olarak uygulanabileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, yara yeri bakımı, dekübit ülser

PP-173

Yenidoğanda Konjenital Vokal Kord Paralizisi Olgusu

Serpil Değirmenci[1], Melike Hande Tanal[1], Özgül Gergin[2], Hüseyin Taştanoğlu[1], Rabia Gönül Sezer[1], Abdülkadir Bozaykut[1]
[1]Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul
[2]Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde doğum sonrası solunum yetersizliğinin nadir görülen nedenlerinden biri üst solunum yollarının gelişim bozukluklarıdır. Klinik olarak ayırıcı tanıda solunum yetersizliği ile birlikte stridorun olması dikkat çekicidir. Konjenital stridorun en sık nedeni % 60 oranında laringomalazi olup, 2. sıklıkta vokal kord paralizisi gelmektedir. Bu vakayı, vokal kord paralizilerinin yenidoğanda stridorun sebeplerinden biri olabileceğini vurgulamak amacıyla sunduk.

OLGU: Postnatal 30. saatinde indirekt hiperbilirübinemisi nedeniyle anne yanında fototerapiye alan term yenidoğan bebeğin takiplerinde inspiratuar stridoru gözlendi. Fizik muayenesinde cilt ikterik, sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın oda havasında oksijen satürasyonu %99 idi. Akciğer grafisi normal olan hastanın emerken beslenme sırasında stridorunun devam etti.

Kulak Burun Boğaz Kliniği'ne danışılan hastaya ameliyathanede sedasyon koşulları altında spontan solunumu devam ederken endoskopik muayene yapıldı. Larenks muayenesinde sol vokal kord adduksiyonda, sağ kord paramedian hatta kord hareketlerinin kısıtlanmış olduğu görüldü (Resim 1). Hava yolu muayenesinde başka patoloji saptanmadı. Hastaya sağ vokal kord paralizisi tanısı konuldu. Hastanın günlük kontrol muayenelerinde stridorunun ilerlemediği görüldü. Ek patolojisi olan ikterinin de gerilediği görülen ve ek fototerapi ihtiyacı doğmayan hasta kontrole çağırılarak tedavi önerileri ile taburcu edildi.

Resim 1: Hastanın endoskopik muayene sırasındaki sağ vokal kord paralizisi görünümü

TARTIŞMA: Vokal kord paralizileri çocukluk çağında görülen doğumsal larenks hastalıklarında ikinci sıklıkta görülür. Unilateral vokal kord paralizileri ise sıklıkla cerrahi operasyon sonrasında oluşur. Özellikle kardiyovasküler ve özefagus cerrahisi sonrasında sol rekürren sinirin hasarlanması sonucu sol vokal kord paralizisi şeklinde gelişir. Semptomları arasında orta derecede inspiratuar stridor, zayıf sesle ağlama ve beslenme problemleri (aspirasyon) sayılabilir. Bizim vakamızda konjenital idyopatik sağ vokal kord paralizisi mevcuttu. Tek taraflı vokal kord paralizilerinde tedavi yakın takip şeklindedir. Spontan düzelme oranları yüksek olduğu için hastalara erken dönemde cerrahi girişim düşünülmez. Beş yıllık takipler sonrasında halen devam eden semptomatik hastalarda kordotomi operasyonu önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Stridor, Konjenital, Vokal kord paralizi, Yenidoğan

PP-174

Nadir Rastlanan Bir Neonatal Fasiyal Asimetri Nedeni: Olgu Sunumu

Nujin Uluğ[1], İbrahim Caner[2], Demet Kaya[1], Bahri Elmas[1]
[1]Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya
[2]Sakarya Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Sakarya

AMAÇ: Tek taraflı depresör anguli oris(DAO) kasının agenezisi veya hipoplazisi konjenital asimetrik ağlayan yüz(KAAY) görünümünün nadir bir nedenidir. Yenidoğandaki insidansı 0.3-0.6%sında görülür. Ağlarken ağız köşesinin aşağı ve dışa hareketinin kısıtlı veya hiç olmamasıdır. Cayler kardiofasiyal sendrom, velocardiofasiyal sendrom, CATCH22(kardiyak defektler,anormal yüz,timik hipoplazi,yarık damak,hipokalsemi), VACTERL (vertebral anomaliler, anal atrezi, kardiyak malformasyonlar, trakeoözofageal fistül, renal anomaliler, ekstremite anomalileri) ve Trizomi18 gibi major anomalilere 45-70% eşlik edebilir. Burada KAAY saptanan ve DAO kas hipoplazisi olarak değerlendirilen bir olgu incelenmiştir.

OLGU: 29 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden, fetal distres saptanarak acil sezeryan ile 41+6 haftalık, 3400 gram ağırlığında doğan erkek bebek postnatal 12. saatinde beslenirken rahat nefes alamaması ve burun tıkanıklığı şikayeti olması üzerine anne yanında değerlendirildi. Koanal atrezi ön tanısı ve ağzında ağlarken sağa doğru kayma saptanan hasta yenidoğan ünitesine interne edildi. Genel durumu iyi, yenidoğan refleksleri aktif-güçlü, kapiller dolum zamanı 2 sn, retraksiyon ve inlemeli solunumu yoktu. Sakinken yüz görünümünde: düşük kulak ve göz kapaklarında hipertrofi saptandı. Anne ve baba arasında akrabalık yok. Laboratuvar tetkiklerinden tam kan sayımı, biyokimyası ve tiroid fonksiyon testleri normal sınırlardaydı. Transfontanel, batın ultrasonografileri ve ekokardiyografi incelemeleri normaldi. Akciğer ve extremite-vertebra grafileri normaldi. Kulak Burun Boğaz hastalıları uzmanına danışıldı. Sağda koanal atrezi şüphesi ile poliklinik takibi önerildi. Otoakustik emüsyon ölçümü bilateral normal. Göz muayenesi doğal olarak değerlenidirilerek 6. Ayında kontrole çağırıldı. Travmatik doğum anamnezi olmayan olguda ağızdaki asimetrinin sebebi olarak solda depresör anguli oris kasının hipoplazisi düşünüldü. Taburcu edilerek poliklinik kontrolüne çağırıldı. Kontrolünde kromozom analizi normal değerlendirildi.

SONUÇ: KAAY görünümü saptandığında öncellikle fasiyal paralizi için doğum travması sorgulanmalı ancak doğum travması olmayan hastalarda konjenital unilateral DAO kas hipoplazisi nadir olmasına rağmen eşlik eden ek anomalileri ile beraber akla gelmelidir. Sistem anomalilerinin komplikasyona sebep olmaması için ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, fasiyal asimetri, depresor anguli oris kas hipoplazisi

PP-175

Yenidoğanda Nadir Görülen Bir Vaka; Kranyal Osteomiyelit: Olgu Sunumu

Fatih Eren, Hasibe Canan Aygün, Sare Elif Özyazıcı, İlker Uslu
Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonatoloji Bilimdalı, Samsun

Osteomiyelit yenidoğan döneminde nadir görülen bir durum olmakla beraber, kronik hastalıklarda ve uzun süreli yatışlarda karşımıza çıkabilmekte. 22.11.16 tarihinde 39+5w C/S 3150gr C/S ile dünyaya gelen hastanın antenatal nöral tüp defekti tanısı mevcut. Hastanın beyin mr görüntülemesi chiari tip-2 ile uyumlu idi. Hasta 2 günlükken opere edildi ve şant takıldı. Hastanın daha sonra takibinde scalpte şant yerinde pürülan ve yeşil renkli akıntısı oldu. Yara yeri enfeksiyonu kabul edilen hastanın sürüntü kültüründe ve gönderiklen bos kx'ünde ESBL+ klebsillea üremesi mevcuttu. Hasta menenjit kabul edilip meropenem tedavisi başlandı. Hastanın operasyonla şantı çıkarılıp external ventriküler drenaja alındı. Ancak hastanın external ventriküler drenajında düzenli gelenleri olmadı ve bos drene edilemedi. Bos pürülan ve boza gibiydi. Hasta ventrikülit kabul edildi. Üç kez external ventriküler drenajı değiştirilen ve bir kez yıkama yapılan hastadan yine takibinde bos düzenli drene edilemedi. Kontrol amaçlı yapılan beyin bt sinde pariateal kemilkte sinyal artışı söz konusu ve osteomiyelit ile uyumlu idi. Tedaviye vankomisin eklendi. Hastanın beyin cerrahisi tarafından parietal kemiğin bir kısmı eksize edildi. Patoloji sonucu da osteomiyelit ile uyumlu idi. Hastanın bos kültüründe esbl+ klebsiella üremeleri devam ettiği için tedaviye kolistin eklendi. Hastanın en son 02.01.17 tarihinde bos kültüründe üremesi gelmedi ve bos rengi makrokopik olarak da normale döndü. Hasta yatışının 43.gününde süt çocuğu servisine devredildi.

McGregor JA ve arkadaşının 1989 yılındaki yazısında scalpa monitorizasyon amaçlı yerleştirilen elektrotlara bağlı kranyal osteomiyelitten bahsedilmekte ve uygun yerleştirilmeye, sterilizasyona atıfta bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: kranyal osteomiyelit, yenidoğan, nöral tüp defekti

PP-176

Nadir Görülen Bir Olgu: Tanatoforik Displazi

Fatih Kurt[1], Muhammet Mesut Nezir Engin[1], Mustafa Doğan[2], Mürvet Neslihan Çolak[1], Nefise Arıbaş Öz[1], Kenan Kocabay[1]
[1]Düzce Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce
[2]Düzce Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Tanatoforik displazi (TD) yenidoğan bebeklerde 42000 doğumda bir görülür ve letal iskelet displazilerinin en sık görülenidir. TD Fibroblast growth factor receptor 3 (FGFR3) gen mutasyonu nedeni ile ortaya çıkar. Genellikle Otozomal Dominant (OD) kalıtılır ve yenidoğan döneminde pulmoner hipoplazi nedeniyle kaybedilir. TD 2 tiptir; Tip 1 de karakteristik bulguları dar göğüs kafesi, palabıyık klavikula, künt ekstremiteler, makrosefali,frontal bossing,burun kökü basıklığı,telefon ahizesi şeklinde femur, kısa el ve ayak parmakları ve oldukça distandü karındır. Tip 2 de ayrıca yonca yaprağı şeklinde kafatası görülür. Olgumuz nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: 36 yaşında anneden 4.gebeliğinden 4. yaşayan olarak sezaryen doğum ile 36 hafta 5 günlük 2550 (10-25 persentil) gram doğan erkek bebek, sağlıklı anne-babanın birinci derece kuzen (teyze çocukları) evliliğinden doğmuştu ve kardeşlerinde doğumsal anomali yoktu. Hasta doğar doğmaz ağlamadı, cilt siyanoze, solunumları yüzeyeldi ve kalp tepe atımı 50/dakika idi, usulüne uygun resusitasyon uygulandı. 32.dakikada resusitasyona cevap alındı. Hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılıp mekanik ventilatöre bağlandı. Fizik muayenede boy 38 cm (< 10 persentil), baş çevresi 36 cm (>90 persentil). Ekstremiteler künt ve kısa, yüzde mongoloid görünüm, ön fontanel 2x2 cm, cilt katlantıları fazlalığı, el ve ayak parmaklarında kısalık, belirgin karın distansiyonu gözlendi. İskelet grafilerinde palabıyık klavikula, kısa kostalar, kısa ve düz vertebralar, intervertebral disk aralığında genişlik, tubular kemiklerin metafizinde düzensizlik, telefon ahizesi şeklinde femur, uzun kemiklerde küntlük, makrosefali ve toraksta daralma saptandı. Hastanın özgeçmişinde babanın 16 kardeş olduğu 8 kardeşinin yenidoğan döneminde exitus olduğu ve nedeninin saptanamadığı öğrenildi. Takiplerinde tedaviye cevap vermeyen hastanın genel durumunda daha da kötüleşme görüldü. Hasta postnatal 2.günde exitus olarak kabul edildi.

SONUÇ: Tanatoforik displazi nörolojik,respiratuar,iskelet ve dermatolojik bulgularla seyreden nadir görülen bir hastalıktır. Otozomal dominant geçişli olan bu hastalık grubunda tekrarların önlenmesi açısından aileye genetik danışmanlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Tanatoforik Displazi, Genetik Danışmanlık, Palabıyık Klavikula, Telefon Ahizesi Şeklinde Femur

PP-177

Bilateral Periferik Fasiyal Paralizinin Nadir Bir Nedeni; Preeklampsi

Pınar Gençpınar, Dilek Çavuşoğlu, Pınar Arıcan, Tuba Tınastepe, Kayı Eliaçık, Fatma Mutlubaş, Nihal Olgaç Dündar
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

AMAÇ: Periferik fasiyal paralizisi;akut başlangıçlı,çoğunlukla nedeni bilinmeyen ve yüzün bir yarısını etkileyen kranyal sinir paralizisidir.Görülme sıklığı genel olarak 20/100.000dir ve bunların yalnızca %0.5-2'sini bilateral periferik fasiyal paralizi oluşturmaktadır.Burada,çocuk nörolojı polikliniğimize bilateral periferik fasiyal paralzii ile başvuran preeklamptik gebe bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 16 yaşında kız hasta,10 gündür devam eden gözlerini kapatamama ve ağzını oynatamama şikayeti ile başvurdu.Öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan hastanın 28 haftalık gebe olduğu öğrenildi.Hastanın fizik muayenesinde bilateral perfierik fasiyal paralizi dışında özellik yoktu.Hemogram,üre,kreatinin,alanin aminotransferaz,aspartat transferaz değerleri normaldi.Epstein-Barr virüs,Mikoplazma ve Lyme serolojısi negatifti.Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde;pons,serebral korteks ve beyaz cevherde çok sayıda yamasal tarzda T2 serilerde hiperintens lezyonlar izlendi.Kan basıncı 210/70 mmHg saptanması ve nifedipin tedavisine rağmen yüksek seyretmesi üzerine doğuma alındı.Renal ultrasonografi ve doppler ultrasonografi normla,ekokardıyografide sol ventrikül hipertrofik olarak saptandı.Tansiyonuyüksek seyreden hastaya kaptopril,amlodipin ve metildopa tedavisi verildi.Hastanın takibinde kan absıncı normal sınırlarda saptandı ve periferk fasiyal paralizi bulguları geriledi.

SONUÇ: Preeklampsi,bilateral periferik fasiyal paralizisinin nadir bir nedenidir ve özellikle takipsiz gebeliklerde preeklampsinin ilk bulgusu olarak görülebilmektedir.Gebelik sırasında fasiyal paralizi sıklığındaki artış ve beyaz cevher lezyonlarının nedeni tam olarak bilinmemektedir.Literatürde,preeklamptik gebelerde santral sinir sisteminde beyaz cevher lezyonlarının daha sıklıkla görüldüğü bildirilmiştir.Bilateral periferik fasiyal paralizisi ile başvuran hastalarda preeklampsi tanısının aklımıza gelmesi ve kan basıncı takibi yapılması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: fasiyal paralizi, gebelik, fasiyal paralizi

PP-178

Amfetamin Kullanımına Bağlı Neonatal Yoksunluk Sendromu: Olgu Sunumu

Umut Zübarioğlu, Zeynep Ebrar Büyük, Ali Bülbül, Hasan Sinan Uslu, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı, Ebru Türkoğlu Ünal
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Neonatal yoksunluk sendromu, intrauterin bağımlılık yapan maddeye maruz kalmış bebeklerde çekilme semptomlarıyla ve fiziksel bağımlılıkla karakterize klinik bir durumdur. Santral sinir sistemi stimülanı olan amfetamin içeren maddelerin kullanım sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Gebeliğinde amfetamin kullanan kadınların bebeklerinde letarji, emme zayıflığı, tremorlar ve hipotoni görülür. Olgumuzda tüm gebeliği boyunca amfetamin içeren madde kullanan gebeden doğan bebekte tanı, tedavi ve izlem basamaklarını irdelemek istedik.

OLGU: Olgumuz, 26 yaşında annenin takipsiz gebeliğinden normal spontan vajinal yolla Ballard skorlamasına göre 36 gebelik haftasında 2900 gram olarak doğan erkek bebekti. APGAR skorları 1. ve 5. dakikada sırasıyla 7 ve 9 idi. Anamnezinde annenin gebelik boyunca amfetamin içeren madde kullandığının öğrenilmesi üzerine neonatal yoksunluk sendromu takip ve tedavisi için servise yatırıldı. Bebeğin ilk fizik muayenesi ve rutin laboratuar analizleri normal saptandı. Pozitif aile öyküsü olması nedeniyle idrar ve kan örnekleri bağımlılık yapıcı madde analizi için gönderildi ve idrar numunesinde yüksek miktarda amfetamin ve türevleri saptandı. Takip amacıyla günde 2 defa modifiye Finnegan skorlaması yapılmaya başlandı. Postnatal 12. saatinde emmede azalma, tremor ve letarji bulguları başlayan hastanın Finnegan skoru 4 olması nedeniyle medikasyon başlanmadı ve sessiz ve karanlık ortama alındı. Semptomları progresif olarak artan bebeğin 72. saatinde Finnegan skoru 11 (>8) olması üzerine günde 6 doz olmak üzere IV morfin sülfat başlandı. Takibinde semptomları azalarak sona erdi ve Finnegan skoru <8 saptandıkça morfin dozu 48 saatte bir azaltılarak 18. gününde izlendi ve hasta 20. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde madde bağımlılığı olan gebe sıklığı gün geçtikçe artmaktadır. Bu bebeklerin tanısında anamnez ve yüksek şüphe çok önemlidir. Kesin tanı için idrar, kan ve mekonyum örnekleri gönderilmeli, bebekler Finnegan skorlamasına göre izlenerek >8 puan alması durumunda medikasyon (morfin, fenobarbital) başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: neonatal yoksunluk sendromu, amfetamin, morfin

PP-179

Tetanik Spazmı Taklit Eden Dismorfik Bebek: Crisponi Sendromu Olgu Sunumu

Umut Zübarioğlu[1], Nükhet Büşra Duran Pehlivanoğlu[2], Ali Bülbül[1], Hasan Sinan Uslu[1], Evrim Kıray Baş[1], Duygu Besnili Acar[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Crisponi Sendromu (MIM 601378) ilk defa 1996 yılında tariflenen otozomal resesif bir hastalıktır. Dünyada İtalya'da Sardunya adasında ve Türkiye de etkilenmiş aileler olmasından dolayı ve doğumdan itibaren vakalarda gelişen yüz kaslarında spazma bağlı apne, beslenme güçlüğü ve hipertermi atakları nedeniyle ölümcül seyreden bir sendromdur. Ülkemize özgü ve ailesel yatkınlık gösteren bir sendrom olması nedeniyle olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: Aralarında akrabalık olan (teyze çocukları) 27 yaşındaki anne ile 28 yaşındaki babadan 3. gebelikte 3. canlı doğum olarak normal spontan vajinal yolla 38. gebelik haftasında 3310 gram doğan erkek bebeğin yapılan fizik muayenesinde kaba yüz görünümü, basık burun kökü, anteverte burun delikleri ve bilateral kamptodaktilisi saptandı. İzleminde özellikle ağlama ve taktil uyarı sırasında fasiyal kasların şiddetli şekilde kasıldığı ve perioral siyanozu olduğu görüldü. Yapılan oksijen satürasyonu takibi, kan gazı ve ekokardiyorafik tetkikleri normal olarak saptandı. Beslenme güçlüğü olan hasta takip ve ileri tetkik amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Aileden alınan ayrıntılı anamnezde bir önceki kardeşinde de aynı bulguların olduğu ve Çocuk Genetik Bölümü tarafından Crisponi Sendromu tanısıyla izlendiği öğrenildi. Hastanın yapılan tetkikleri normal olarak saptandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde 15 gün boyunca izlenen ve beslenme güçlüğü (özellikle yutma güçlüğü) dışında bulgusu olmayan hasta kalıcı beslenme sondası ile aileye eğitim verilerek Çocuk Genetik, Gastroenteroloji, Yenidoğan Polikliniklerinden ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Hastanın yapılan mutasyon analizinde kardeşiyle aynı mutasyon (c708-709delCCinsT) saptandı ve literatürde mevcut olan Türk ailelerle aynı mutasyon olduğu görüldü.

SONUÇ: Ülkemize özgü sendromlardan biri olan Crisponi Sendromu doğumdan itibaren başlayan fasiyal spazm atakları sonucu olan apne, morarma, beslenme güçlüğü, hipertermi atakları ve bazı olgularda generalize nöbetler ile kendini gösterir. Çoğu olgu yaşamın ilk aylarında hipertermi atakları sonrası ölür. Yaşayan olgularda tüp ile beslenmeye bağımlılık ve ilerleyici kifoskolyoz gelişir.

Anahtar Kelimeler: Crisponi sendromu, tetani, mutasyon

PP-180

Familyal Tip 1 Hiperlipideminin Yenidoğan Döneminde Nadir Görülen Komplikasyonu: Akut Pankreatit

Umut Zübarioğlu[1], İnci Pınar Seçinti[1], Hasan Sinan Uslu[1], Tanyel Zübarioğlu[2], Ali Bülbül[1], Duygu Besnili Acar[1], Evrim Kıray Baş[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Primer hipertriglisideminin ailesel nedenlerinden olan Tip 1 Hiperlipidemi, otozomal resesif geçişli ve 1/1000000 sıklıkla oldukça nadir görülen bir durumdur. Fizyopatolojisinde Lipoprotein lipaz enzim aktivitesinin azlığı / olmaması ya da daha nadir olarak aktivatör Apo C-II yokluğu rol oynar. Şilomikron ve VLDL hidrolizi olmaz ve plazmada birikir. Açlık plazma trigliserid düzeyleri 1000 mg/dl üzerindedir. Pankreatit ve erüptif ksantomlarla karakterize olmasına rağmen bu bulgular yenidoğan döneminde nadir görülür. Olgumuzda nadir görülen tip 1 hiperlipideminin yenidoğan döneminde çok nadir görülen pankreatit komplikasyonu saptanması üzerine bildirmeyi amaçladık.

OLGU: Aralarında kuzen evliliği olan 17 yaşındaki anne ve 27 yaşındaki babadan 1. Gebelikten 1. Canlı doğum olarak zamanında 3050 gram normal spontan vajinal doğum ile dünyaya gelen kız bebek, postnatal 12. Gününde aksiller 38 derece ateş şikayeti ile çocuk acil polikliniğine başvurmuş. Fizik muayenesinde patolojik bulgusu olmayan hastanın yapılan tetkiklerinde sadece CRP değeri 2 mg/dl olarak pozitif saptanmış ve sepsis ön tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitemize yatırılmış. Numunelerin alınması sırasında kan örneklerinin aşırı lipemik olduğu fark edilmiş. Hasta hiperlipidemi düşünülerek Çocuk metabolizma uzmanına danışıldı ve ayrıntılı lipid profili gönderildi. Trigliserid değeri ölçülemeyecek kadar yüksek saptanması üzerine hastaya anne sütü kesilerek düşük yağlı diyet başlandı (basic F mama ve MCT yağ). Takiplerinin 3. gününde batın distansiyonu, hassasiyeti ve safralı rezidüleri gelişen hastada Çocuk cerrahi konsültasyonu istendi ve yapılan tetkik ve değerlendirmede cerrahi patoloji saptanmadı. Pankreatit şüphesi ile alınan lipaz değerleri yüksek saptandı ve hastanın akut pankreatit nedeniyle oral alımı kesildi. Yedi gün IV sıvı tedavisi, ağrı tedavisi ve antibiyotik ile izlenen hastanın abdominal bulguları ve lipaz değerlerinin normale gelmesi üzerine oral alımı tekrar açılarak zamanla tam enteral beslenmeye geçildi. İzlemi boyunca başka sorunu olmayan hasta düşük yağlı diyet önerisiyle Çocuk Metabolizma polikliniğinden ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: ailesel hiperlipidemi, trigliserid, pankreatit, yenidoğan

PP-181

Primer Adrenal Yetmezlik; İki Olgu İki Farklı Prezentasyon

Umut Zübarioğlu[1], Duygu Öztürk[1], Zeynep Ebrar Büyük[1], Diğdem Bezen[2], Ali Bülbül[1], Hasan Sinan Uslu[1], Bülent Güzel[1], İlkay Özmeral Odabaşı[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Çocukluk çağında primer adrenal yetmezliğin bir çok nedeni vardır ve %70-75 olguda neden konjenital adrenal hiperplazidir (KAH). İnsidansı 1/10000-18000'dir. KAH nedenli adrenal yetersizlik genellikle yenidoğan döneminde ortaya çıkar. Bu sunumumuzda adrenal yetmezlikli olguların karşımıza nasıl çıkabileceğine dair iki farklı olgu sunmak istedik.

OLGU 1: Aralarında akrabalık olmayan ebeveynlerden 41 gebelik haftasında 3640 gram doğan erkek bebek, postnatal 13. gününde çocuk acil polikliniğine 3 gündür devam eden kusma yakınması ile başvuruyor. Doğum kilosunu yakalayamamış olan hastanın yapılan tetkiklerinde Na:121 meq/lt, K:6,3 meq/lt saptanması üzerine tetkik ve tedavi amacıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılıyor. Yapılan sıvı ve elektrolit replasmanları ile normal değerlere ulaşıldı. Tam enteral beslenmeye geçiş sonrasında tekrar hiponatremi ve hiperpotasemi saptanan hastaya yapılan ileri tetkiklerde 17-OH progesteron ve ACTH değerleri yüksek saptanması üzerine yapılan ACTH uyarı testine yetersiz kortizol cevabı alındı. Hastaya tuz kaybıyla giden adrenal yetersizlik tanısı konularak glikokortikoid ve mineralokortikoid tedavisine ek olarak tuz tedavisi başlandı. İzleminde sorun olmayan hastaya aile eğitimi verilerek Çocuk Endokrinoloji ve Yenidoğan Polikliniklerinde ayaktan izleme alındı.

OLGU 2: Aralarında kuzen evliliği olan ebeveynlerden 39 gebelik haftasında 2970 gram doğan bebeğin ambigus genitalesi saptanması üzerine tetkik ve tedavi amaçlı yatırıldı. İzleminde sorun olmayan hastanın elektrolit imbalansı saptanmadı. Yapılan Pelvik USG'de uterus ve Over yapıları görüldü. Kromozom analizinde 46XX olarak saptandı. Yapılan ileri tetkiklerinde 17-OH progesteron, ACTH, DHEA sülfat, Total Testesteron düzeyleri yüksek saptandı. Hastanın postnatal 14. gününde alınan Na:128 meq/l, K:6,1 meq/l saptanması üzerine yapılan ACTH uyarı testinde yetersiz kortizol cevabı saptandı. Hastaya virilizasyon ve tuz kaybıyla giden adrenal yetersizlik tanısı konularak glikokortikoid ve mineralokortikoid tedavisine ek olarak tuz tedavisi başlandı. İzleminde sorun olmayan hastaya aile eğitimi verilerek Çocuk Endokrinoloji ve Yenidoğan Polikliniklerinde ayaktan izleme alındı.

SONUÇ: Glikokortikoid eksikliği KAH seyrinde görülen birçok bulgunun sebebidir. Ancak özellikle 2.-3. Haftada ortaya çıkabilen mineralokortikoid eksikliği yaşamı tehdit eder.

Anahtar Kelimeler: adrenal yetmezlik, tuz kaybı, ambigus genitale, yenidoğan

PP-182

Propionik Asidemi Olgusu: Yüksek Şüphe, Hızlı Tanı ve Etkin Tedavinin Önemi

Umut Zübarioğlu[1], Ezgi Çelikboya[1], Hasan Sinan Uslu[1], Tanyel Zübarioğlu[2], Ali Bülbül[1], Nurbanu Bilgin[1], Duygu Besnili Acar[1], Evrim Kıray Baş[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Propionik asidemi, propiyonil CoA karboksilaz enzim eksikliği sonucu propiyonik asit birikimine sebep olan metabolik hastalıktır. Prevelansı 1/35000-75000'dir. Genellikle yenidoğan ve süt çocuğu döneminde kusma, dehidratasyon, letarji ve ensefalopati bulgularıyla başvurur ve erken tanı alıp tedavi edilmezse ciddi sekeller bırakır. Bu olgumuzla; ükemiz gibi akraba evliliği yüksek toplumlarda pediatri pratiğinde hasta bir yenidoğanla karşılaşıldığında mutlaka metabolik hastalıkları da düşünüp hızlı tanı ve tedavi ile sekelsiz yaşatabileceğimizi vurgulamak istedik.

OLGU: Aralarında 3. Derece akrabalık olan ebeveynlerden 2. gebelikten 1. canlı doğum olarak sezaryen yol ile 39 gebelik haftasında 3010 gram doğan kız bebek, 3 günlük iken çocuk acil polikliniğine emmede azalma ve hızlı nefes alma şikayetleri ile başvurdu. Yapılan fizik muayenesinde cilt rengi soluk, mukozalar kuru, takipneik ve dispneik olarak saptandı. %12,5 tartı kaybı ve kan şekeri 50 mg/dl olan hastaya damar yolu açılarak tetkikleri alındı ve IV hidrasyon başlanarak monitorize edildi. Hasta sepsis, pnömoni, dehidratasyon ve metabolik hastalık ön tanılarıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve antibiyoterapisi başlandı. Alınan tetkiklerinde pozitif olarak metabolik asidoz (pH: 7.23, pCO2: 22.7, HCO3: 9.6, BE: -17.8, laktat: 0.8) ve amonyak değeri 570 ug/dl saptandı. Hastaya Çocuk Metabolizma bölümüne konsülte edilerek yüksek glikoz perfüzyonu (12 mg/kg/dk) ve insülin perfüzyonu (0.05 IU/kg/st) başlandı. Kan aminoasit, idrar organik asit ve tandem açil karnitin profili gönderildi. Hiperamnoyemi tedavisi için carglumic asit ve sodyum benzoat başlandı. Takiplerinde solunum sıkıntısı artan hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde izlenmeye devam edildi. Tam idrar tetkikinde ketonu pozitif saptanan ve artmış anyon açıklı metabolik asidozu olan hastada ön planda organik asidemi düşünüldü. Kontrol amonyak değerinin artarak 1178 ug/dl olması üzerine hemodiyafiltrasyon yapılarak amonyak değeri 120'ye düşürüldü. Takiplerinde 3. Günde ekstübe edilen hastanın carglumic acid ve karnitin tedavisine ek olarak oral beslenmesi açıldı. İdrar organik asit analizinde 3-OH propionik asit ve metilsitrik asit atılımı saptanan hastaya Propionik Asidemi tanısı konuldu ve Çocuk Metabolizma kliniğine transfer edildi.

Anahtar Kelimeler: propionik asidemi, yenidoğan, amonyak, organik asit

PP-183

Kalıcı Neonatal Diabetes Olgusunda Nadir Bir Mutasyon: Homozigot PTF1A Mutasyonu

Güler Yıldırım[1], Umut Zübarioğlu[1], Ali Bülbül[1], Diğdem Bezen[2], Hasan Sinan Uslu[1], Evrim Kıray Baş[1], Bülent Güzel[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

Neonatal diabetes mellitus (NDM), hayatın ilk ayında ortaya çıkan ve en az 2 hafta süren, kan şekeri kontrolünde insülin tedavisi gerektiren şiddetli hiperglisemi ile seyreden tek gen hastalığıdır. Sıklığı 1/500000 canlı doğumdur ve olguların yaklaşık %70'inde kalıcıdır. Kalıcı diyabet çoğunlukla KCNJ11, ABCC8 ve INS genlerinde mutasyonlar ile görülür. Olgumuzu kalıcı NDM gen mutasyonlarından nadir görülen homozigot PTF1A saptanması nedeniyle hastalığın özellikleriyle sunma istedik.

OLGU: Yirmi yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 37. gebelik haftasında oligohidramios ve fetal distress nedeniyle sezaryen ile 1520 gram (<10p) olarak doğdu ve düşük doğum ağırlığı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Aile öyküsünde anne ve baba arasında 1. derece akraba evliliği olduğu öğrenildi. Yatışından itibaren kan şekeri takipleri yüksek seyreden hastanın fizik muayenesinde düşük doğum ağırlığı ve tek arter ve ven içeren umblikus dışında patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde kan şekeri değerleri oral beslenmesine rağmen 350-437 mg/dl aralığında olan olgunun idrar ketonu negatif saptandı. Serum insülin: 0,2 Mıu/ml (N:2,6-27) ve C-peptid: 0,01 ng/ml (N: 0,9-4) saptandı. Anti-insülin, adacık hücre ve glütamik asit dekarboksilaz antikorları negatif bulundu. Kan şekerlerini regüle edebilmek için sırasıyla sürekli infüzyon, aralıklı subkutan kristalize insülin, uzun etkili insülin ve NPH insülin denendi ancak iyi bir glisemik kontrol sağlanamadı. Hastanın gen mutasyon sonucu homozigot PTF1A saptanması üzerine pankreas agenezisi ve eşlik eden serebellar ve diğer sistem anomalileri açısından görüntüleme yapıldı. Hastada pankreas agenezisi dışında ekokardiyografide PFO ve periferk pulmoner stenoz dışında ek bir patoloji saptanmadı. Hasta ileri takip ve tedavi modaliteleri amacıyla Çocuk endokrinoloji merkezine sevk edildi.

SONUÇ: Moleküler genetik yöntemleri yaygınlaştıkça oldukça nadir görülen neonatal diyabete neden olan birçok yeni mutasyon ortaya çıkmaktadır. Farklı klinik özelliklere sahip bu mutasyonların sunulması ile NDM hakkında bilgilerimiz artacak ve altta yatan genetik nedene bağlı yeni ve uygun tedavi yöntemleri geliştirilebilecektir.

Anahtar Kelimeler: neonatal diabet, kalıcı diabet, PTF1A mutasyon

PP-184

Mozaik Trizomi 18: Mega sisterna magna ve Bipartit Sağ Ventrikülü olan olgu

Özgecan Avcı, Umut Zübarioğlu, Ali Bülbül, Hasan Sinan Uslu, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı, Ebru Türkoğlu Ünal
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Trizomi 18 (Edward's) sendromu, canlı doğumlar arasında Trizomi 21'den sonra en sık görülen kromozomal bir bozukluktur. İnsidansı 1/6000-8000 civarındadır. Olguların %5'inde mozaizm vardır ve bu vakalar klinik olarak daha hafif seyreder. Edward's sendromlu bebeklerin en karakteristik özellikleri intrauterin büyüme geriliği, mikrosefali, mikrognati, kulak anomalileri, ekstremite anomalileri ve kalp anomalileridir. Nörolojik anomaliler %10 vakada görülür. Olgumuz; Edwards sendromu için az rastlanan kalp anomalisi olan bipartit sağ ventrikül ve kraniyal görüntülemede mega sisterna magna olan mozaik bir Trizomi 18 hastası olduğundan sunmayı amaçladık.

OLGU: 40 yaşındaki anneden 40. gebelik haftasında fetal distress nedeniyle sezaryen yol ile 2020 (<10p) gram doğan kız bebek, dismorfik yüz görünümü ve beslenme intoleransı olması nedeniyle yenidoğan yoğun bakım kliniğine tetkik ve tedavi amacıyla yatırıldı. Anne ve baba arasında akrabalık yoktu. Fizik muayenede uzun filtrumu, mikrognathisi, sağ kulak agenezisi, hipertelorizmi, düşük kulağı ve ellerinde brakidaktilisi mevcuttu. Kromozom analizi gönderildi ve ek anomaliler açısından batın USG, Kranial USG, Kranial BT, ekokardiyografi, tüm vücut grafileri, biyokimya, hemogram ve Tiroid fonksiyon tetkikleri gönderildi. Göz muayenesi ve İşitme testleri yapıldı. Yapılan tetkikler sonucunda EKO'da VSD, BİpartiteTe sağ ventrikül, PDA ve kısa segment aort koarktasyonu saptandı. Çocuk kardiyolojisi tarafından digoksin, kapril ve furosemid tedavisi başlandı. Kraniyal görüntülemelerinde mega sisterna magna bulgusuna rastlandı. Kromozom analizinde mozaik form Trizomi 18 bulundu. Göz muaynesinde retinal pigmentlerinde solukluk ve optik diskleri küçük bulundu. Takiplerinde hipotonisitesi olan ve apneleri olan hasta nazal CPAP'a rağmen apnelerinin aralıkla devam etmesi üzerine kafein tedavisi eklendi. Beslenme intoleransı zamanla gerileyen ve annesini emmeye başlayan hasta yatışının 70. Gününde kardiyoloji, yenidoğan, göz, nöroloji, fizik tedavi, kulak burun boğaz ve genetik polikliniklerinden multidisipliner şekilde takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Riskli gebeliklerden olan anne yaşı ileri gebeliklerde prenatal tanı çok önemlidir. Tarama testlerinde ve şüpheli fetal USG bulguları olan olgularda mutlaka prenatal tanı uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trizomi 18, Edward's Sendromu, mega sisterna magna, prenatal tan

PP-185

Yenidoğanda Mikrovillus İnklüzyon Hastalığı: Olgu Sunumu

İlkay Özmeral Odabaşı[1], Hasan Sinan Uslu[1], Nafiye Urgancı[2], Bülent Güzel[1], Umut Zübarioğlu[1], Ali Bülbül[1], Ebru Türkoğlu Ünal[1], Duygu Besnili Acar[1], Evrim Kıray Baş[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Konjenital ishaller geniş bir patoloji yelpazesine sahiptir. Ailevi bir enteropati olan "mikrovillus inklüzyon hastalığı" konjenital ishallerin nadir bir nedeni olup, ilk kez 1978'de tanımlanmıştır. Postnatal 16. gününde ishal ve huzursuzluk şikayetleri ile acil servisimize başvuran ve yenidoğan yoğun bakım ünitemizde mikrovillüs inklüzyon hastalığı tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: Zamanında, sezaryen ile beşinci gebelikten 3140 gr doğan erkek bebek, postnatal dokuzuncu günde huzursuzluk, tartı kaybı ve ishal şikayetleri ile hastanemize getirildi. Postnatal adaptasyon sorunu olmadığı öğrenilen hastanın ebeveynleri arasında 2. derece akrabalık belirlendi. Günde 10-12 kez bol sulu dışkılaması olduğu öğrenildi. Fizik bakısında genel durumu kötü, ajite, dehidrate görünümde, turgoru azalmış idi. Yenidoğan yoğun bakım servisine alınan hastanın sepsis taraması, kan elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, Tandem MS, kan ve idrar aminoasit, idrar organik asit, idrarda redüktan madde tetkiklerinde patolojik bulgu izlenmedi. Kan gazında ağır metabolik asidozu saptanan hastanın rehidratasyonu sağlandı. Santral venöz katater aracılığı ile total parenteral nutrisyon başlandı. Gaita mikroskopisi, gaita elektrolitleri, gaitada redüktan madde, serum inek sütü spesifik IgE, immün yetmezlik ve otoimmun enteropati, renal ve kranial ultrasoundografi tetkiklerini de içeren etiyolojiye yönelik geniş araştırma yapıldı. Pozitif bulgu saptanmadı. Bu süre zarfında olguda idrar yolu enfeksiyonu ve sepsis gelişmesi üzerine antibiyoterapi başlandı. İzleminin 10. gününde konjenital enterosit defekti ön tanısıyla duodenal biyopsi yapıldı. Patolojik incelemede mikrovillus inklüzyon hastalığı ile uyumlu saptanan olgu yatışının 20. gününde septik şok nedeni ile kaybedildi.

SONUÇ: Mikrovillüs inklüzyon hastalığı konjenital ishal düşünülen olgularda nadir görülse de hatırlanması gereken bir tanıdır. Yenidoğan döneminde uzun süre devam eden diyare olgularında, kapsamlı bir etyolojik çalışma yapılırken duodenal biyopsi akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Konjenital ishal, Mikrovillus İnklüzyon Hastalığı

PP-186

Madalyonun İki Yüzü - Nadir Bir Torakosefalopagus Olgusu: Janiceps

Seda Yılmaz Semerci[1], Tevfik Güzelbey[2], Dilek Kurnaz[1], Aslan Aslan Babyiğit[1], Burcu Cebeci[1], Şahin Kalkan[1], Ebru Kazancı[1], Gökhan Büyükkale[1], Merih Çetinkaya[1]
[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Eğitim Kliniği, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Eğitim Kliniği, İstanbul

Birleşik ikizler 50.000-200.000/1 sıklıkta görülmektedir. Her 546 ikiz doğumda bir görülür ve monozigotik ikizlerin %1'i etkilenir. Güneydoğu Asya ve Afrika'da daha çok görülmekle birlikte tanımlanmış genetik, çevresel ya da demografik risk faktörü bulunmamaktadır. Kız cinsiyette 3 kat fazla rastlanmakta olup ölü doğumların çoğu erkek bebeklerdir. Tamamı monokoryonik monozigotik olan birleşik ikizlerin, embriyo plağının fertilizasyonun 13-17. günlerinde ayrılmasında oluşan bir sorun sonucu geliştiği bilinmektedir. Bilinen 8 alt tip görülme sıklığına göre torakoomfalopagus (%56), torakopagus (%18,5), omfalopagus (%10), pyopagus, iskiopagus, rachiopagus ve sefalopagustur. En nadir tip olan torakosefalopagusa (TSP) 3 milyonda bir rastlanmaktadır. Torakosefalopagus kendi içinde; her iki tarafta da farklı yüz yapısı gösteren Janiceps (diprosoporus) ve tek tarafta yüz yapısının bulunduğu non-Janiceps olarak adlandırılan iki alt tipten oluşmaktadır. Birleşik ikizlerin %40-60'ı ölü doğmakta, sadece %35'i 24 saat yaşamaktadır. Toplam sağkalım %25 olarak bildirilmiştir. Torakosefalopagus gibi cerrahi ayırmanın olanaksız olduğu tiplerde sağkalım beklentisi yoktur. Burada nadir görülen bir Janiceps TSP olgusu sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: birleşik ikizler, torakosefalopagus, yenidoğan

PP-187

Meckel-Gruber Sendromu: Olgu Sunumu

Özge Sağlam[1], Seda Yılmaz Semerci[1], Dilek Kurnaz[1], Burcu Cebeci[1], Gökhan Büyükkale[1], Sevgi Yavuz[2], Ebru Kazancı[1], Merih Çetinkaya[1]
[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji, İstanbul

AMAÇ: Meckel-Gruber Sendromu (MGS) otozomal resesif geçişli, ölümcül nadir bir hastalıktır. MGS'nun klasik triadı kistik renal displazi (%100), ensefalosel (%90) ve postaksial polidaktili (%83)'dir; tanı için bu bulgulardan en az ikisi bulunmalıdır. Bu yazıda ensefalosel ve kistik renal displazi bulguları ile MGS tanısı alan bir yenidoğan olgunun sunulması amaçlandı.

OLGU: 34 yaşındaki annenin 5. gebeliğinden 5. yaşayanı olarak, 39+2 haftalık kız bebek APGAR 5/7 olarak sezaryen ile doğdu; solunum sıkıntısı ve çoklu anomalisi olması nedeniyle yenidoğan yoğunbakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede; ağırlığı 3420g (50-75 p), boyu 51 cm (75 p), baş çevresi 43 cm (>97 p) idi. Hasta hipotonikti; başın oksipital ve arka fontanel hizasında yaklaşık 2x2 cm ensefalosel saptandı; mikrognatisi ve kısa boynu mevcuttu. Hastanın laboratuar incelemeleri normaldi. Batın ultrasonografisi kistik renal displazi ile uyumluydu. Voiding sistoüreterografisi normaldi. Kranial ultrasonografide; intrakranial 11 cm'e ulaşan kistik kitle ve posteriorda ensefalosel, serebral parankimde incelme ve lateral ventriküllerde dilatasyon mevcuttu. Ekokardiografide; restriktif patent duktus arteriosus ve patent foramen ovale saptandı. Kranial ve spinal MR tetkikinde; kranioservikal bileşkede meningoensefalosel ve posterior fontanel düzeyinde meningosel kesesi mevcut olup, korpus kallozum agenezikti. Kromozom analizi 46 XX ile uyumluydu. Postnatal 2. gününde oligürisi olan ve hipertansif seyreden hastaya 1-2 mg/kg/gün furusemid tedavisi başlandı; 5. gününde nifedipin tedavisi 1 mg/kg/gün olarak eklendi. İkili antihipertansif tedavi ile tansiyonları kontrol altına alındı; idrar çıkışı normal seyretti, diyaliz ihtiyacı olmadı. Postnatal 5. gününde apneik konvulziyonu olan hastaya fenobarbital tedavisi başlandı. Hasta 11 gün nazal CPAP'ta izlendikten sonra küvöz içi oksijen ile takip edildi. Postnatal 26. gününde genel durumu kötüleşen hasta tekrar nazal CPAP'ta takibe alındı, izleminde solunum sıkıntısı artan hasta 28. gününde kaybedildi.

SONUÇ: MGS letal bir hastalıktır; tekrarlama olasılığının %25 olması nedeniyle prenatal tanı ve takip açısından önemlidir. Aileye bu sendromun tekrarlama riskinin yüksek olduğu konusunda bilgi verilmeli, sonraki gebeliklerinde mutlaka erken haftalarda USG yapılması ve gebelik terminasyonu önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Meckel-Gruber Sendromu, ensefalosel, kistik renal displazi

PP-188

Uzamış Sarılıklı Bir Yenidoğanda Hipotiroidi ve Glukoz-6-Fosfat Dehidrojenaz Eksikliği

Merih Öztoprak[1], Nurdan Dinlen Fettah[1], Ece Koyuncu[1], Ali Fettah[2], Ayşegül Zenciroğlu[1]
[1]Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Ankara
[2]Dr. Sami Ulus Kadın Doğum Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hematoloji-Onkoloji Bölümü, Ankara

AMAÇ: Term bebeklerde 14 gün, preterm bebeklerde ise 21 günden uzun süren sarılık uzamış sarılık olarak adlandırılmaktadır. Uzamış sarılıkta etiyoloji %50-60 oranında anne sütü sarılığıdır. Ancak anne sütü sarılığı bir ekartasyon tanısı olduğundan öncelikle daha ciddi hastalıkların dışlanması gerekmektedir. Bu olgu sunumunda uzamış sarılık nedeniyle değerlendirilen bir hastada etiyolojiye yönelik tetkiklerin eksiksiz yapılmasının tanısal önemi vurgulanacaktır.

OLGU: Yirmi dört yaşında anneden gravida 2 parite 2 olarak, 3280 gram ağırlığında, 40 hafta üç günlük, sezeryan ile doğan hasta sarılık nedeniyle 14 günlükken dış merkezde değerlendirilmiş. Total bilirubin 22mg/dl gelen hasta yatırılmış ve iki gün fototerapi almış. Hasta taburculuktan 2 gün sonra hastanemize tekrar sarılık nedeni ile başvurdu. İkterik görünen hastanın fizik muayenesinde batın distandü görünümdeydi; ancak organomegali saptanmadı. 17. gününde olduğundan uzamış sarılık düşünüldü ve tetkikleri planlandı. İstenilen tiroid fonksiyon testlerinde TSH >150, serbest T4:0.2, serbest T3:0.9 olarak bulundu. Tiroid ultrasonografisinde tiroid bezi hiperplazik görünümde olan hastaya 12.5mcg/kg/gün dozunda L-Tiroksin tedavisi başlandı. Hastanın ek tetkiklerinde Glukoz-6-fosfat dehidrojenaz(G6PD) enzim düzeyinin sıfır geldiği görüldü. Hemoglobin düzeylerinde anlamlı düşüş ve retikülosit sayısında yükseklik(%9-10) mevcuttu. Tekrarlanan G6PD düzeyinin 1 IU/gr saptanması üzerine hasta G6PD eksikliğine bağlı hemolitik anemi ve konjenital hipotiroidi tanıları ile takibe alındı.

SONUÇ: Konjenital hipotiroidi dünyada görülme sıklığı 3000-4000 canlı doğumda bir olup, ülkemizde 2700 canlı doğumda bir görülen, erken tanı ve tedavi olmadan kalıcı nörogelişimsel geriliğe neden olan bir hastalıktır. Ülkemizde 2007 yılının aralık ayından beri yenidoğan tarama programı kapsamında TSH düzeyi ile taranmaktadır. G6PD eksikliği dünyada en sık görülen enzim eksikliğidir. X'e bağlı resesif kalıtılır. Yenidoğanda tedavi, kan değişimi veya fototerapidir. Literatür tarandığında bu iki etiyolojik durumun bir arada bulunduğu bir vaka saptanmamıştır. Uzamış sarılıklı hastalarda nedenlerin doğru saptanabilmesi için etiyolojik tetkikler eksiksiz olarak uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: uzamış sarılık, hipotiroidi, glukoz-6-fosfat dehidrojenaz eksikliği

PP-189

HIV (+) Anneden Doğan Prematüre Konjenital Sifiliz Olgusu

Dilek Kurnaz[1], Seda Yılmaz Semerci[1], Gökhan Büyükkale[1], Burcu Cebeci[1], Ebru Kazancı[1], Ayşe İnci[2], Rengin Şiraneci[3], Merih Çetinkaya[1]
[1]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul
[3]Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Anabilim Dalı, Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital sifiliz önemli bir sağlık sorunudur, yılda yaklaşık bir milyon gebeyi etkilemektedir. Gebelik sürecinde tedavi edilmeyen sifiliz düşük, ölü doğum, prematür doğum ve neonatal ölüm ile sonuçlanabilmektedir. Özellikle geri kalmış ve gelişmekte olan ülkelerde HIV-sifiliz koenfeksiyonu sık görülür. Konjenital sifilizli bebekler sıklıkla doğumda asemptomatiktirler, semptom varlığı yüksek mortalite ile ilişkilidir. Burada HIV enfekte, takipsiz gebeden doğan konjenital sifiliz tanısı alan prematür bir olgu sunduk.

OLGU SUNUMU: Otuz dokuz yaşındaki anneden 31+4 gebelik haftasında 1900 gram sezaryen ile doğan kız bebek prematürite, erken membran rüptürü nedeniyle yatırılarak takibe alındı. Fizik incelemesinde özellik yoktu, laboratuar tetkiklerinde hemoglobin 18g/dl, lökosit 11000/mm^3, trombosit 154000/mm^3, c-reaktif protein 44mg/l, prokalsitonin 2,4ng/ml saptandı, erken sepsis tanısıyla tedavi başlandı. Gebeliğinde takipsiz olan Kırgız uyruklu annenin doğum öncesi tetkiklerinde anti HIV pozitif saptanmış. Hastanın HIV RNA, anti HCV RNA, VDRL, RPR tetkikleri alındı, antiviral tedavisi başlandı, formulayla beslenmeye devam edildi. HIV RNA kopya sayısı 62110 saptandı zidovudine nevirapin, lamivudin eklenerek üçlü tedaviye geçildi. VDRL, TPHA 1/32 pozitif saptandı. Annenin VDRL, RPR, TPHA titresi 1/16 pozitif saptandı. Olgunun BOS mikroskopik incelemesinde hücre görülmedi, proteini normaldi, VDRL negatifti, kan ve BOS kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın uzun kemik grafileri, bilgisayarlı beyin tomografisi, görme ve işitme taramaları normaldi. Konjenital sifiliz tanısıyla kristalize penisilin G 50.000 IU/kg başlandı. Tedavisi 10 güne tamamlandı. Annenin isteği üzerine hasta konsolosluk aracılığıyla ülkesine nakledildi.

SONUÇ: Gebelikte tedavi edilmeyen sifiliz enfeksiyonu fetusu enfekte eder, ölüm, prematürite, düşük doğum ağırlığı, konjenital anomaliler, uzun dönemde sağırlık, nörolojik gerilik gibi sekellerle sonuçlanabilir. HIV-sifiliz koenfeksiyonu sık görülür. Sifiliz enfeksiyonunun plasentada oluşturduğu inflamasyonun HIV'in transplasental geçişini arttırdığı, tedaviye yanıtı olumsuz etkilediği bildirilmiş olmakla birlikte nedeni aydınlatılamamıştır. Yine çalışmalarda primer HIV enfeksiyonunu önlemede çoklu ilaç rejiminin zidovudine üstün olduğu gösterilmiştir. Sifiliz erken dönemde üçte iki olguda asepmtomatiktir ve yenidoğan infantta tanınması zordur. Özellikle takipsiz gebeliklerde anne ve bebek ayrıntılı değerlendirilmeli ve tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: HIV, Konjenital sifiliz, preterm

PP-190

Kongenital Uzun Q-T Sendromlu Bir Olgu

Abdulhamit Tüten[1], Tunç Tunçer[2], Sevilay Topçuoğlu[1], Elif Özalkaya[1], Gonca Vardar[1], Tülin Gökmen Yıldırım[1], Güner Karatekin[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SAUM, Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SAUM, Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

Uzun QT sendromu senkop ve ani ölüme neden olabilen, uzamış ventriküler repolarizasyon (uzamış QT intervali) ile karakterize genetik bir bozukluktur. Burada yenidoğan servisine anne yanı izleminde bradikardisi olduğu için yatırdığımız ve uzun QT sendromu tanısı alan bir hastayı sunacağız. OLGU: Bir günlük kız bebek 20 yaşındaki anneden 1. canlı doğum olarak 38 gestasyonel haftasında 3420 gr ağırlığında NSD ile doğdu. Fizik muayenesinde bradikardi dışında özellik yoktu. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın soy geçmişinde otuz yaşından önce açıklanamayan ani ölüm, uzun QT tanısı olan, senkop ve sağırlık öyküsü yoktu. Laboratuvar incelenmesinde kan sayımında ve biyokimya değerlerinde özellik yoktu.Akciğer grafisi normal olup kardiyomegali saptanmadı. KTA:67/dk,saturasyonu %98 idi. Elektrokardiyografisinde de QT değeri 0,34 sn, Bazett formülüne göre hesaplanan düzeltilmiş QT (QTc: QT/ √R-R sn) değeri ise 500 milisaniye olarak bulundu. T dalga alternansı saptanmadı. Ekokardiyografik incelemede bir kalp hastalığı tespit edilmedi. Tedavi olarak dideral başlandı. Anne ve babadan EKG istendi özellik saptanmadı. Annede ANA, antiDsDNA, anti Ro antijeni normal idi. İzlemde KTA: 80-110/dk arasında seyretti. Uzun QT yapabilecek ilaç listesi aileye verildi. Polikilinik kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA: Uzun QT sendromu, normal yapılı kalpte uzamış QT aralığı, tekrarlayan senkop atakları ve hayatı tehdit eden değişik şekillerde ventriküler aritmilerle (torsades de point) karakterizedir. Hastamızda UQTS'a yol açabilecek ilaç kullanım öyküsü yok. Tedavide amaç ventriküler taşikardinin ve ani ölümün önlenmesidir. Akut dönemde Torsades de pointes atağının tedavisinde kardiyoversiyon, lidokain infüzyonu ve magnezyum önerilmektedir. Atakların önlenmesi amacıyla uzun dönem tedavide başlıca beta blokörler önerilmektedir. Bizde hastamıza dideral tedavisini başladık. UQT sendromu, çocuklarda nadir olmasına rağmen morbidite ve mortalitesi yüksek olduğu için UQTS'de erken tanı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Uzun Q-T Sendromu, Yenidoğan, Bradikardi

PP-191

Pnömoperikardiyum, İnfluenza A (H1N1) Pnömoni Olgusu

Sinem Can Oksay, Hande Özgün Karatepe, Nazmiye Nilgün Karadağ, Hacer Aktürk, Gonca Vardar, Emre Dinçer, Meliha Aksoy Okan, Tülin Gökmen Yıldırım, Güner Karatekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SAUM, Neonataloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Ağır bronkopulmoner displazi nedeniyle takip ettiğimiz prematüre yenidoğanda influenzaya bağlı gelişen akut respiratuar distres sendromu ve pnömoperikardiyum ile ilgili deneyimlerimizi paylaşmayı amaçladık. Dünya Sağlık Örgütü iki yaşından küçük olmayı ve süregen hastalığı şiddetli hastalık için risk faktörü olarak kabul etmiştir. Hastalığın ciddi seyrettiği olgularda en sık sorun virüsün doğrudan yol açtığı pnömoniler olup tanı polimerize zincir reaksiyonu (PZR) ile konmaktadır.

OLGU: Yirmi sekiz gestasyon haftalık 655 gr olarak doğan ağır bronkopulmoner displazi tanılı erkek bebek yaşamının 61. gününde 1220 gr iken mekanik ventilatörden ayrıldı. Postnatal 74. gününde solunum sıkıntısı olan bebeğin akciğer grafisinde infiltrasyon saptandı septik taramasının pozitif olması nedeniyle antibiyotik başlandı, nazal ıppv modda takibe alındı. Solunum sıkıntısının artması sonrasında oseltamivir tedaviye eklendi, bebek entübe edildi. Derin trakeal aspirattan H1N1 için polimeriza zincir reaksiyon (PZR) yollandı; sonuç pozitif olarak rapor edildi. Akut respiratuar distres sendrom ve buna sekonder gelişen pulmoner hipertansiyon tedavisi başlandı. Farklı zamanlarda 5 kez surfaktan verildi. Akut respiratuar distres sendromu kliniği yoğun olarak devam eden bebeğe rocuronium bromide infüzyonu başlandı, mekanik ventilatör desteği en üst düzeye çıkıldı. Tedavinin 7. gününde plevral efüzyon, 10. gününde akciğer grafisinde pnömoperikardiyum saptandı, pnömotoraks gözlenmedi; perikard boşluğuna tüp yerleştirilerek hava toplanması engellendi ve tamponad azaltıldı. İşlem sırasında makroskobik olarak akciğerlerde yoğun hepatizasyon görüldü. Bebek H1N1 influenza pnömonisinin 13. gününde kaybedildi. Bu dönemde diğer bebeklere influenza PZR bakıldı, negatif rapor edildi. Annenin gribal enfeksiyon geçirdiği tespit edildi.

TARTIŞMA: Çocukluk yaş grubunda olguların %60-79 kadarında altta yatan süregen bir hastalık bulunmaktadır. Özellikle ilk 48 saatte antiviral tedavi başlanmasının komplikasyonları azalttığı bildirilmektedir. Pnömoperikardiyum pandemik influenza enfeksiyonunun nadir bir belirtisi olarak bronkospazm veya nekrotizan pnömoni nedeniyle gelişebilir. Olgumuzda da ağır bronkopulmoner displazinin akciğer bulgularını ağırlaştırdığı düşünülmektedir. Ayrıca anne ziyaretinde annelerin akut semptomlarının sorgulanarak ünitelere girişin sağlanması gerekliliği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: prematüre, influenza, pnömoperikardiyum

PP-192

Yenidoğanda Roberts Sendromunda Yeni Bir Mutasyon: Literatürdeki ilk olgu sunumu

Ebru Türkoğlu Ünal[1], Hasan Sinan Uslu[1], Ali Bülbül[1], Umut Zübarioğlu[1], Mesut Dursun[1], Belgin Kesim[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik, İstanbul

AMAÇ: Roberts sendromu, nadir görülen prenatal ve postnatal büyüme geriliği, tetrafokomeli, kraniyofasiyal anomaliler ve mental retardasyon ile karakterize otozomal resesif geçişli kalıtsal bir hastalıktır. Bu sendrom, 8p21,1 lokalizasyonunda bulunan Establishment of sister chromatid cohesion N-acetyltransferase 2 (ESCO2) genindeki kalıcı mutasyonlar sonucunda oluşmaktadır. Sitogenetik incelemede erken sentromer ayrılması görülmektedir. Fizik muayene ve sitogenetik inceleme ile Roberts sendromu tanısı konulan olgu, moleküler genetik incelemede ESCO2 geninde, daha önce tanımlanmamış c.877_878delAG homozigot mutasyon saptanması nedeni sunulmuştur.

OLGU: Miadında sezaryen ile 1130 gram doğan erkek bebek, dört ekstremitede kısalık, düşük doğum ağırlığı, yüzde kapiller hemanjiyom, hipotelorizm, oligodaktili, sindaktili ve egzoftalmi saptanması üzerine kliniğimize yatırıldı. Klinik bulgular ile Roberts sendromu düşünüldü. Kromozom analizinde, karakteristik "erken sentromer ayrılması" bulgusu saptandı Moleküler genetik incelemede, ESCO2 geninde p.R293Sfs*7 (c.877_878delAG) homozigot mutasyon tespit edilerek sendromun tanısı doğrulandı. Postnatal 20. günde 1560 gram olarak taburcu edildi. Anne ve babanın da moleküler genetik incelemesinde, ESCO2 geninde p.R293Sfs*7 (c.877_878delAG) heterozigot saptanarak taşıyıcı olarak değerlendirildi. Olgumuzda ilk kez saptanan p.R293Sfs*7 (c.877_878delAG) homozigot mutasyon, anne ve babada da heterozigot saptanması nedeni ile hastalık nedeni olarak değerlendirildi. Aileye genetik danışmanlık verildi. Halen 28 aylık olan erkek olgu büyüme geriliği nedeni ile Yenidoğan Polikliniğimizden izlenmektedir.

SONUÇ: İlk trimesterde prenatal sonografik inceleme ve sitogenetik inceleme Roberts sendromuna tanı koymada son derece önemlidir. Viyabilite sınırından önce tanı alanlara terminasyon önerilmelidir. Postnatal tanı konulduğunda; sitogenetik incelemeler ile tanının doğrulanması, aileye hastalığın kliniği, prognozu ve tekrarlama riski ile ilgili genetik danışma verilmesi ve sonraki gebelikler için antenatal takipte yönlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Roberts sendromu, sitogenetik, yenidoğan

PP-193

Yenidoğanda Çok Nadir Görülen Spontan Transvers Kolon Perforasyonu Olgusu

Ruhsar Erdoğmuş[1], Doygoamaneh Ghare Mashggharavi[1], Avidan Kızılelma Yiğit[1], Doğakan Yiğit[2]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[2]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Bu vaka sunumunda, yenidoğan yoğun bakım ünitesine erken neonatal sepsis ön tanısıyla yatırılan, intestinal malrotasyon ön tanısıyla operasyona alınan fakat izole transvers kolon perforasyonu saptanan nadir bir olgudan bahsedildi.

VAKA SUNUMU: Otuz üç yaşındaki annenin üçüncü gebeliğinden üçüncü yaşayan olarak takipsiz gebelik süreci sonrasında spontan vajinal doğum ile 3940 gram doğan kız bebek postnatal ilk 24 saatinde kusması olması ve 38.5 0C ateşinin saptanması üzerine erken neonatal sepsis ön tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede ateş dışında özellik saptanmayan hastanın hemogram, biyokimya ve akut faz reaktanları normal olarak saptandı. Hemokültürü alınarak ampisilin ve gentamisin tedavisi başlandı. İntravenöz (ıv) mayisi düzenlendi. Anne sütü ile beslenmesi kademeli olarak arttırıldı ve yatışının ikinci gününde tam enteral beslenmeye geçildi. Üçüncü gününde safralı inatçı kusmaları başlayan hastanın oral beslenmesi kesildi. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde özellik saptanmadı. Kusma ve rezidüleri devam eden hastanın batında distansiyonun da eklenmesi üzerine laboratuvar tetkikleri tekrarlandı ve çocuk cerrahisine konsulte edildi. Laboratuvar tetkiklerinde akut faz reaktanlarında yükselme olduğu görüldü. Tedavisine aneorop etkenler de düşünülerek ıv metranidazol eklendi. Çocuk cerrahisinin de önerisiyle hastaya kontrastlı üst pasaj grafisi ve tüm batın ultrasonografisi çekildi ve malrotasyon ön tanısıyla hasta operasyona alındı. Eksplorasyonda malrotasyona rastlanılmazken, transvers kolon perforasyonu olduğu görüldü. Kolostomi açılan hastanın beslenmesi kademeli olarak arttırıldı. Tam enteral beslenen ve takipleri sorunsuz olan hastanın ailesine kolostomi bakımı öğretilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Yenidoğanda ateş, kusma ve ateşe eşlik eden batın distansiyonu gastrointestinal sistem perforasyonları açısından dikkat etmemiz gereken bulgulardandır. Yenidoğan vaka serilerinde etyolojide sıklıkla, düşük doğum ağırlığı, nekrotizan enterokolit ile ilişkili olgular göze çarpmaktadır. Miad yenidoğanlarda, ek sistem yakınması olmadan spontan kolon perforasyonu, lokasyon olarak da transvers kolon perforasyonları oldukça nadirdir. Radyolojik bulgular çoğu kez tanıya gitmede yardımcı olsa da, olgumuzda olduğu gibi tamamen normal de olabilir. Bu aşamada klinik şüphe erken tanı ve tedavide önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: infant, kolon, perforasyon

PP-194

Yenidoğanda Hipotoni Nedeni: Nonketotik Hiperglisinemi

Bilge Tanyeri Bayraktar[1], Süleyman Bayraktar[2], Mine Yüksel[1], Yaşar Cesur[3]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

Nonketotik hiperglisinemi otozomal resesif geçişli olup glisin düzeylerinin beyin omurilik sıvısında aşırı miktarlarda birikimi ile karakterize bir metabolik hastalıktır. Başlıca bulguları doğum sonrası 6 saat ile 8 gün arasında başlayan emme güçlüğü, yaygın hipotoni, letarji, hıçkırık ve nöbettir.

Postnatal 3.gününde emmede isteksizlik ve hareketlerinde azalma yakınmaları ile acil polikliniğine getirilen kız bebek yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik incelemede bebeğin yaygın hipotonisitesi mevcuttu. Serebral fonksiyon monitöründe burst supresyonu izlendi. Kraniyal MR da organik asidemileri düşündüren difüzyon kısıtlaması mevcuttu. Yapılan MR spektroskopide glisin piki izlendi. Tandem mass spektrometride plazma glisin düzeyi yüksek ve BOS glisin / plazma glisin oranı 0.25 saptandı. Nonketotik hiperglisinemi tanısı ile hastaya sodyum benzoat ve glisinden fakir diyet başlandı. Tedavi sonrası solunum desteği ihtiyacı olmayan hasta postnatal 18.gününde taburcu edildi.

Hayatın ilk haftasında hipotoni saptanan yenidoğanlarda nonketotik hiperglisinemi tanısı da akılda tutulmalı ve erken dönemde tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipotoni, yenidoğan, nonketotik hiperglisinemi

PP-195

Yenidoğanda Gastrointestinal Kanama: İki Olgu Sunumu

Bilge Tanyeri Bayraktar[1], Süleyman Bayraktar[2], Ezgi Yalçın[1], Öznur Gökçe Taylan[1]
[1]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul
[2]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

Yenidoğanın hemorajik hastalığı, K vitaminine bağımlı faktör II, VII, IX, ve X'un azalması sonucu ortaya çıkar. K vitamini plasentadan az oranda geçmekte ve anne sütünde az bulunmaktadır. Bu nedenle yenidoğanlar K vitamini eksikliğine yatkındır. Ciddi mortalite ve morbiliteye neden olan bu durum 1 mg intramuskuler K vitamini proflaksisi ile önlenebilmektedir. Klasik tip doğumdan sonraki 2. ve 7. günler arasında görülürken, geç tip hemorajik hastalık 2-12. haftalar arasında görülmektedir. Her iki tipte de cilt, intrakraniyal, göbek kordonundan ve gastrointestinal sistemden kanamalar olabilmektedir. Bu yazıda 2 ve 23 günlük iken gastrointestinal sistem kanaması ile gelen, yenidoğanın hemorajik hastalığı nedeni ile takip edilen iki hastayı sunuyoruz. Sıklıkla intrakraniyal kanamalarla vurgulanan yenidoğanın hemorajik hastalığının, gastrointestinal kanama nedeni ile de yenidoğan acillerin de akılda tutulması gerektiğini vurgulamak istedik. Son zamanlarda rastladığımız aşı ve K vitamini reddi nedeni ile de K vitamini proflaksisi hakkında hazırlanacak olan kamu spotları ile halkın bilinçlendirilmesinin önemli olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, gastrointestinal kanama, K vitamini

PP-196

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonunu Takiben Gelişen ADEM Sendromu; Olgu Sunumu

Duygu Kurtuluş[1], Ayfer Arduç[2], Betül Sözeri[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakltesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM) nadir görülen, fakat tedavi edilebilir; özellikle subkortikal ak maddeyi tutan, enflamatuar, demiyelinizan bir hastalıktır. Genellikle post/paraenfeksiyöz bir hastalık olarak değerlendirilir. Hastaların yaklaşık %75'inde yakında geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu veya aşılanma öyküsü bildirilmektedir. Geniş bir nörolojik yelpaze içinde bulgu verir, bilinç normal ya da komaya kadar giden aralıkta olabilir. Tanı en iyi manyetik rezonans görüntüleme(MRI) ile yapılır. Biz bu olguda 17 yaşında kız çucuğunda nonspesifik üst solunum yolu enfeksiyonunu(ÜSYE) takiben gelişen, ADEM sendromu sunmaya çalıştık. Acil servise ÜSYE semptomları ile başvuran 17 yaşında kız hasta tedavisi düzenlenmesinden 10 gün sonra semptomlarına bulantı, kusma ve baş dönmesi şikayetleri eklenmesi ile tekrar acile başvuruyor, antiemetik tedavi eklenerek poliklinik kontrolü öneriliyor. 3 gün sonra şikayetleri daha da artan hasta acile başvurduğunda yapılan muayenesinde ense sertliği ve meningeal irritasyon bulguları pozitif değerlendirilip, menenjit ön tanısı ile interne ediliyor. Yapılan tetkiklerinde %76 nötrofili ağırlıklı lökositoz(11,5) harici tüm biyokimya ve enfeksiyon markerları normal olup ilk çekilen MRI'da normaldi. Subfebril ateşi(37.5) olan hastaya ensefalit ön tanısı ile IV antibiyoterapi başlandı Lomber ponksiyonunda pandi + ve hücre 70/mm olup üreme olmadı. Alt ekstremite kas kuvvetleri 3/5 e gerilemesi üzerine çekilen EMG sinde motor-aksonal polinöropati ve tekrarlanan kontrastlı MRI da demiyelinizan odaklar gelişince ADEM sendromu tanısı konularak 10 gün pulse steroid tedavisi başlandı. Hastanın yattığı süre içinde giderek artan kas kuvvet kabı tedavi ile geriledi sadece alt ekstremite kuvvetleri 4/5 değerinde iken eksterne edilip rehabilitasyona yönlendirildi.2 hafta uygulanan nörorehabilitasyon sonrası kas kuvvetleri tamamen normale döndü. Bu olgu santral sinir sisteminin nadir görülen ama erken tanı konulduğunda kolayca tedavi edilebilir bir hastalığı olması nedeni ile sunulmuştur. Sonuç olarak ADEM, intrakranyal enfeksiyöz ve enfeksiyöz olmayan hastalıklarla karışabilen santral sinir sisteminin nadir bir hastalığıdır. Ensefalit kliniği ile gelen her olguda ADEM düşünüldüğünde erken tanı konabilmekte ve erken tedavi ile birlikte hastalığın prognozunun iyi olması sağlanabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ADEM Sendromu, Üst Solunum Yolu Enefeksiyonu, Rehabilitasyon

PP-197

Çocuk Hastada Nöropatik Ağrı Kontrolünde Gabapentin Kullanımı: Vaka sunumu

Duygu Kurtuluş[1], Ayfer Arduç[2], Betül Sözeri[3]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Kliniği, İstanbul
[2]Koç Üniversitesi Tıp Fakltesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

Nöropatik ağrı; yetişkin hasta grubunun aksine çocukluk çağında nadir görülür. Pediatrik hasta grubunda hatırlanması gereken nöropatik ağrı nedenleri; kompleks bölgesel ağrı sendromu,fontom ağrıları, spinal kord yaralanması, travma ve postoperatif nöropatik ağrı, otoimmun ve dejeneratif nöropatiler ile kanser ve tedavisine bağlı gelişen nöropatik ağrılardır.Gabapentin, GABA yapısal analoğudur. Gabapentin; pediatrik hastalarda perinatal nöbetlerin tedavisinde kullanılan bir antiepileptik ilaç olup, yetişkin hasta grubunda nöropatik ağrı tedavisinde analjezik olarak kullanılır. Bu vakada spinal cerrahi sonrası çocuk hastada gelişen nöropatik ağrının kontrolünde gabapentin kullanımını sunduk. 6 yaşında, 24 kg kız çocuğu hasta spina bifida tanısı ile vertebral füzyon ve duraplasti ameliyatından sonra 10. Saatte operasyon yerinde şiddetli ağrı ve alt ekstremitelerde yanma hissi, dizestezi ve hiperaljezi gelişmesi üzerine parasetamol ve ibuprofen başlandı. Hastanın ağrılarında hiçbir değişiklik olmadı. Hastanın Wong-Baker ağrı skoru 9'du.Hastanın yara yerinde herhangi bir BOS sızıntısı yoktu, yara temizdi. Tüm vital bulguları normal olan hastaya postoperatif 12. Saatte gabapentin başlanma kararı alınıp, 15mg/kg/gün üzerinden hesaplanarak 300 mg/gün'lük doz günlük üçe bölünerek başlandı. 24 saatte Wong-Baker ağrı skoru 3'e düştü ve 48. Saatte 1 oldu. Hastada hiçbir yan etki gözlenmedi. Nöropatik ağrı ile ilgili çocukluk çağı ve adelösan dönemde çok az çalışma mevcuttur. Çocukluk çağında çok ender görülen nöropatik ağrı tedavisine yönelik net bir tedavi klavuzu ya da ilaç endikasyonu yoktur. Literatürde gabapentin kullanımına dair vaka serileri mevcuttur. Gabapentin pediatrik grupta nöropatik ağrı tedavi için uygun bir molekül olabilir.

Anahtar Kelimeler: Nöropatik ağrı, Gabapentin, Pediatrik Ağrı Yönetimi

PP-198

İntrakardiyak Kitle İle Prezente Olan Nörofibromatozis Tip 1 Olgusu

Adem Yaşar, Esra Domur, Filiz Tubaş, Zeynep Çilsal, Fatma İnci Arıkan
Bozok Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Nörokutanöz sendromlardan biri olan Nörofibromatozis tip 1(NF1)yaklaşık 2500-3000 doğumda bir görülen otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. İlerleyici, değişken ve öngürülemeyen en yaygın genetik hastalıklardandır. NF1 birçok sistemde çeşitli klinik bulgulara yol açan multisistemik bir hastalıktır. Başlıca bulguları cafe au lait lekeleri, cilt katlantılarında çillenmeler, gözde lisch nodülleri ve optik gliom, kutanöz-subkutanöz plexiform lezyonlar ve kemik lezyonlarıdır. Nadir olarak NF1 olgularında % 2,3 oranında kardiyovasküler malformasyonlar görülebilmektedir. Karın ağrısı nedeniyle polikliniğimize yönlendirilen ve NF1 tanısı konularak intrakardiak kitle de tespit edilen bir olgu sunulacaktır.

VAKA: 5 yaşında kız hasta polikliniğimize karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. FM boy:50-75P ağırlık:3-10P TA: 104/63mmHg, vücudunda 6'dan fazla >5mm cafe au lait lekeleri, aksiler çillenmeler, kalpte 1-2/6 sistolik üfürüm saptandı. Annesinde de cafe au lait lekeleri olduğuğu gözlendi değerlendirilmesi için nöroloji polikliniğine yönlendirildi ve NF1 tanısı konuldu. Laboratuar tetkikleri normal olarak geldi. NF1 tanı kriterlerini karşıladığından hastaya NF1 tanısı konuldu. Üfürüm işitilen hastadan kardiyoloji konsülyasyonu istendi. Yapılan EKO kardiyografide sonucunda ''intrakardiak hiperekojen görünüm, kitle '' şeklinde raporlandı. Hastadan kranial MRI istendi, kitle saptanmadı, göz muayenesi normal olarak değerlendirildi.

TARTIŞMA: NF1 birçok sistemde çeşitli klinik bulgulara yol açan multisistemik bir hastalıktır. Başlıca bulguları cafe au lait lekeleri, cilt katlantılarında çillenmeler, gözde lisch nodüllerive optik gliom, kutanöz-subkutanöz plexiform lezyonlar ve kemik lezyonlarıdır. NF1'de % 2,3 oranında kardiyovasküler malformasyonlar görülebilmektedir (6). Bunlar Fallot Tetralojisi, atriyoventriküler septal defekt, atriyal septal defekt, ventriküler septal defekt, kompleks tek ventrikül, anormal pulmoner venöz dönüş anomalisi, pulmoner kapak stenozu, torasik veya abdominal aort koarktasyonu, hipertrofik kardiyomiyopati, idiyopatik hipertrofik subaortik stenoz, aort stenozu, intrakardiyak fibrom, koroner arter kalp hastalığı, koroner arter anevrizması ve değişik elektrokardiyografik anormalliklerdir. NF1 başlıca deri, iskelet ve sinir sistemin de bulgular yapan nadiren de kalp hastalıklarına yol açan mutisistemik bir hastalıktır. Hastalığın bulguları iyi bilinmeli, dikkatli fizik muayene yapılarak tanısı konulmalı ve komplikasyonları açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İntrakardiyak Kitle, Nörofibromatozis, Cafe au lait

PP-199

Febril Konvülziyonda Risk Faktörleri

Nihan Uygur Külcü, Abdülkadir Bozaykut, Nil Sarıçiçek, Özlem Temel, Serpil Değirmenci, Erdal Sarı, Feyza Yıldız
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Febril konvülziyon (FK) çocukluk çağının en sık görülen selim nöbet tipidir. Hastanemize febril konvülziyon sebebiyle başvuran olguların özellikleri ve tekrar risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Zeynep Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Acil ve Çocuk Polikliniği'ne başvuran hastaların aileleri ile yüzyüze görüşüldü. Anket formlarından elde edilen dermografik özellikler, ateşle ilgili veriler değerlendirildi. Febril konvülziyon tekrar risk faktörleri ilişkisi incelendi.

BULGULAR: Febril konvülziyon sebebiyle başvuran 228 (129 erkek, 99 kız) çocuğun 185'inde %93 basit %7 komplike konvülziyonu vardı. Bir yaş altı FK geçirilmesi, ateş başlangıcı ile nöbet arasındaki sürenin bir saatten uzun olması, düşük gelir düzeyi FK tekrarı açısından istatistiksel anlamlı bulundu ($p<0.05$). Ateşin >39 derece olması, FK aile öyküsünün varlığı, basit/komplike nöbet ilişkisi, cinsiyet, aile eğitim düzeyi, ikamet yeri ile FK tekrarı arasında anlamlı ilişki bulunmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Elde ettiğimiz veriler ve güncel literatür bilgilerinin ailelerin febril konvülziyonun tekrarı ile ile ilgili endişelerinin aydınlatılmasında faydalı olacabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: febril konvülziyon, risk, çocuk

PP-200

2012-2015 Yılları Arasında Febril Konvülziyon Sebebiyle Başvuran Hastaların İncelenmesi

Nihan Uygur Külcü, Abdülkadir Bozaykut, Sevcan Kayaş, Serpil Değirmenci, Erdal Sarı, Özlem Temel, Feyza Yıldız
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Febril konvülziyon (FK) çocukluk çağının en sık görülen nöbet şeklidir ve acil servis başvurularının en sık sebeplerindendir. Hastanemiz acil servisine FK sebebiyle başvuran olguları retrospektif olarak değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2012- Ocak 2015 tarihleri arasında Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Acil Servisi'ne başvuran toplam 499 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların dermografik, klinik ve laboratuvar bulguları değerlendirildi.

BULGULAR: Yaşları 5-72 ay arasında değişen 499 hastanın kız:erkek oranı=1/1.25 idi. Nöbet sırasında ölçülen ateş ortalama 37.9±0.78 ° C idi. En sık ateş odağı üst solunum yoluydu (%90). Ailede %16.8 oranınında febril konvülziyon ve %3.4 oranında epilepsi öyküsü vardı. Febril konvülziyon %9 hastada tekrarladı. Otuz üç olguya EEG çekimi yapıldı. Hepsinde normal bulgular elde edildi.

SONUÇ: Febril konvülziyon ile başvuran olguların rekürrens nedeniyle takip edilmesinin önemli olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: febril konvülziyon, çocuk,

PP-201

Farklı Klinikle Başvuran *Varicella Zoster*in Neden Olduğu Santral Sinir Sistemi Enfeksiyonu Olan İki Olgu

Mahmut Aslan[1], Rıdvan Selen[2], Serkan Kırık[1], Bilge Özgör[1], Güngör Serdal[1]
[1]İnönü Üniversitesi, Pediatrik Nöroloji Anabilim Dalı, Malatya
[2]İnönü Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Malatya

AMAÇ: Suçiçeği etkeni *Varicella-zoster* virüsü (VZV) olup çocukluk çağında sık görülmektedir. Genelde benign seyreder ve aşı ile büyük oranda önlenebilir. Bazen ciddi santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonuna yol açabilir. Bu makalede biri sığınmacı olan 2 suçiçeğine bağlı SSS enfeksiyonu olan olgu sunulmuştur. Hastaların ikisine de daha önceden suçiçeği aşısı yapılmamıştır. Bu makalede suçiçeğinin nadir de olsa meningoensefalit gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilen bir hastalık olduğunu ve bu bağlamda suçiçeği aşısının önemini vurguladık.

OLGU-1: Yedi yaşında erkek hasta ateş yüksekliği, kusma, döküntü ve baş ağrısı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastada 3 gün önce yüz ve gövdeden başlayıp tüm vücuda yayılan veziküler döküntü mevcuttu. Benzer döküntü sınıf arkadaşlarında da mevcuttu. Muayenesinde meningeal irritasyon bulgularının pozitif olması üzerine lomber ponksiyon yapıldı. BOS'da pleositoz saptandı, BOS biyokimyası normaldi. BOS PCR'da *VZV* saptandı. Asiklovir tedavisi verilen hasta komplikasyonsuz olarak 14. günde taburcu edildi.

OLGU-2: Altmış altı aylık Suriye'li mülteci kız hasta ateş, döküntü, baş ağrısı, konvülziyon ve bilinç bozukluğu şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Hastanın 4 gün önce gövde ve sırttan başlayıp tüm vücuda yayılan veziküler döküntü ve 39°C'yi bulan ateş şikayeti mevcuttu. Muayenesinde bozulma, oryantasyon kaybı, uykuya meyil ve yürüme bozukluğu olması üzerine üzerine lomber ponksiyon yapıldı. BOS'da pleositoz saptandı, BOS biyokimyası normaldi. BOS PCR'da *VZV* saptandı. Takibinde *VZV* enfeksiyonuna sekonder derin ven trombozu gelişen hastada MTHFR gen mutasyonu homozigot saptandı. Asiklovir ve varfarin tedavisi verilen hasta komplikasyonsuz olarak 14. günde taburcu edildi.

SONUÇ: Suçiçeği enfeksiyonu nadir de olsa meningoensefalit gibi ciddi bir kliniğe sebep olabilir. Bu tür enfeksiyonların önlenebilmesi için rutin aşılamanın daha sağlıklı yapılabilmesi ve düzensiz aşılamanın mevcut olmadığı ülkelerden göç eden çocukların aşılama yönünden daha dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Santral sinir sistemi enfeksiyonu, suçiçeği, derin ven trombozu

PP-202

'Kızıl' Tanısı Alan İlaç İlişkili Hipersensitivite Sendromu!!!: Olgu Sunumu

Hatice Gülhan Sözen[1], Gülşah Şenay Karagöz[2], Sevgi Akova[3], Betül Sözeri[2]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Kliniği, İstanbul

İlaçla ilişkili hipersensitivite sendromu(İİHS), bazı ilaçların kullanımı sırasında ortaya çıkan ateş, lenfadenopati, deri lezyonları ve iç organ tutulumuyla karakterize; ilaç reaksiyonlarının en tehlikelilerinden biridir. Sistemik tutulum mortalite ve morbiditeyi artırabilir. Lezyonlar sıklıkla makülopapüler döküntü olarak ortaya çıkmakla beraber morfolojileri farklılık gösterebilir. Sıklıkla aromatik antikonvülzanlara bağlı ortaya çıkar ancak diğer ilaçlara da bağlı olabilir. Antiepileptik kullananların 1/3000'inde 1hafta-3ay arasında ortaya çıkabilir. Enfeksiyonlar, bağ dokusu hastalıkları ve malignitelerle ayırıcı tanıya girer. Erken tanı tedavide en önemli basamaktır. Burada valproat ile tetiklenen ve klinik olarak ateş, myalji ve kaşıntılı makülopapüler döküntüyle prezente olan İHSS olgusu sunmaktayız. Yaklaşık 1 ay önce tekrarlayan konvulsiyon nedeni ile başvuran; EEG' de epileptiform aktivite görülen ve epilepsi tanısı konan 11.5 yasındaki kız hastaya valproik asit tedavisi başlanmıştı. İlaç kademeli artırılırken 20. gününde ateş yaygın myalji boğaz ağrısı ve vücutta kaşıntılı döküntüleriyle dış merkezde bir doktora başvuran hastaya kızıl teşhisi konulup amoksisilin klavulonat ve paresetamol tedavisi başlanıyor ve aile kullandığı ilacı göstermesine ilaca bağlı olma ihtimalini sormasına rağmen valproik asitin böyle bir şey yapmayacağı tekrardan nöroloğa gitmesinin gereği olmadığı söyleniyor. Hastanın 2 gün sonra döküntülerinin tüm vücuda yayılması nedeniyle hasta hastanemiz acil servisine getiriliyor. Ç.Acil biriminden Ç.Nörolojiye danışılan hastanın fizik muayenesinde yüzde kollarda ve bacaklarda yaygın, üzerine basmakla solan makülopapüler döküntüsü, orofarenkste erode lezyonları ve dudaklarda kuruluk soyulması mevcuttu. Sistemik muayenesinde lenfadenopatisi, hepatosplenomegalisi yoktu. Hasta şikayetleri ve kliniği ile birlikte değerlendirildiğinde İHSS ön planda düşünülerek servise yatırıldı. Özgeçmişinde allerjik astım, soygeçmişinde babada epilepsi dışında özellik yoktu. Hastanın kullanmakta olduğu tüm ilaçlar kesildi. Olası öntanılara yönelik yapılan CRP: 1.7, VPA düzeyi: 95, tam kan sayımı, lipid profili, karaciğer fonksiyon testleri, biokimya ve sedimantasyonu normal olan hastanın boğaz kültüründe üremesi olmadı. Batın ultrasonunda patoloji yoktu. Antihistaminik ve prednizolon tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası 2.gün hastanın döküntülerinde solma 5. Gün tam düzelme gözlendi. Olgumuzu İHSS'nun enfeksiyonlarla ayırıcı tanıya girmesinden dikkati çekmek için sunduk.

Anahtar Kelimeler: İlaç ilişkili hipersensitivite sendromu, Kızıl, Valproik asit

PP-203

Hastanemiz Çocuk Acil Polikliniğine Febril Konvülsiyon Nedeniyle Başvuran Hastaların Değerlendirilmesi

Erkan Taş, Yasemin Akın, Serap Genç Yüzüak, Esra Çetinkaya Polatoğlu, Merve Şahin, Gökşen Demir
Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocukluk döneminin en sık gözlenen konvülsiyon şekli febril konvülsiyondur. Bu çalışmadaki amacımız, çocuk acil polikliniğine febril konvülsiyon ile başvurma sıklığını belirlemek ve bu hastaların özelliklerini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Ocak 2011–Haziran 2015 arasında hastanemiz Çocuk Acil Polikliniği'ne ateşli havale nedeniyle başvuran 300 hastanın kayıtları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Olguların %46.6'sı kız, %53.3'ü erkekti. Ortalama yaş 26.9±18.3 ay bulundu. Hastaların %80.6'sında basit, %19.3'ünde komplike febril konvülsiyon görüldü. Basit ve komplike febril konvülsiyon gruplarının cinsiyet, aile öyküsü ve gestasyon yaşı dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık gözlenmedi. 3-6 yaş grubunda komplike febril konvülsiyon varlığı diğer gruplara kıyasla anlamlı derecede yüksek bulundu(p=0,0001). 18 aylıktan küçük çocukların %64,6'sının daha önce en az bir febril konvülsiyon öyküsü bulunmaktaydı. Olguların %75.6'sında konvülsiyon esnasında ateş <39◦C', % 24,8'inde ise >39◦C idi. En sık ateş odağı % 82.6 ile ÜSYE olarak bulundu. Olguların %38'inin ailesinde febril konvülsiyon geçirme öyküsü mevcuttu. Kız hastalarda ailede nöbet öyküsü (%49,29) erkek hastalardan (%23,75) istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti(p=0,0001). Aile öyküsü varlığı <1 ve 1-1.5 yaş gruplarında diğer yaş gruplarına kıyasla anlamlı derecede yüksekti(p=0,0001). Olguların %60.3'üne herhangi bir antiepileptik tedavi başlanmamışken, %20.6'sına fenobarbital, %19'una valproik asit tedavisi uygulanmıştı. Olguların %29'una antibiyotik başlanmış ve sadece %7.3 oranında servise yatırılma gereği duyulmuştu. Bir yaşın altında servise yatış oranı, diğer yaş gruplarından anlamlı derecede yüksekti(p=0,001). Çalışmamızda literatürle uyumlu olarak febril konvülsiyon risk faktörleri arasında çocuğun yaşının 18 aydan küçük olması ve ailede febril konvülsiyon öyküsü varlığı mevcuttu. Bunlara ek olarak febril konvülsiyonun cinsiyet, vücut ısısı ve gestasyonel yaş ile de bağlantılı olduğu saptandı.

TARTIŞMA: Febril konvülsiyon oldukça sık görülen bir hastalıktır. Nöbet geçirilmesi ebeveynleri ciddi anksiyeteye sürükleyen, psikolojilerini etkileyen ve zaman zaman çocukların hayatını tehdit edebilen bir durumdur. Bu nedenle febril konvülsiyon rekürrensi açısından risk faktörlerinin bilinmesi, ailelerin doğru bilgilendirilmesi, anksiyete düzeylerinin azaltılması ve gereksiz profilaktik tedavilerin önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ateş, febril konvülsiyon, rekürrens

PP-204

Akut Bilinç Bozukluğu İle Başvuran Limbik Ensefalit Tanısı Alan Hasta: Olgu Sunumu

İhsan Kafadar[1], Abdullah Ayhan[2], Gülşen Köse[1], Ezgi Çelikboya[2]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Otoimmün ensefalit, otoimmün ve enfeksiyöz ensefalitin birçok formunun klinik, görüntüleme ve laboratuvar bulgularında benzerlikler olması nedeniyle zor tanı alan bir hastalıktır. Hastalar genellikle günler ya da haftalar içerisinde gelişen psikiyatrik bozukluklar, bilinç ve hafıza sorunları ve tekrarlayan epileptik nöbetler ile başvurur. Muayenede genellikle spesifik semptomlar bulunmaz. Burada akut gelişen bilinç değişikliklerinde ayırıcı tanıda limbik ensefalit düşünülmesi gerektiğine vurgu yapmak amacıyla limbik ensefalit tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: Yedi yaşında kız hasta başvurusundan 5 gün önce başlayan hareketlerinde durgunlaşma, daha sonra gelişen ağlama, hareketlerini koordine edememe, yutamama ve başağrısı şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Özgeçmişinde özellik olmayan hastanın büyüme ve gelişmesi yaşıtları ile uyumluydu. Sistemik muayenesinde özellik olmayan hastanın meningeal irritasyon bulgusu saptanmamış. Klonus ve babinski negatif, derin tendon refleksleri, kas gücü ve duyu muayenesi normal saptanmış. Hastanın hemogram, biyokimya ve kan gazında özellik saptanmamış. Kranial görüntülemesi, ilaç düzeyleri normal saptanan hastanın yapılan lomber ponksiyonda patoloji izlenmemiş. Limbik ensefalit ön tanısıyla gönderilen otoimmün ensefalit paneli negatif sonuçlanmış. Yatışında yürüyebilen etrafını izleyen hastanın takiplerinde bilinç bulanıklığı artmış, otomatize hareketler gözlenmeye, aralıklı ajitasyon atakları gelişmeye başlamış. Limbik ensefalit ön tanısı ile intravenöz immünglobulin verilmiş ve pulse steroid tedavisi başlanmış. Şikayetleri gerilemeyen hasta hastanemize transfer edilmiş. İlk değerlendirmede genel durumu orta, uykuya eğilimli, ağrılı uyaranlara yanıtı mevcuttu, hipotonikti, babinski bilateral lakayt, derin tendon refleksleri hipoaktifti. Limbik ensefalit ön tanısı ile NMDA, GABA, AMPA gönderildi. Hastaya çocuk yoğun bakım ünitesinde plazma exchange tedavisi 4 gün verildi. Plazma Exchange sonrası hastanın ajitasyonları azalmakla birlikte devam etti. Hastanın NMDA'sı pozitif saptandı ve limbik ensefalit tanısı doğrulandı. İVİG tedavisine başlandı tedavinin sonunda ajitasyonu azalan, konuşmaya başlayan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Akut başlangıçlı bilinç değişiklikleri, davranış değişiklikleri, bellek problemleri, konuşma bozuklukları, hareket bozuklukları, nöbeti olan hastalarda enfeksiyöz etkenlerin saptanamadığı, görüntülemelerinde enflamasyonun gösterilemediği ve aydınlatılamayan etyoloji durumlarında otoimmün ensefalit ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: limbik, ensefalit, akut bilinç değişikliği

PP-205

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonu Sonrası Gelişen Optik Nörit Olgusu

Nil Kadriye Dölçel, Soner Sazak, Belen Ateş, Berna Hamilçıkan, Alper Kaçar, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Optik nörit sıklıkla inflamatuar, demiyelizan hastalıklara ikincil olarak gelişen, görme kaybı ile karşımıza çıkan bir hastalıktır. Çoğunlukla Multiple Sklerozun bir bulgusu olsa da, enfeksiyon ve inflamatuar hastalıkların optik siniri etkilemesi sonucu da meydana gelebilir.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) geçirdikten sonra sağ göz hareketlerinde ağrı ve son iki gündür eklenen sağ gözde bulanık görme şikayetiyle başvurdu. Fizik incelemede sağ gözde papil ödem ve görme keskinliğinde azalma saptanması üzerine optik nörit olarak değerlendirildi. Beyin manyetik rezonans görüntülemede sağ optik nöritle uyumlu kontrast tutulumu dışında patoloji saptanmadı. Viral incelemelerinde patoloji saptanmadı. VEP tetkikinde sağda belirgin ön görsel yollarda iletim aksaması saptandı. Hastanın lumbal ponksiyon incelemesinde BOS basıncı, hücre sayımı, protein, şeker normal sınırlarda, oligoklonal bant negatif saptandı. Hasta izole optik nörit kabul edilerek pulse steroid tedavisi verildi. İzleminde göz dibi muayenesinde patoloji saptanmadı. Hastanın steroid tedavisi tedrici azaltılarak takibine devam edildi.

SONUÇ: Bu olgu ile üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası göz hareketlerinde ağrı yakınması ile başvuran çocuklarda optik nöritin ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: optik nörit, çocuk, enfeksiyon

PP-206

Hipohidrotik Ektodermal Displazi: Olgu Sunumu

Kenan Karayev[1], Bekir Yükcü[2]
[1]1 saylı Bakı Dəmiryol Poliklinikası, Bakü
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Ektodermal Displazi (ED), diş, saç, kaş, kirpik, tırnak, yağ ve ter bezleri gibi ektoderm orijinli organ ve dokuları ilgilendiren, ender görülen kalıtsal bir hastalıktır. ED'lerde genel olarak deri yapısında değişiklikler, kemik ve eklem anomalileri, damak, yüz ve özel duyu (işitme-görme) anomalileri, nörolojik gelişim bozuklukları, vasküler sistem ve reprodüktif sistemde anormallikleri içeren geniş bir anomali spektrumu olabilir. Diğer iç organlarda yapısal ve fonksiyonel bozukluklar da mevcut olabilir. Christ-Siemens-Touraine Sendromu olarak da bilinen Hipohidrotik ED, bütün dünyada tüm ırklarda 1/100.000 oranında görülür. Hastalık X'e bağlı resesif geçiş göstermekle birlikte, otozomal resesif ve dominant geçiş de bildirilmiştir. Bebeklik döneminde tanı güçtür ve sıklıkla bu sendrom gözden kaçar. Anodontia, hipodontia, mikrodontia, konikal diş gelişimi ve alveolar çıkıntıların yokluğu HED'nin en karakteristik bulgularıdır. Burada annede de benzer bulguların seyrettiği Hipohidrotik ED'li bir hastayı sunduk.

OLGU: 18 aylık erkek hasta saçlarının, kaşlarının ve kirpiklerinin olmaması, dişlerinin olmaması, derisinin kuru olması ve terlememesi nedeniyle başvurdu. Ayrıca dişlerinin olmaması nedeniyle beslenme problemi de mevcuttu. Aynı şikayetlerin annede de olduğu gözlendi. Hastanın annesinde de saçlarda seyreklik ve terleme azlığı mevcutmuş ancak bu nedenle hiçbir sağlık merkezine başvurusu olmamış. Anne baba arasında akrabalık mevcut olmayıp diğer iki kardeşi de sağlam sağlıklıydı. Hastanın yapılan fizik muayenesinde şikayette belirtilen dermatolojik bulguların dışında sistemik bozukluğa rastlanmadı. Büyüme gelişme açısından persentilleri yaşıtlarına göre gerideydi. Hastanın yapılan kan testlerinde ve görüntülemelerinde patoloji saptanmadı. Hastaya mevcut bulgularla Ektodermal Dsiplazi tanısı konuldu. Hasta beslenme, dermatoloji, diş, genetik hekimlerine yönlendirildi.

SONUÇ: Çocuklardaki saç seyrekliği ve diş gelişiminin gecikmesi aileyi, genellikle belirli bir süreden sonra endişelendirir. Yine patognomonik yüz görüntüsü infant dönemde tam oluşmamış olabilir. Dolayısıyla açıklanamayan bir hipertermi durumunda bu sendromdan kuşkulanılarak tanıya gidilebilir. Ayrıca prenatal tanı ve taşıyıcı saptanması oldukça doğru olarak yapılabildiğinden bu tür öyküsü olan ailelere genetik danışmanlık önerilmesi gerekir.

Anahtar Kelimeler: Ektodermal Displazi, Kalıtsal, Anne

PP-207

Nadir Bir Ataksi Nedeni; Rekürren Ataksi: Olgu Sunumu

İhsan Kafadar[1], İnci Pınar Seçinti[2], Doruk Özbingöl[2], Gözde Şahin[2], Nazan Dalgıç[3]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri, İstanbul
[3]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Postenfeksiyöz serebellar ataksiler çocukluk çağı ataksilerinin en sık sebeplerinden biridir.Olgular genellikle ani başlangıçlı ataksi ile başvururlar.Varisella virüsü en sık ilişkilendiren virüs olup genellikle kronik/rekürren olarak seyretmezler.Biz burada ataksi kliniği ile farklı zamanlarda sağlık merkezlerine başvurmuş olup rekürren ataksi tanısı almış bir olguyu ataksinin nadir nedenlerinden olan rekürren ataksi kliniğine vurgu yapmak amacı ile sunuyoruz.

OLGU: 7 yaş kız hasta, varicella enfeksiyonu sonrası istemsiz ağız hareketleri, yürüme ve konuşma bozukluğu nedeni ile kliniğimize başvurdu.Tekrarlayan serebellit atağı nedeni ile dış merkeze başvuran hastaya asiklovir tedavisi başlanmış ve kliniğimize yönlendirlmiştir. Hastanın özgeçmişinde 2015yılından beri üç kez farklı merkezlere ataksi kliniği ile başvurup serebellit tanısı alma hikayesi mevcuttu. Anne baba birinci derece kuzen olup soygeçmişinde başka özellik yoktu.Hastanın yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil olup nörolojik muayenesinde; ataksisi, disdiadokinezi ve dismetri tesbit edildi.Kas gücü doğal, derin tendon refleksleri alınıyordu. Kan tetkiklerinde elektrolit imbalansı mevcut değildi. Hastaya kraniyal bigisayarlı tomografi çekildi.Patoloji görülmedi. Lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında glukoz: 58 mg/dl protein:13 mg/dl olarak saptandı.Herpes virus tip 1 için PCR değerlendirmesi gönderildi. Negatif sonuçlanınca asiklovir tedavisi kesildi.EEG çekildi.Normal olarak saptandı.Tekrarlayan ataksileri olan hastadan fitanik asit, D vitamini, lipid elektoforezi, periferik yayması istendi. Abetalipoproteinemi lehine bulgu saptanmadı.D vitamini: 5,8 ng/ml saptanan hastaya D vitamini tedavisi başlandı. Hasta çocuk kardiyolojine danışıldı.EKO,TELE,EKG görünütlemeleri yapıldı.Fizyolojik mitral yetmezlik saptanan hasta çocuk kardiyoloji takiplerine devam etti.Hastada rekürren ataksi sendromu düşünülmesi üzerine genetik hastalıklarına yönlendirildi. Şu anda hastanın tetkikleri devam etmektedir.

TARTIŞMA: Çocukluk çağında postenfeksiyöz serebellar ataksi, ani başlayan aylar içinde iyileşme gösteren benign bir durum olup çocukluk çağında en sık karşılaşılan ataksi nedenidir.Ancak ataksilerin bir klinik tablo olduğu unutulmamalı ve bu çocuklarda laboratuar testleri ve görüntüleme incelemelerinin uygun kullanımı ile santral sinir sistemi enfeksiyonu ve kitle lezyonu gibi ciddi medikal durumların ayırıcı tanısı mutlaka yapılmalıdır.Ancak çocukluk çağında bu sık karşılaşılan ataksi nedenleri dışında nadir olan ataksi nedenleri ve ataksi klinik tablolarıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ataksi, Rekürren, Varisella

PP-208

Üç Aylık Bebekte WERDNİG HOFFMANN Hastalığı

Kyaw Zin Latt, Yelda Türkmenoğlu, Sibel Perkin, İhsan Kafadar, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Spinal müsküler atrofi (SMA), spinal kordun alfa motor nöronlarında dejenerasyonla karakterize progresif proksimal motor zayıflık ve paraliziyle sonuçlanan otozomal resesif kalıtılan bir nöromuskuler hastalıktır. Survival Motor Neuron (SMN) geninde oluşan bozukluklar bu hastalıktan sorumludur. Bulguların başlangıcına göre dört gruba ayrılır. Werdnig Hoffmann hastalığı olarak bilinen Tip 1, yaklaşık %25'sinden sorumlu olup ilk altı ayda bulgu veren en ağır ve yaygın formudur. İlk aylardan itibaren hastalarda baş tutamama ve desteksiz oturamama, derin tendon reflekslerinin azaldığı veya kaybolduğu görülür. Dil kaslarında fasikülasyon, emme ve yutma güçlükleri aspirasyon pnömonilerine zemin hazırlar. Burada Tip 1 SMA tanısı konan bir erkek bebek anlatılmaktadır.

OLGU: Doğumdan itibaren ağlamada azlık, halsizlik, hareketlerde azlık ve gözlerde kayma olan 3 aylık erkek hasta son 4-5 gündür başlayan hırıltı ve öksürük şikayetiyle başvurdu. Ebeveynleri arasında akraba evliliği bulunan hastanın intrauterin dönemde de hareket azlığı olduğu öğrenildi. Fizik muayenede gözlerde nistagmus, dilde fasikülasyon, subkostal ve suprasternal çekilmeler, baş tutmada zayıflık, kol ve bacaklarda atrofı, ekstremitelerin proksimalinde hipotoni ve reflekslerde azalma görüldü. Kranial BT ve metabolik testleri normal bulunan hastanın SMN gen analizinde SMN1 geninde ekzon 7 ve 8'de homozigot delesyon, ayrıca SMN2 geni iki kopya olarak saptandı. Hastaya bu bulgularla SMA tip 1 tanısı konuldu.

SONUÇ: SMA hastalığın halen bilinen bir tedavisi bulunmamaktadır. Erken bebeklikte ortaya çıkan hipotonide serebral ve metabolik nedenlerin yanısıra Wednig Hoffmann hastalığı da düşünülmelidir, derin tendon reflekslerinin alınamaması bu hastalığı özellikle akla getirmelidir ve genetik analizle tanı doğrulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hipotoni, Spinal Müsküler Atrofı, SMN gen

PP-209

Transvers Myelit Nedeniyle Takip Edilen Guillain-Barre Tanısı Alan Hasta: Olgu Sunumu

İhsan Kafadar[1], Abdullah Ayhan[2], Mehmet Fatih İleri[2], Gülşen Köse[1]
[1]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İstanbul
[2]Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Guillain-Barre sendromu daha sık motor bazen duyusal ve otonomik sinirleri de tutan postenfeksiyöz polinöropatidir. Paralizi genellikle özgül olmayan viral enfeksiyondan yaklaşık 10 gün sonra başlar. Enfeksiyon sadece gastrointestinal yada solunum yolu belirtilerine neden olabilir. Güçsüzlük genellikle alt ekstremitelerden başlar ve ilerleyici olarak gövde, üst ekstremite ve son olarak bulber kasları tutar. Proksimal ve distal kaslar nisbeten simetrik olarak tutulur ancak hastaların %9'unda asimetri bulunur. Alt ekstremitelerde başlayan güçsüzlük ilerleyerek flask tetraplejiye ilerleyebilir. Akut başlayan güçsüzlüğün ayırıcı tanısında başta akut transvers miyelit olmak üzere birçok nörolojik, enfeksiyöz, travmatik, malign ve doğumsal hastalıklar göz önünde bulundurulmalıdır. Burada ateş ve boğaz ağrısından sonra yürüyememe şikayetiyle başvurduğu dış merkezde transvers miyelit ön tanısı ile takip edilmiş olup ve kliniğimizde Guillain-Barre Strohl tanısı alan olgu Guillain-Barre Strohl sendromu ayrıca tanısına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU: Beş yaşında erkek hasta ateş, boğaz ağrısı sonrası başlayan yürüyememe şikayeti ile dış merkeze başvurmuş. Yapılan fizik muayenesinde ense sertliği saptanan hastanın alınan beyin omurilik sıvısında (BOS) patoloji saptanmamış. Hastaya asiklovir, seftriakson ve vankomisin tedavisi başlanmış. Kranial ve Spinal görüntüleme yapılan hastada tüm spinal kordda patolojik sinyaller olması üzerine demiyelinizan/dismiyelinizan hastalıklar düşünülmüş. Şikayetleri ilerleyen ve tarafımıza yönlendirilen hastanın fizik muayenesinde alt ve üst ekstremitede derin tendon refleksleri ve kas gücü asimetrik olarak azalmıştı.Takiplerinde distalden başlayan ilerleyici güçsüzlük olmasının Guillain-Barre ile uyumlu olması nedeni ile hastaya Guillain-Barre tanısı konularak intravenöz immünglobulin tedavisi verildi. Hastanın EMG verileri Guillain-Barre Strohl sendromu ile uyumlu bulundu. Tedavinin sonunda şikayetleri azalan ve kas gücü artmaya başlayan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Ekstremitede güçsüzlük şikayetleri ile başvuran, yakın zamanda geçirilmiş enfeksiyon öyküsü olan hastalarda Guillain-Barre Strohl Sendromunun akılda tutulması gerektiği ve ayırıcı tanida arada kalınan vakalarda detaylı anamnez tekrarlayan nörolojik muayene ve albüminositolojik inceleme yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Guillain-Barre, Güçsüzlük, Asimetri

PP-210

Kusma ve Baş Ağrısı İle Başvuran Akut Kafa İçi Basınç Artışı Gelişmiş Olgu

İhsan Kafadar, Özgecan Avcı, Nihal Boz, Ercüment Petmezci
Şişli Hamidiye Etfal Eğtim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Klinikleri, İstanbul

GİRİŞ: Baş ağrısı ve kusma, acil servise başvuran çocuklarda sık görülen bir durumdur. Tonsilit gibi benign nedenlere bağlı olabileceği gibi; menenjit, kafa içi basınç artışı(kibas) gibi hayati tehdit edici nedenlerden dolayıda olabilmektedir.Burada başağrısı şikayeti ile başvurup yapılan tetkikleri sonucunda akut hidrosefali tespit edilen vakayı akut hayatı tehdit edici baş ağrısı nedenlerine dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz.

OLGU: 9 yaşında erkek hasta halsizlik, kusma ve baş ağrısı şikayetleri ile çocuk acil servisine başvurdu. Öyküsünde 2 gündür kusma ve başağrısı olduğu öğrenildi. 2 gün önce futbol oynama sonrası başağrısının olduğu, travma öyküsünün olmadığı, 1 gündürde kusmasının olduğu öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde bilinç açık, pupiller izokorik, ışık refleksi +/+,meningial irritasyon bulgusu yoktu. Diğer nörolojik ve sistem muayeneleri doğaldı. Tansiyon değerleri normaldi. Kan tetkiklerinde özellik yoktu. Hasta izlem amacıyla gözleme alındı. Takibinde kollarda kasılma, gözlerde kayma şeklinde nöbeti oldu. Hastanın kranial tomografisi akut hidrosefali lehine yorumlandı. Kontrastlı manyetik rezonans görüntüleme planlandı. Beyin cerrahisi tarafından operasyon planlandı. Takibinde solunum sıkıntısı gelişen, pupiller fix dilate saptanan hasta entübe edilerek beyin cerrahi tarafından acil eksternal ventriküler drenaj operasyonuna alındı. Operasyon sonrası yoğun bakıma alındı. Hastanın MR görüntülemesinde '3. ventrikül tavanında orta hatta kolloid kist ve bilateral periventriküler beyaz cevherde ve sol oksipital lob medial kortiko-subkortikal bölgede iskemi - gliozis lehine lezyon 'saptandı.

SONUÇ: Baş ağrısı ve kusma gibi şikayetlerle gelen tüm çocuklarda, ciddi hastalıkla ilişkili bulguları belirleyebilmek için eksiksiz bir öykü, fizik muayene ve nörolojik muayene gerekir. Akut kibas kusma, başağrısı şikayetlerine ek olarak gelişme hızı, hastanın yaşı, nedeni, kafa içindeki patolojinin yeri ve oluşmuşsa herniasyonla ilgili ek belirti ve bulgularda eşlik ederek karşımıza gelebilir. Herniasyon ne zaman ve nerede gelişeceği bilinmediğinden her zaman acil yaklaşım gerektirir. Bu yüzden şiddetli ve akut başağrıları ayırıcı tanısında hem hayati tehdit edecek nedenlerin akla gelmesi hemde acil müdahele hayat kurtarıcı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: akut hidrosefali, baş ağrısı, kibas

PP-211

Akut Skrotal Tutulum İle Başvuran Henoch-Schönlein Purpura Olgusu

Adem Yaşar, Allahverdi Sadigov, Zeynep Çilsal
Bozok Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yozgat

GİRİŞ: Henoch-Schönlein purpurası (HSP) IgA aracılı, nedeni bilinmeyen, cilt, eklem, renal, gastrointestinal sistem ve nadiren santral sinir sistemi ve genitoüriner sistem tutulumu ile seyreden sistemik bir vaskülittir. Palpabl purpura şeklindeki cilt tutulumu genellikle HSP'nin ilk bulgusudur. İlk bulgusu skrotal tutulum şeklinde olan ve testis torsiyonu ön tanısı ile cerrahi kliniğine sevk edilen bir HSP vakası olması nedeniyle sunulacaktır.

VAKA: 4 yaşında erkek hasta. Dış merkeze 3-4 saat önce başlayan skrotal ödem, ağrı nedeniyle başvurmuş. Testis torsiyonu ön tanısı ile hastanemize sevk ediliyor. FM'de VA-Boy:50(p), TA:90/60mmHg. Skrotumda ekimotik lezyonlar, ödem ve hafif hassasiyet var. Sol ayak sırtında 1 adet basmakla solmayan purpurik döküntü. Tetkiklerde, TİT'de pH:5,5, dansite 1020, protein(-), eritrosit(-), lökosit(-), nitrit(-); hemogramda hemoglobin 11,4g/dL, hematokrit %36, WBC: 11,400/mm3, Platalet:352,000/mm3, PT-APTT yaşına uygun saptandı. Tüm biyokimyasal parametreleri normal, gaitada gizli kan testi(-) saptandı. Skrotal USG'de; skrotum duvarı kalınlaşmış ve ödemli, Skrotal Doppler USG; normal olarak raporlandı. CRP:0,3mg/L(N: 0-10), sedimentasyon:44mm/saat idi. Testis torsiyonu dışlanan hasta çocuk sağlığı ve hastalıkları servisine yatırıldı. İlk muayene sırasında sol ayak sırtında 1 adet olan purpurik döküntüye yenilerinin eklendiği görüldü. HSP tanısı konuldu. Skrotal tutulum olması nedeniyle IV steroid tedavisi başlandı. Takibinde skrotal ödeminde gerileme olan hastanın özellikle alt extremitelerde ve kalçada olan palpabl purpurik döküntülerinde artış izlendi. Takiplerinde skrotal tutulumu tamamen düzelen, ek komplikasyon gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Takiplerine devam ediliyor.

TARTIŞMA: HSP'de akut skrotal tutulum nadiren ilk bulgudur ve genellikle döküntüden 1-18 gün sonra meydana gelir. Hastamızda ilk bulgu olarak akut skrotal tutulum saptanmıştır. HSP'de skrotal damarlarda vaskülit sonucu testisler, spermatik kordon, epididim ve skrotum duvarında inflamasyon ve kanama gelişebilir. Akut skrotal tutulum; skrotal ödem, epididimit, orşit ve testis torsiyonunu kapsayabilir. Genellikle HSP'de semptomlar testis torsiyonunda görülenden daha hafiftir. Akut skrotal tutulum ile gelen hastalarda ayırıcı tanıda HSP'nin unutulmaması gerekir. Akut skrotal tutulumla başvuran çocuklarda HSP açısından dikkatli olunmalı, cerrahi tedavi açısından acele edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: HSP, Skrotal Tutulum, Testis torsiyonu

PP-212

Artraljide Laktik Dehidrogenaz Yüksekliğine Dikkat!

Baran Yayla, Ferhat Demir, Nilgün Eroğlu, Mukaddes Kalyoncu
Karadeniz Tekik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Trabzon

Sekiz yaşında erkek hasta, iki aydır süren sağ dizinde ve sağ uyluğunda hareketle artan, geceleri uykudan uyandıran ağrı yakınması ile başvurdu. Hastada ateş, iştahsızlık, halsizlik, kilo kaybı ve gece terlemesi gibi konstitüsyonel bulguların olmadığı öğrenildi. Fizik incelemesinde eklem hareketleri serbest olup, şişlik ve kızarıklık yoktu. Akut faz reaktanları yüksek olan hastanın periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. Biyokimyasal incelemede laktik dehidrogenaz (LDH) yüksekliği dışında patolojik bulgu yoktu. Altta yatabilecek bakteriyel ve viral enfeksiyonlara yönelik serolojik testler negatifti. Tekrarlanan periferik yaymasında atipik hücre görülmemesine karşın, ağrısı devam eden hastanın, aralıklı bakılan LDH düzeylerinde giderek artış olması nedeni ile kemik iliği aspirasyonu yapıldı. İncelemeler sonucunda hasta, akut lenfoblastik lösemi tanısı aldı. Bu olguyu, eklem ağrısı ile başvuran hastalarda periferik yayma normal bile olsa, LDH düzeylerindeki yüksekliğin löseminin erken bulgusu olabileceğine dikkat çekmek amacı ile sunduk.

Anahtar Kelimeler: Artralji, laktik dehidrogenaz, lösemi

PP-213

Üveit ve Böbrek Fonksiyonlarında Bozulma ile Başvuran Hastalarda Ayırıcı Tanıda Düşünülmesi Gereken Hastalık (TINU sendromu)

Müferret Ergüven, Selin Yıldız, İsmet Düşmez, Emine Olcay Yasa, Cengiz Candan
S.B. Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Akut tübülointerstisyel nefrit ve üveit birlikteliğiyle seyreden (TİNU sendromu) nadir görülen bir hastalıktır. Patogenezi tam bilinememekle birlikte hem hücresel hem de humoral immün mekanizmaların rol aldığı otoimmün bir hastalık olduğu düşünülmektedir. Anterior üveit TİNU sendromu için tipik tanı koydurucu bir bulgudur. Göz bulguları genellikle da nefropatiden önce görülür. Fakat nadiren nefropati ile birlikte veya ondan sonra ortaya çıkabilir. Akut faz reaktanlarında yükselme görülen bu hastalık, kreatinin klirensinde azalma ve tübüler disfonksiyon ile seyreder.
TİNU sendromu genel olarak steroide iyi cevap veren bir hastalıktır. Böbrek hastalığının çocuklarda prognozu genellikle iyidir ancak üveitin tekrarladığı bildirilmektedir.Tedavisiz de iyileşme literatürde bildirilmiştir.

AMAÇ: Vakamız nadir görülmesi nedeniyle farkındalığı arttırmak amacıyla sunuldu.

OLGU: Onatlı yaşındaki erkek hasta, 10 gün önce gözdeki kızarıklık, bulanık görme nedeniyle göz hastalıkları uzmanı tarafından görülmüş olup anterior üveit ile tarafımıza yönlendirildi. Hikayesinde 2 yıl önce bir hafta süreyle gözde bulanık görme ve kızarıklık şikayetleri olmuş. Başvuru öncesi herhangi bir hastalık ve ilaç kullanma hikayesi olmayan hastamızın genel durumu iyi idi ve ateşi yoktu. Persantil değerleri normal olan hastamızın yapılan fizik muayenesinde göz bulguları dışında sistem muayeneler,i doğaldı.Yapılan tetkiklerinde. Hb:13gr/dl, WBC:9620K/uL, PLT:267000K/uL, Sedimantasyon:68mm/saat, TİT:Protein eser, hemoglobin eser, CRP:0.5 mg/dl, Üre:43mg/dl, kreatinin:1.68mg/dl, AST:17IU/L, ALT:14IU/L, Kreatin klirensi:58mL/min/1.73 m2 Akut fazları IgG:1962mg/dl, ANA:Negatif, Anti ds DNA:Negatif, C3c:131.4mg/dl, C4:24.4mg/dl Yapılan Renal USG:Her iki böbrekte boyut artışıyla birlikte ekojenite artışı ve hafif heterojen görünüm mevcut olarak raporlandı. Göz bulgularının (anterior üveit) yanında hafif proteinüri, azotemi, glomerüler filtrasyon hızında düşüklük ile birlikte akut faz reaktanları yüksek olan hastada TINU sendrom tanısı alarak steroid tedavisi başlandı.Göz bulguları bir hafta içinde tamamen düzelen hastada, 2.haftada böbrek fonksiyonları tedrici olarak düzeldi. Laboratuar bulguları düzelen hasta poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: TINU sendromu nadir rastlanan bir hastalıktır.Ancak ön üveit ile başvuran hastalarda idrar tetkikleri ve böbrek fonksiyonları araştırılmalı, nadir de olsa altta yatan bu hastalık bilinmeli, gerektiğinde steroid tedavisi başlanarak prognoza olumlu katkı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anterior üveit, böbrek fonksiyonlarında bozukluk, TINU sendromu

PP-214

Allerjik Cilt Hastalığı Olarak Tedavi Edilen Dermatomiyozit Olgusunda Sistemik Muayenenin Önemi

Müferret Ergüven, Emine Olcay Yasa ,Selin Yıldız,Miyase Hakbilen,Vefa Guliyeva
S.B. Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Dermatomyozit deri döküntüleriyle birlikte giden idiopatik kas inflamasyonudur. Dermatomiyozit nadir görülen hastalıklanndandır.İnflamatuar kas patolojisi, otoantikorların varlığı, diğer otoimınun hastalıklarla iliş¬kisi nedeniyle immunolojik bir hastalık olduğu düşünülür.Hastalık sinsi, ilerleyici, ağnsız ve simetrik bir proksimal kas güçsüzlüğü ile seyreder.Başlıca cilt bulguları, leylak renginde heliotrop raş, periorbital ödem, gottron papülleri, özellikle yüz ve boyunda olmak üzere fotosensitif eritematoz maküler erüpsiyonlardır.

AMAÇ: Hastalığın cilt bulgularının çok öne çıkması nedeniyle hastamızın altta yatan sinsi kas hastalığı hekimler tarafından kolayca atlanmıştır ve alerji tanısı ile altı ayı geçen bir süre gereksiz medikasyon hastaya uygulanmıştır.Bu olgumuzla dermatomyozit gibi ciddi inflamatuar bir kas hastalığının sadece cilt bulgularının değerlendirilip altta yatan kas güçsüzlüğünün hekimler tarafından farkedilemediğini, atlanabileceğini, sistemik fizik muayenenin önemini vurgulamak istedik.

OLGU: 16 yaşında kız hasta 6 ay önce başlayan her iki el sırtında ve yüzünde kızarıklık ve renk değişikliği olması üzerine dermatoloji kliniğine başvurmuş.Alerji tanısı alarak topikal tedavi başlanmış.Yüzündeki kızarıklıklar hafif azalmış fakat 2 ay sonra tekrar kızarıklıkların artması yaygın kas ve eklem ağrılarının olması üzerine polikliniğimize başvurmuş.Anamnezi derinleştirildiğinde hastanın saçını tararken dahi ellerinin yorulduğu ifade edildi. Genel durumu orta derecede olan, ateşi olmayan, tansiyon arteryel değerleri yaş ve cinsiyetine uygun olan hastanın boy ve kilo persantilleri normaldi.Özgeçmiş ve soygeçmişinde başka bir özelik yoktu.İnspeksiyonda yüzde, burun kökünde, boyunda rash, el distal falanksIar üzerinde Gottron papülleri mevcuttu.Fizik muayenesinde kas gücü 3/5 olarak tespit edilen hastanın Hb:13.1gr/dl WBC:8410K/uL, PLT:284.000K/uL, Sedimantasyon:62mm/h, AST:475mg/dl ALT:245mg/dl LDH:880mg/dl, CPK:16517IU/L, TİT:özellik saptanmadı.Fizik ve laboratuar bulguları ile dermatomyozit tanısı alan hastanın EMG'si dermatomiyozitle uyumlu olarak saptandı. Kas biyopsisi:Dermatomiyozit ile uyumlu görüldü.Hastaya pulse steroid (30mg/kg/gün,5doz) başlandı.Tedaviye dramatik yanıt alındı.Tedaviye metotreksat (20mg/m2/hafta) eklendi.Takip eden süre içerisinde hastanın kas kuvveti düzeldi.Hasta takibe gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Dermatomiyozit çocukluk çağının ciddi enflamatuar bir hastalığıdır.Hekimler tarafından sistemik muayenenin tam olarak yapılmamasından dolayı hastalık tanısının konulmasında zorlanılmakta ve cilt bulguları nedeniyle allerjik reaksiyonlar, egzema düşünülerek gereksiz tedaviler yapılmakta, esas tanı gecikmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dermatomiyozit, allerjik cilt hastalığı, sistemik muayen

PP-215

Eritema Nodosum İle Başvuran Streptekok Farenjiti Olgusu

Belen Ateş, Soner Sazak, Berna Hamilçıkan, Nil Kadriye Dölçel, Adem Karbuz, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Eritema nodosum derialtı dokunun inflamatuar hastalığı olup çocukluk döneminde nadir görülür. Genel populasyondaki sıklık; 2,7 /10.000 'dir Etyolojide enfeksiyonlar ve ilaçlar olabileceği gibi inflamatuar barsak hastalıkları, kollajen doku hastalıkları ve malignitelerin cilt bulgusu olarak da ortaya çıkabilmektedir. Olguların %55 'i ise idiopatiktir. Patogenezinde çeşitli antijenik uyaranların tetiklediği gecikmiş tipte aşırı duyarlılık reaksiyonu suçlanmaktadır. Klinik olarak gövde ya da ekstremitelerde ani başlayan, ağrili, hiperemik, sicak subkutan nodullerle kendisini gösterir. Eritema nodosumun tanısı klinik olarak konulmakta olup biyopsiye nadiren ihtiyaç duyulmaktadir. Tedavisi altta yatan sebebe göre olmalıdır. Çocuklarda eritema nodosumun sebebi olarak streptokok enfeksiyonları sıkça görülmektedir. Burada, eritema nodosum ile başvuran streptokok farenjiti olgusu sunulmuştur.

OLGU: 9 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan boğaz ağrısı, öksürük, 2 gün önce başlayan bacaklarda ağrılı döküntü şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinden 1 yıl önce de bacaklarda benzer döküntüler olduğu, 1 hafta içince kendiliğinden geçtiği öğrenildi. Fizik muayenesinde orofarenkste hiperemi, her iki tibia ön yüzünde noduler, hiperemik, basmakla solmayan, ağrılı lezyonlar tespit edildi. Hastaya yapılan tetkiklerde ASO 397 U/L ve sedimantasyon 40mm/st olarak yüksek saptandı. Boğaz kültüründe A grubu beta hemolitik streptokok üredi. Hastada streptokok farenjitine bağlı eritema nodosum düşünülerek, tek doz 1,2 milyon IU benzatin penisilin yapıldı. ibuprofen tedavisi başlanan hastanın, 48 saat sonra şiddetli ağrısınınnın devam etmesi üzerine 80 mg/kg/gün'den asetilsalisilik asit tedavisine geçildi. Asetilsalisilik asit tedavisine başlandıktan 48 saat sonra tedaviye yanıt alınamayan olgu, şiddetli olgu olarak değenlendirilip sistemik metilprednizolon tedavisine geçildi. Steroid tedavisinin ilk günü klinik yanıt alındı, lezyonlar geriledi. Olgu yatışının 6. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Eritema Nodosum yakınmasıyla başvuran çocuklarda ayırıcı tanıda streptokok enfeksiyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, eritema nodosum, streptokok

PP-216

Kawasaki Sendromu Düşünülen Bir Olguda Sistemik JİA Tanısı

Gizem Köşkdereli[1], Betül Sözeri[2], Burcu Karakayalı[3], İsmail İşlek[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bölümü, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Sistemik JIA ise en az 2 hafta süren,en az 3 gündür intermitant olan ≥39C ateş ile seyreder ve ateşe sıklıkla poliartikular artrit ve maküler bir döküntü eşlik eder.Tanı diğer hastalıkların dışlanması ile konur.Bu olguda ateş ve döküntü ile gelen ön planda Kawasaki Sendromu düşünülen ancak sistemik JIA tanısı konulan 7 aylık erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: 7 aylık erkek hasta 7 gün devam eden ateş ve eklemlerde şişlik nedeniyle yatırıldı.fizik bakıda ateş:38.9C ve vücutta yaygın eriematöz makülopapüler döküntü, diz eklemlerinde effüzyon vardı.Laboratuvar testlerinde akut faz yanıtları yüksek saptandı (BKH=:35.400 K/Ul CRP:20.4 mg/dl Sedim:95 mm/sa) Ayrıca anemi ve trombositozu vardır.Tam İdrar Tetkikinde özellik yoktu.Ekokardiyografisinde koroner arterlerde dilatasyon saptanması üzerine inkomplet Kawasaki Sendromu düşünülen olguya IVIG 2 gr/kg/gün ve ASA (80mg/kg/gün) başlandı. Ateşinin döküntünün devam etmesi üzerine Ferritin:1983 mg/Ml saptandı.Ön planda sistemik JIA ve MAS düşünüldü.Kemik İliği Aspirasyon Biyopsisinde malignite veya hemofagositoz lehine bulgu saptanmadı.Viral serolojisi negatif görüldü. İntravenöz metilprednizolon, ardından oral prednizon ile tedavisi sonrası ateşi düşen hastanın klinik ve laboratuvar bulgularının devam etmesi üzerine MAS düşünülerek siklosporin (2mg/kg/gün) başlandı ve IL-1 reseptör antagonisti Anakınra(5mg/kg/gün) tedavisi başlandı. Bu tedavi sonrası klinik bulgular ve akut faz reaktanlarında belirgin düşüş izlendi.Kontrol ferritin geriledi,kontrol ekokardiyografisinde koroner dilatasyonda artış saptanmadı.Yatışının 29. Günü genel durumu iyi, aktif şikayetleri gerileyen hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Sistemik JIA erken tanı konulup tedavi edilmediği takdirde ciddi bir morbidite sebebidir.Bu nedenle her zaman akılda tutulması gerekir.Sıklıkla Kawasaki sendromu,SLE,PAN gibi inflamatuar hastalıklar,viral hastalıklar lösemiler ile karışabilmektedir.Olguda öncelikle Kawasaki düşünülmüş ancak hasta IVIG,ASA ve STEROİD tedavisine yanıt vermemiştir.Diğer tanılar dışlanarak Sistemik JIA tanısı düşünülmüş ve tedaviye yanıt alınmıştır. Literatürde, Kawasaki Sendromu olarak takip edilen 6745 vakanın %0.2sine takip eden dönemde sistemik JIA tanısı konmuştur.Bu olgu ateş ve artrit ile gelen hastada diğer tanıların ekarte edilmesiyle sistemik JIA tanısı konulduğunu, ve sistemik JIAnın her zaman akılda tutulması gerektiğini vurgulamak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki, Sistemik JIA, Koroner Arter Dilatasyonu

PP-217

SLE Gibi Prezente Olup Aktinik Prurigo Tanısı Alan Hasta: Olgu Sunumu

Duygu Sömen Bayoğlu, Burcu Karakayalı, Zeynep Demircioğlu, İsmail İşlek, Betül Sözeri
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematozus(SLE),kronik otoimmün multisistemik bir hastalıktır. Çok değişken klinik ve labaratuar bulguları ile prezente olabilir. Ayırıcı tanısının iyi yapılması şarttır. Bu olgu sunumunda çocuk kliniğimize SLE ön tanısıyla interne edilen ve aktinik prurigo tanısı alan kız hasta sunulmuştur.

OLGU: 12 yaşında kız hasta yüzde ve gözde kızarıklık, ellerde ve kollarda kaşıntılı döküntüler ve eklem ağrıları şikayetleriyle çocuk romatoloji polikliniğimize başvurdu. Sistemik lupus eritematozus ve miks konnektif doku hastalığı ön tanılarıyla çocuk servisine interne edilen hastanın fizik muayenesinde yüzde ve burun ucunda erode rash, el üstünde eritemli skuamlı plaklar, sol elde parmaklarda erode plaklar mevcuttu ve skleralar hiperemikti. Yapılan tetkiklerinde,hemogram, biyokimyası normaldi.Sedim:20 mm/sa, crp:0,1 mg/dl,C3 ve C4 değerleri normal aralıkta, ANA ve AntidsDNA negatif saptandı. Batın ultrasonografisinde karaciğer üst sınırda bulundu. Ekokardiyografik inceleme normal idi. Hastada SLE ve miks konnektif doku hastalığı tanısından uzaklaşıldı. Göz bulguları göz bölümü tarafından vernal konjoktivit olarak değerlendirildi, oftalmik steroid ve antihistaminik damlalar başlandı,göz bulguları geriledi. Yapılan cilt biyopsisinde bulgular nonspesifik olarak yorumlandı immünfloresan değerlendirme sonucu negatif geldi. Dermatoloji bölümü tarafından fotokontakt dermatit?,Aktinik prurigo? ön tanıları düşünülerek yüze topikal hipokortizon, betametazon ve gentamisin, oral levosetirizin başlandı.Yatışı boyunca dış ortam ve güneş ışınlarından uzak kalan hastanın cilt lezyonları geriledi. Eklem ağrısı olmadı. Aktinik prurigo tanısı konan hasta dermatoloji ve çocuk allerji poliklinik takibi önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: SLE tanısı klinik ve labaratuar verileriyle konur. Kızlarda erkeklere nazaran 9 kat daha fazla görülür. ANA %98 oranında pozitif saptanır. Çocuklarda en sık tutulan sistemler deri,kas-iskelet ve böbreklerdir.Çocuk hastaların yaklaşık yarısında ilk tanıda malar raş bulunur. Bizim hastamızda da artralji, göz ve cilt bulguları olması üzerine ön planda SLE düşünüldü, fakat yapılan labaratuar incelemeleri ve cilt biyopsisi ile SLE tanısından uzaklaşıldı. Dermatoloji ve çocuk alerji bölümü tarafından aktinik prurigo düşünülen ve tedavisi düzenlenen hasta poliklinik takibine alındı. Belirti ve bulguları çok değişkenlik gösteren SLE'nin ayırıcı tanısı iyi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, aktinik prurigo, mukokutanöz bulgular

PP-218

Poststreptokoksik Reaktif Artritli Olgu Sunumu

Didem Öcal Topcu, Özlem Akgün, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Poststreptokoksik reaktif artrit(PSRA);A gurubu Beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası ortaya çıkan Akut Romatizmal Ateş'ten(ARA) farklı artrittir.PSRA, ARA'dan farklı olarak; geçirilmiş streptokok enfeksiyonu ile migratuar artrit başlangıcı arasındaki latent dönemin daha kısa olması(yaklaşık 1-2 hafta),artritin aspirin ve diğer NSAİİ'lara cevabının klasik ARA'daki dramatik yanıta göre zayıf olması, hastalarda kardite daha nadir rastlanması,artrit kliniğinin daha şiddetli olması, tenosinovit ve böbrek anormallikleri gibi eklem dışı bulguların daha sıklıkla rastlanması,ESR ve CRP gibi akut faz reaktanlarının ARA'dakinden daha düşük olma eğiliminde olması ile ARA'dan farklı bir klinik antite olarak tanımlanmıştır.

OLGU: 11 yaşında kız hasta sağ el bileğinde şişlik ve ısı artışı ile başvurdu.Anamnezinde eklem şikayetlerinin 5 gün önce başladığı ve bir hafta öncesinde ÜSYE öyküsü olduğu öğrenildi.Tetkiklerinde CRP:107 mg/dl,ESR:26 mm/h,ASO:1074 saptandı.EKG'de PR uzaması saptanan hastanın ekokardiyografisi normal saptandı. Karditsiz ARA ön tanısıyla benzatin penisilin 1,2 IU ve NSAİİ tedavisi başlanarak kontrole çağırıldı.Kontrole geldiğinde hastanın akut faz yanıtlarında artış saptandı.Uygun doz NSAİİ tedavisine rağmen sol diz ve ayak bileğinde artrit oluşmuştu.Hasta takip için interne edildi.Artrit ayırıcı tetkikleri gönderildi ve ibuprofen yerine 80 mg/kg ASA başlandı.Takibinde ateş yüksekliği olmayan ve genel durumu iyi olan hastanın eklem tutulum şiddeti arttı ve omuz eklem tutulumuda tabloya eklendi.Kontrol tetkiklerinde CRP,ESR,ASO titresi arttı.Enfeksiyoz artit nedenleri ayırıcı tanısı açısından gönderilen tetkiklerinde Mycoplasma IGM ve IGG pozitifliği haricinde anormallik saptanmadı.SLE ayırıcı tanısı için gönderilen ANA 1/80 granüler paternde pozitif,antidsDNA negatif saptandı.Hastaya çocuk romatoloji ile görüşülerek steroid başlanması planlandığı için malignite ve hemofagositik sendrom dışlamak açısından kemik iliği aspirasyonu yapıldı,anormallik saptanmadı.Hastaya 2 mg/kg steroid tedavisi başlanması sonrasında artrit bulgularında ciddi gerileme saptandı.Hasta çocuk romatoloji polikliniğinde takibe alındı ve steroid tedavisi tedricen azaltılarak kesildi.PSRA dışlanamadığı için benzatin penisilin profilaksisi almaya devam ediyor.

SONUÇ: PSRA,ARA 'nın Jones kriterlerini karşılamayan artritli hastalarda akıldan çıkarılmaması gereken bir klinik antitedir.PSRA 'da benzatin penisilin profilaksi süresi tartışmalı olmakla birlikte başlanıp devamına izlemde karar verilmesi yaygın bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelimeler: ARA, Artrit, Benzatin penisilin

PP-219

Akut İnfantil Hemorajik Ödem

Yakup Karakurt, Ruhsar Erdoğmuş, Muhammed Nurullah Yakut, Ozan Özkaya, Sibel Perkin
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Akut hemorajik infantil ödem (AİHÖ), genellikle iki yaş altı çocuklarda görülen, nedeni bilinmeyen, selim seyirli nadir bir kutanöz lökositoklastik vaskülittir. Genellikle yüzde ve ekstremitelerin distalinde ödem ve hemorajik papüller olması nedeniyle meningokoksemi ve purpura fulminans gibi ağır seyirli hastalıklarla karışabilmektedir. Genellikle tedavisiz düzelmekle beraber skrotum tutulumu olan hastalarda steroid verilmesi önerilmektedir. Burada akut infantil hemorajik ödem tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

OLGU: 8 aylık erkek hasta, yaklaşık iki hafta önce başlayan ateş, burun akıntısı ve öksürük nedeniyle kullanmakta olduğu antibiyotik tedavisi sonrası ellerinde, ayaklarında ve yüzünde döküntüleri olması nedeniyle başvurdu.Fizik muayenede ateşi olmayan hastanın yüz ve ekstremitelerinin distal kısımlarında ödemli ve birleşmeye eğilimli, basmakla solmayan kenarı soluk, hedef tahtası şeklinde purpurik papül ve krutlanmış plakları, ayrıca konjonktivada ve oral mukozada birkaç adet peteşi bulunmaktaydı. Laboratuvar incelemelerinde, tam kan sayımında lökosit; 7600 /mm3 hemoglobin;11,2 mg/dl, trombosit sayısı; 256000 /mm3, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normal, C- reaktif protein; 3 mg/L, sedimantasyon;12 mg/L PT: 12 sn, APTT: 32 saptandı.Tam idrar tetkiki normal olan hastanın gaitada gizli kan pozitif saptanması üzerine batın ultrasonografisi yapıldı, patoloji saptanmadı. Hastaya gaitada gizli kan pozitif olması ve skrotumunda da ödem gelişmesi üzerine steroid tedavisi verildi ve bulguları geriledi.

SONUÇ: Purpurik döküntü ve ödem ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında selim seyirli bir hastalık olan AİHÖ de akılda tutulmalıdır, mukoza tutulumu olan ağır olgularda steroid tedavisi komplikasyon gelişimini önleyebilir.

Anahtar Kelimeler: steroid, hemorajik ödem

PP-220

Bel Ağrısı ile Başvuran Çocuk Hastanın Ayırıcı Tanısında Araştırılması Gereken Nadir Klinik Durum: Bertolotti Sendromu

Müferret Ergüven, Fatih Çiçek, Şadiye Tüteröz
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Bertolotti Sendromu lumbal vertebraların sakralizasyonu ve skolyoz ile giden bir sendromdur. İlk defa 1917 yılında M.Bertolotti tarafından tanımlanmıştır. En sık görülen lumbosakral malformasyonlar, lumbosakral transizyonel vertebra ve spina bifida occultadır. Lumbosakral transizyonel vertebra, en alt lomber vertebra ve sakrum arasındaki transvers çıkıntının normalden büyük olup, sakrum veya ilium ile yalancı eklem ve/veya füsyon oluşturur biçimde görülen klinik tablodur.Tanıda MR,BT, Ferguson grafileri kullanılarak 4 ayrı radyolojik tipi sınıflandırılmıştır.

AMAÇ: Bertolotti Sendromu ileri yaşlarda klinik bulgu veren sakralizasyon, skolyoz ile karakterize bir sendromdur. Literatürde hayatın ilk ve ikinci on yıllarında bulgu veren vaka sayısının az olması nedeniyle olgumuz sunuldu.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta kliniğimize her iki skapulaya yayılan ağrı ve lumbalji ile başvurdu. Persantil değerleri normal olup, genel durumu iyi olan hastanın özgeçmişinde bu şikayetlerinin 12 yaşındayken başladığı, çeşitli merkezlere gittiği öğrenildi. Soygeçmişinde büyük dede de erken yaşlarda kamburluk olduğu,ankilozan spondilit düşünülmediği öğrenildi. Sürekli bel ve sırt ağrıları tarifleyen hastanın fizik muayenesinde kifozunun ve skolyozunun olduğu tespit edildi. Laboratuar tetkiklerinde lökosit:8,01 K/uL, hemoglobin:16,1 gr/dl, plt:228000K/uL, CRP:<0,2 mg/dl, sedimantasyon:6 mm/saat, idrar tetkikinde patoloji saptanmadı,biyokimyasal parametreleri normaldi. Ayırıcı tanı amaçlı yapılan tetkiklerinde RF<1, ANA,HLA B27 ve diğer romatolojik değerleri negatif sonuçlandı. MR tetkiklerinde servikal,lumbal,spinal MR'ları normal olup, torakal MR'da kifoz artmış, alt torakal düzeyde skolyotik açılanma izlendi. Lumbosakral MR'da lumbosakral vertebrada tip 2a transizyonel vertebra görünümü mevcuttur. Bu düzeyde L5 sağ transvers processi belirgin hipertrofik olup sağ sakral kanat ile psödoartroz oluşturmaktadır. Psödoartroz, eklem düzeyinde düzensizlik ve kemikte fokal ödem sinyali mevcut olup bulgular Bertolotti Sendromu ile uyumludur şeklinde raporlandı. Bertolotti sendromu tanısı alan hastamıza NSAİD ve miyorelaksan tedavi başlanarak takibe alındı.

SONUÇ: Lumbosakral bileşke anomalileri tamamen asemptomatik seyredebileceği gibi bel ve sırt ağrıları ile romatizmal bir hastalığı taklit ederek yaşam kalitesini olumsuz etkileyebilir.Uzun süre bel ağrısı ile başvuran çocuk hastalarda çok nadir görülse de lumbosakral bileşke anomalileri araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bel ağrısı, Bertolotti Sendromu, lumbosakral transizyonel vertebra

PP-221

Dirençli Kawasaki Olgularında Tedavi Seçenekleri

Duygu Sömen Bayoğlu, Burcu Karakayalı, Aysel Mecidova, Betül Sözeri, İsmail İşlek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Kawasaki hastalığı çocuklarda en sık görülen ikinci vaskülit nedenidir.Koroner arter anevrizması ve ani ölüme yol açması nedeniyle zamanında tanınıp tedavisinin yapılması çok önemlidir. IVIG tedavisiyle koroner hastalık gelişme riski azalmaktadır.Ancak yaklaşık % 10-15 vakada IVIG direnci görülmektedir. Biz de IVIG direnci görülen 3 olgumuzu sunduk.

OLGU 1: 6 aylık kız hasta 10 gün önce başlayan ateş, döküntü şikayetiyle polikliniğimize getirildi. F.Mde el ve ayak sırtlarında ödem, vücutta makülopapüler döküntü,dudaklarda ragadlar,bilateral konjuktivit mevcuttu. Yapılan EKO'sunda:Sol koroner arterde genişleme saptandı. Hastaya 2 gr/kgdan IVIG verildi ve aspirin başlandı,4.gün yapılan kontrol EKO'sunda koroner arter dilatasyonunda artış ve sıvama tarzında perikardiyal efüzyon saptanması üzerine hastaya tekrar 2 gr/ kgdan IVIG uygulandı,metilprednisolon başlandı.Yatışının 17. günü hasta taburcu edildi. Yapılan son EKO'sunda koroner arter çaplarının normale döndüğü saptandı.

OLGU 2:15 aylık kız hasta 5 gündür devam eden ateş nedeniyle acile başvurdu.F.M.de konjuktivit,parmaklarda soyulma,servikal lenfadenopati,dudaklarda hiperemi saptandı.Yapılan EKO' sunda koroner dilatasyon mevcuttu.2 gr/kgdan IVIG ve aspirin başlandı. Takipte ateşleri devam eden hastaya 3. gün tekrar 2gr/ kgdan IVIG yapıldı.Hasta 7.gün taburcu edildi.Ayaktan yapılan son Eko'sunda koroner arter çapları normal olarak değerlendirildi.

OLGU 3: 1 yaşında kız hasta 9 gündür devam eden ateş, döküntü, gözlerde kızarıklık şikayeti ile polikliniğe getirildi.F.M.de makulopapüler döküntü, submandibular lenfadenopati, ağız çevresinde kuruluk, konjonktiviti saptanan hastanın EKO' sunda sıvama tarzında perikardial efüzyon görüldü.Hastaya 2 gr/kg dan IVIG verildi ve aspirin başlandı.Yatışının 7.günü akut faz reaktanlarında düşüş olmayan, subfebril ateşi olan hastaya 2.doz İVİG ve metilprednisolon başlandı.Yatışının 22. günü hasta taburcu edildi. Kontrol polikliniğinde yapılan EKO'da patoloji saptanmadı.

TARTIŞMA: Kawasaki hastalığının tedavisinde 2 gr/kgdan IVIG verilir.IVIG yanıtsızlığı olan hastalarda koroner arter anevrizma riski daha yüksektir.Bu vakalarda 2. doz IVIG verilebilir. Hastaların yaklaşık 1/3'ünün 2. doz IVIG'e de yanıtsız olduğu gözlenmiştir. Bu hastalarda steroid ve immunsupresifler kullanılabilir. Steroidlerin Kawasaki hastalığında sitokinler üzerinden etki yaparak semptomları(özellikle ateş)azalttığı,akut faz reaktanlarını daha çabuk düşürdüğü gözlenmektedir.Uzamış semptomları olan ya da akut faz reaktanları yüksek seyreden IVIG dirençli vakalarda tedaviye steroid eklemenin gözönünde bulundurulması gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Dirençli Kawasaki, İntravenöz immünglobulin, steroid

PP-222

Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nden Takipli 0-2 Yaş Çocuklarda Bedensel Ve Nöromotor Gelişimin Karşılaştırılması

Betül Bulakçı[1], Seçil Günher Arıca[1], Mehmet Taşkın Egici[2]
[1]Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul
[2]Beyoğlu Kamu Hastaneler Birliği Tıbbi Hizmetler Başkanlığı, İstanbul

GİRİŞ: Nöromotor gelişim anne karnında başlayan ve erişkin yaşa kadar devam eden bir süreçtir. Basamakları tüm çocuklarda aynı olup, hızı çocuktan çocuğa değişebilmektedir. Genetik ve çevresel çok sayıda faktör nöromotor gelişimi etkileyebilmektedir. Biz de bedensel büyüme ve nöromotor gelişim arasında nasıl bir ilişki olduğunu, her iki gelişim parametresi arasında anlamlı bir ilişki olup olmadığını araştırmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmamıza Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Hürriyet Eğitim Aile Sağlığı Merkezi'nden takipli olan 0-2 yaş arası, ek hastalığı olmayan 86 çocuk dahil edildi. Kayıtlara EASM'de kullanılan veri sisteminden ulaşıldı. Veriler SPSS 21.0 istatistik programında değerlendirildi. Tanımlayıcı istatistikler için yüzde hesabı, karşılaştırmalar için kikare testi kullanıldı.

BULGULAR: Çocukların yaş ortalaması 9,8 ± 5,9 ay (min:1-maks:20) olup %40,7'si kızdı. Ses ve ışığa tepki verme ayı ortalaması 1,52 ± 1 ay, baş tutma ay ortalaması 3 ± 0,3 ay, oturma ayı ortalaması 8,6 ± 0,5 ay, yürüme ayı ortalaması 13,2 ± 2 ay, ek gıdaya başlangıç ayı ortalaması ise 4,9 ± 2,1 aydı. Çocukların sese ve ışığa tepki verme, baş tutma, oturma, yürüme gibi nörolojik gelişim basamaklarına ulaştıkları aydaki boy, kilo ve baş çevresi persantilleri hesaplanıp karşılaştırıldı. Arada istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmadı (p>0,05). Fazla kilolu ve obez bebeklerin yürümeye başlama yaşı ortalaması 12,5 ± 1,6 ay iken, obez olmayanlarınki 14,5 ± 2,6 aydı. Aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p:0,045).

SONUÇ: Çocukların nöromotor gelişimi genetik ve çevresel birçok faktöre bağlıdır. Az sayıda ve yalnızca sağlıklı olan çocukların dahil edildiği çalışmamızda bedensel büyüme ve nöromotor gelişim arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptayamadık. Literatürde fazla kilolu ve obez bebeklerin daha geç yürüdüğünün belirtilmesine karşın bizim daha erken yürüdüklerini saptamış olmamız ise çocukların cinsiyeti gibi genetik faktörlerden, beslenme-aile tutumu gibi çevresel faktörlerden ya da çalışmamızın kısıtlılıklarından kaynaklanmış olabilir. Bu hususta geniş çaplı epidemiyolojik çalışmaların yapılması daha net verilere ulaşılmasına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: bedensel gelişim, çocuk, nöromotor gelişim

PP-223

Davranış Bozukluklarında Biyokimyasal Parametrelerin Rolü: Retrospektif Bir Çalışma

Selda Fatma Bülbül, Uğur Can Kara, Sevda Akkuş
Kırıkkale Üniversitesi, Sosyal Pediatri ve Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, Kırıkkale

GİRİŞ-AMAÇ: Davranış bozukluğu, 18 yaş öncesi çocuk ve ergenlerin yaklaşık %4'ünde gözlenen bir bozukluktur. Çocukların sağlık izlemi sırasında davranışsal açıdan değerlendirilmeleri önemlidir. Bu çalışmada bir üniversite hastanesinin Sosyal Pediatri ve Çocuk Metabolizma polikliniğine başvuran ve davranış bozukluğu olan çocukların biyokimyasal parametrelerini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Kırıkkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Sosyal Pediatri ve Çocuk Metabolizma polikliniğinde Ekim 2015 ile Ekim 2016 tarihleri arasında ilk kez muayene edilmiş olan 1193 hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirmeye alındı. Hastalar başvuru şikayetlerine göre (davranış bozuklukları, sağlam çocuk, metabolik hastalıklar…) 12 alt gruba ayrıldı. Gruplar arası biyokimyasal parametreler karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 1193 hastanın 591'i (%49,5) kız,599'u (%50,2) erkek; yaş ortalamaları 80 aydır. Davranış bozukluğu olan (n=33) ve olmayan (n=947) hastaların vitamin B12, vitamin A, vitamin E, vitamin D, folik asit, kalsiyum, çinko, bakır, hemoglobin ve MCV düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Davranış bozukluğu olan hastalar; beslenme durumu (normal, malnutre, fazla tartılı), yaş ve cinsiyete göre karşılaştırıldı. Yapılan istatistiksel incelmede, davranış bozukluğu alt grubundaki hastalarda; yaş ile vitamin B12 (p:0,004) ve yaş ile folik asit (p<0,001) düzeyleri arasında negatif korelasyon tespit edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuklarda davranış bozukluklarının organik bir temelinin olup olmadığının araştırılması, eşlik eden sistemik hastalık olup olmadığı, hastalık tanısının konmasında önemli aşamalardan biridir. Bu anlamda rutin biyokimya testleri çok büyük anlam taşır. Hastalıkların tedavi öncesi ve sonrasının takibinde de önem teşkil etmektedir. Çalışmamızda evren ve örneklem seçimine bağlı sınırlı istatistiksel anlamlılık elde edilmiş olmasına rağmen; davranış bozukluğu sergileyen çocuklarda biyokimyasal parametrelerin önemini araştıran ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: biyokimyasal parametreler, davranış bozuklukları, sosyal pediatri

PP-224

Rotavirüs Gastroenteritli Çocuk Hastalarda Serum Transaminaz Düzeylerinde Artış

Seher Erdoğan, Ahmet Sami Yazar, Umut Durak, Şirin Güven, Sevgi Akova, İsmail İşlek
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmayı yapmaktaki amacımız rotavirüs akut gastroenteriti ile mean platelet volume, serum alanine aminotransferase, aspartate aminotransferase değerleri ve diare skoru arasında ilişkiyi değerlendirmektir.

MATERYAL-METOD: Ocak-Temmuz 2016 tarihleri arasında gastroenterit tanısı alan ve hidrasyon amacıyla hastaneye yatırılan 1 ay-16 yaş arası çocuk hastalar çalışmaya alındı. Rotavirüs pozitif gastroenteriti olan hastalar RPGE, rotavirus negatif gastroenteriti olan hastalar RNGE ve basit cerrahi prosedür için çocuk cerrahisi servisine yatırılan hastalar ise kontrol grubu olarak değerlendirildi.

BULGULAR: RPGE grubundaki hastaların AST ve ALT ortalamaları, RNGE ve kontrol gruplarının ortalamalarından daha yüksek bulundu(p:0.001; p<0.05). RPGE grubundaki olguların 21'inde (%52.5) sadece AST yüksekliği görülürken, 7'sinde (%17.5) hem AST hem de ALT yüksekliği vardı. RNGE grubundaki olguların ise 9'unda (%15) sadece AST yüksekliği görülürken, 4'ünde (%6.7) hem AST hem de ALT yüksekliği bir arada idi. RPGE ve RNGE grubundaki hastaların CRP ve WBC değerleri, kontrol gruplarındaki hastaların değerlerinden daha yüksek bulundu(p<0.05). RPGE ve RNGE grupları arasında anlamlı bir farklılık yoktu (p>0.05). Gruplar arasında PCT, MPV ve PLT değerleri açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı (p>0.05). RPGE grubundaki hastaların skor ortalamaları, RNGE grubunun ortalamalarından anlamlı daha yüksekti(p:0.001; p<0.05).Gastroenterit skor düzeyi ile PLT, AST ve ALT düzeyleri arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulundu (p<0.05).

SONUÇ: Bu çalışma ile rotavirüs gastroenteritlerinin serum transaminaz artışı ile ilişkili olduğunu saptadık ve transaminaz yüksekliği olan akut gastroenteritli çocuk hastalarda rotavirüs enfeksiyonunun hatırlanması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Rotavirüs, Gastroenterit, Aspartat aminotransferaz, Alanin aminotransferaz

PP-225

3-Hidroksi-3-Metil Glutaril CoA Liyaz Eksikliği Olan Bir Olgu Sunumu

Süleyman Bayraktar[1], Melike Ersoy[2], Bilge Tanyeri Bayraktar[3], Murat Elevli[1]
[1]Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[3]Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

3-Hidroksi-3-Metilglutarik asiduri, 3-Hidroksi-3-metil glutaril CoA liyaz eksikliği nedeniyle oluşan, genellikle süt çocukluğu döneminde kusma, hipotoni, metabolik asidoz, hipoglisemi ile bulgu veren nadir bir lösin metabolizma hastalığıdır. Metabolik ataklar arasında hastalar asemptomatik olmakla birlikte enfeksiyonlar ve açlık tetikleyici rol oynar. Aralarında akrabalık olan anne babadan doğan 6 aylık kız hasta dış merkeze hırıltı ve kusma şikayetiyle başvurmuştu. Hipoglisemik bulunan hastaya sıvı tedavisi uygulandıktan sonra hastanemize sevk edilmişti. Geliş muayenesinde genel durumu kötü ve asidotik solunumu mevcuttu. Solunum sayısı 48/dk, nabız 152/dk, vücut ısısı 36,8°C bulundu. Fizik muayenesinde 4cm kadar ele gelen hepatomegalisi dışında patolojik bulgu tespit edilemedi. Laboratuvar bulgularından hemogramı normal, kan biyokimyasında glikoz 82mg/dl, alanin aminotransferaz 474 IU/L, aspartat aminotransferaz 1210IU/L, amonyak 352,3mcg/dl bulunurken elektrolit ve böbrek fonksiyonları normal bulundu. Kan gazında ise pH:7,20 pCO2:24,4 HCO:11,1 bulundu. Gönderilen metabolik tarama tetkikleri sonucuna göre hastaya 3-Hidroksi-3-metil glutaril CoA liyaz eksikliği tanısı kondu. Düşük proteinli diyet, oral karnitin ve biotin tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Bu vaka ile metabolik asidoz ve hipoglisemi ile başvuran, akraba evliliği olan olgularda metabolik hastalıkların da akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: HMG - CoA liyaz eksikliği, metabolik asidoz, hipoglisemi, metabolik hastalık

PP-226

Guillan-Barre Sendromu Olgu Sunumu

Fatoş Çirkin Melik, Arzu Oto
Gaziantep Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıları Anabilim Dalı, Gaziantep

Guillan-Barre Sendromu altta yatan patogenezi tam olarak bilinmeyen periferik ve kranial sinirlerin akut demiyelizan, inflamatuar bir hastalığıdır. Guillain Barre Sendromu (GBS), sıklıkla hızlı progresif, asendan, simetrik güçsüzlük ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuar bir polinöropatidir. Bacaklardan başlayıp yukarı doğru simetrik olarak ilerleyen motor güçsüzlük, tendon reflekslerinin negatif olması, bulber ve otonom tutulum olması temel özelliğidir. Bos'ta albüminositolojık dissosiasyon varlığı ve EMG de ileti yavaşlaması ve/veya durması tanıyı güçlendiren bulgulardır. Tedavi temelini optimal yoğun bakım şartlarının sağlanması, uygun monitorizasyon, destek tedavi yanında plazmaferez ve ıntravenöz immunglobulin uygulaması oluşturmaktadır. Biz burada gözden kaçmış olan quadriparejik, standart IVIG tedavisine yanıtsız olan; plazmaferez ve IVIG tedavisini fermuar yöntemiyle beraber uyguladığımız hafif nörolojik sekelle iyileşen olgumuzu paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Guillan-Barre, İntravenöz İmmunglobulin, Plazmaferez

PP-227

HSV Ensefalitine Sekonder NMDA Reseptör Antikorlu Otoimmun Ensefalit

Maharram İmanlı[1], Vagif Samadli[1], Mehmet Arda Kılınç[2], Bülent Karapınar[2]
[1]Ege Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

23 aylık erkek olgu kliniğimize ateş, kusma,bilinçte dalgalanma şikayetleri ile başvurduğunda HSV ensefaliti düşünülerek Kraniyal MRG çekilmiş, Lomber ponksiyon yapılmış. HSV ensefalit tanısı PCR ve MRG bulguları ile konulmuştur. Uygun antiviral ve destek tedavileri başlanmasına rağmen otonomik disfonksiyonları, nöbetleri, dirençli hiponatremileri gelişince olgu Kraniyal BT ile değerlendirilmiş ve hastada beyin ödemi saptanarak antiödem tedavisi verildi.Takipte beyin ödemi gerileyen olgunun otonomik disfonksiyonlarının gerilememesi üzerine otoimmun ensefalit olabileceği düşünülerek hastadan NMDA reseptör otoantikorları yollandı. olgunun reseptör antikorları pozitif gelince hastaya hsv ensafalitine sekonder nmda reseptör otoantikoru pozitif otoimmun ensefalit tanısı konularak çocuk nöroloji servisine devredildi. Bu olguyu nadir görülmesi ve hsv'ye bağlı ensefalitinin etkin tedaviye rağmen otoimmun ensefalite dönebileceğini göstermek için paylaştık.

Anahtar Kelimeler: ensefalit, otonomik disfonksiyon,nmda antikoru

PP-229

Acil Lökoferez Uygulaması

Vagif Samadli[1], Maharram İmanlı[1], Mehmet Arda Kılınç[2], Bülent Karapınar[2]
[1]Ege Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, İzmir
[2]Ege Üniversitesi, Pediatri Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İzmir

1 yaşında olgu dış merkeze solukluk,halsizlik ve beslenme isteksizliği ile başvurduğunda 850.000 beyaz küresi saptanınca tarafımıza yönlendirildi. Acil servisteki ilk değerlendirmesinde bilincinin açık olduğu, karaciğeri 3 cm kot altı ele geldiği, inguinal ve aksiller bölgesinde çoklu konglomere lenfadenopatileri saptanınca yapılan periferik yaymasında lökoz saptanan olgu lökoferez amacıyla çocuk yoğun bakıma yatırıldı. Olgu yoğun bakıma alındıktan sonra aileye bilgi verilerek yapılacak işlemler anlatıldı.Hasta öncelikle entübe edildi.Solunum yolu güvenliği sağlandıktan sonra hem venöz kateteri ve lökoferez için kateter takıldı.Hasta sedasyon işlemi almışken eş zamanlı ıntratekal tedavileri başlandı.İlk kür lökoferez ile hastanın beyaz küresi 850000' den 420000'e inerken hasta işlem sonrası extübe edildi. Bir gün sonra lökoferez işlemi tekrarlandı, beyaz küre sayısı 175000'e indirilip hastada her hangi bir elektrolit problemi yada kardiyak ritm sorunu gözlenmedi.Lökoferez işlemi sonlandırıldı, sitoredüksiyon rejimi ile hastanın beyaz küre sayısı 48 saatte 60.000 civarına indirildi. Hasta medikal tedavisinin devamı için hemotoloji servisine devredildi. Bu olguyu lökoferez işleminin hangi durumlarda uygulanması gerektiği ve hayat kurtarıcı bir tedavi modalitesi olduğunu hatırlatmak için paylaştık.

Anahtar Kelimeler: lösemi, lökoferez, hematolojik acil

PP-230

Ensefalopati Tablosu İle Başvuran Amitriptilin Zehirlenmesi Olgusu

Nurgül Karakaya, Ayşe Tolunay Oflu, Ayşegül Bükülmez, Tolga Altuğ Şen, Ayhan Pektaş
Afyon Kocatepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Afyon

GİRİŞ: Özkıyım amaçla ilaç alan ergenlik dönemindeki hastalar farklı klinik bulgularla çocuk acil polikliniklerine başvurabilmektedir. Bu sunumda bilinci kapalı şekilde çocuk acile başvuran takibinde özkıyım amaçla amitriptilin hidroklorür alımı öyküsü olduğu anlaşılan 16 yaşında kız olgu sunuldu.

OLGU: Bilinci kapalı olarak ilçe devlet hastanesinden çocuk acil polikliniğine sevk edilen 16 yaşında kız olgunun öyküsünden daha önce tamamen sağlıklı olduğu, arkadaşıyla okul servisinde giderken bilincini kaybettiği ve hastaneye götürüldüğü oradan da tarafımıza sevk edildiği öğrenildi. Ailesi ve arkadaşları tarafından kafa travması, madde bağımlılığı ve ilaç kullanım öyküsü verilmedi. Fizik muayenesinde sadece ağrılı uyarana yanıtı olan hastanın Glaskow Koma Skoru 7 idi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde patolojik bulgu yoktu. Beyin bilgisayarlı tomografi ve beyin difüzyon manyetik rezonans görüntüleme tetkikleri normal idi. Olgu ensefalit ön tanısı ile yoğun bakım servisinde izleme alınarak ampirik olarak seftriakson + asiklovir tedavisi başlandı. Takibinin 48. saatinde bilinci tamamen açılan olgunun öyküsü tekrar sorgulandığında özkıyım amaçla toplam 400 mg dozunda amitriptilin aldığı öğrenildi. Amitiriptilin intoksikasyouna bağlı ensefalopati düşünülerek antibiyotik tedavisi kesildi. zehir danışma merkezi (114) ile görüşülüp ilacın yarılanma süresi göz önünde bulundurularak yapılan yasal takip süresinde komplikasyon gelişmeden çocuk ve ergen ruh sağlığı ve hastalıkları bölümüne konsülte edilerek ayaktan kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Bilinci kapalı olarak başvuran olgularda etiyoloji incelemesi yaparken öykü alırken zorluklarla karşılaşılabileceğinden özkıyım amaçla ilaç kullanımı olabileceği akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Amitriptilin, özkıyım, bilinç kapalılığı, zehirlenme

PP-231

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Yatan Bebeklerin Anneleri İçin Düzenlenen Anne Oteli: SBÜ Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Örneği

Halime Dervişoğlu, Hacer Özkul Özel, Semra Koç, Dilek Özdemir Ürkmez, Leman Çevik Çelik, Sevgi Demiray, Melek Koçer, Özlem Kartin, Ali Akkaya, Berna Gümüşoğlu Akşahin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeği olan ebeveynlerin yaşadıkları güçlükleri tanımlamaya yönelik yapılan araştırmalarda çeşitli gereksinimleri olduğu, ebeveynlerin bebekle sürdürmeleri gereken etkileşim sürecinin devam etmesi gerektiği bildirilmiştir. Bununla birlikte anne, anne sütü verebilmek için 2 saatte bir sağlık tesisine bebeğini emzirmeye gitmek zorunda kalabildiğinden, şehir dışından geldiyse ve kalacak yeri olmaması durumunda sağlık tesisinin koridorlarında ya da bahçesinde beklemek durumunda kaldığından hem psikolojik hem de fizyolojik açıdan yıpranmaktadır. Bu sebeple 16.04.2008 tarihli ve 2008/29 sayılı Sağlık Bakanlığı Genelgesi gereğince gebe ve annelerin sağlık tesisi içinde kalabilecekleri anne otelleri oluşturulması süreci başlatılmıştır.

AMAÇ: Araştırma, SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde yatan bebeklerin anneleri için düzenlenen anne oteli sürecinin irdelenmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, Şubat 2013-Aralık 2016 tarihleri arasında anne oteliyle ilgili verilerin retrospektif olarak değerlendirmesiyle ele alınmıştır. Veriler, bilgisayar ortamında SPSS 18.0 paket programında; yüzdelik dağılım, ortalama ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Anne oteli 15.02.2013 tarihinde hizmete açılmıştır. Anne otelinde; 2 yatak, kıyafet dolabı ve komodin, tuvalet ve banyo bulunmakta, annelere günde 3 öğün yemek verilmekte, anne otellerinde kalan annelere hemşireler tarafından; emzirme, aile planlaması, genel bebek bakımı, kişisel hijyen, ilkyardım vb. konularda günün belirli saatlerinde düzenli olarak eğitimler verilmektedir. 2013 Şubat-2013 Aralık ayları arasında n=175 anne, 2014 yılında n=239 anne, 2015 yılında n=228 anne, 2016 yılında n=169 anne otelde kalmıştır. 2013 yılında n=278 anne, 2014 yılında n=403 anne, 2015 yılında n=294 anne, 2016 yılında n=278 anne otelde kalmak istediğini bildirmiştir. Anne oteli yatak doluluk oranı 2014 yılında %82, 2015 yılında %84, 2016 yılında %76'dır. Anne oteli ortalama kalış günü 2014 yılında 2.5±4.15 gün, 2015 yılında 2.9±3.15, 2016 yılında 3.0±4.12'dir. SONUÇ: Kurumda anne oteli süreci başarıyla sürdürülmektedir. Annelerin bebekleriyle etkileşimi ve sürekli anne sütünden yararlanabilmeleri açısından büyük önem taşıyan anne otelini yüksek sayıda anne kullanmak istemektedir. Yeni hastane projesiyle daha çok sayıda anneye hizmet vermesi planlanmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Anne Oteli, Hemşire, Yenidoğan, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

PP-232

Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Bebeği Yatan Annelere Verilen Eğitimlerin İncelenmesi

Halime Dervişoğlu, Hacer Özkul Özel, Dilek Özdemir Ürkmez, Semra Koç, Leman Çevik, Sevgi Demiray, Melek Koçer, Zahide Cebeci, Evrim Çeliker Yapıcı, Avidan Kızılelma Yiğit
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Araştırma, bir eğitim ve araştırma hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin annelerine verilen eğitimlerin incelenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir.

YÖNTEM: Tanımlayıcı tipte yapılan çalışma, Ekim 2006-Aralık 2016 tarihleri arasında annelere verilen eğitimlerle ilgili verilerin retrospektif olarak incelenmesiyle gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: Bir eğitim ve araştırma hastanesi yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin annelerine yenidoğan yoğun bakım hemşireleri tarafından anneyle görüşme sonrasında rutin olarak; hastane ve servis hakkında bilgi, hasta ve ailesinin uyması gereken kurallar, anne sütü hakkında bilgi, emzirme tekniği, süresi, pozisyonları, kolostrum, olgun süt, ön süt, son süt, anne sütünü artıran azaltan faktörler, sütün yetme durumu, meme problemleri ve çözümleri, sütün saklanması sağılması, ısıtılması, taşınması, yenidoğan bebeğin gelen bakımı, ek gıdaya başlama ve beslenme, aşılar, aile planlaması, kişisel hijyen ve sigara vb. eğitimler verilmektedir. Annenin gereksinimine göre eğitimlerin önceliği, sıralaması ve süresi değişmektedir. Eğitimler yenidoğan yoğun bakım ünitesinde bebeğin hemşiresi tarafından verilmektedir. Emzirme eğitimleri anneye demostrasyon yöntemiyle anlatılmakta, annenin uygulaması Anne Eğitimi Değerlendirme Formu'na göre değerlendirilmesi sağlanmaktadır. Ekim 2006-Aralık 2016 tarihleri arasında 6215 anneye eğitim verilmiştir. Eğitimler ortalama 45 dakika sürmüştür.

SONUÇ: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan bebeklerin annelerine verilen eğitimlerin anne ve bebekler açısından önemli olduğu, eğitimlerin niteliğinin artarak devam etmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Anne Eğitimi, Hasta ve Ailesi Eğitimi, Hemşirelik, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

PP-233

Künt Travmaya Bağlı Nadir Bir Olgu: İzole İleum Perforasyonu

Bünyamin Güney[1], Nevin Kiliç[1], Serpil Sancar[2], Emre Baldan[1], Murat Tutanç[1]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalığı ve Sağlığı Bölümü, Bursa
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Bölümü, Bursa

İleumun yerleşimi genellikle retroperitoneal olduğundan travmaya maruziyeti enderdir. Bununla beraber ileumdaki oluşabilecek hasar ciddi sonuçlar doğurabilmektedir.İleal perforasyon nadiren künt batın travmalarından sonra oluşmaktadır. Künt batın travmasından sonra erişkin yaşta daha nadir görülmesine rağmen çocukluk yaşında ileal perforasyon diğer barsak bölümlerine göre sık oluşabilmektedir. Künt travmaya bağlı ince bağırsak yaralanmalarında klinik bulguların ortaya çıkması zaman alabileceğinden dolayı, ilk muayeneler normal olabilir. Görüntüleme yöntemleri ile tanı konulmayabilir. Bu durum tanı ve tedavide gecikmelere neden olarak morbidite ve mortalitede anlamlı bir artışa yol açmaktadır Bisikletten düşen dokuz yaşında erkek hastanın bisiklet gidonun hastanın karnına çarpması ve karın ağrısı şikayeti ile travmanın ikinci saatinde hastanemize başvurdu. Hastanın ilk muayenesinde umblikulus çevresinde ekimoz ve batında yaygın hassasiyeti vardı. Rebound ve defansı yoktu. Batın bilgisayarlı tomografisi, Posterior-anterior akciğer grafisi ve ayakta diret karın grafisinde özellik yoktu. Labrotuvar tetkikleirinin sonuçları: WBC: 12.8 k/uL, hgb: 13.6 g/dL, htc: 40.8%, plt: 351000 k/uL, üre: 8.8, kreatinin: 0.69, glukoz: 177 mg/dL, AST: 39 U/L, ALT: 18 U/L, LDH: 325 U/L olup diğer parametrelerde patoloji saptanmamıştı. Hastanın mevcut bulguları ile Çocuk Cerrahisine konsülte edildi. Acil cerrahi düşünülmedi ve klinik takip önerildi. Hasta Çocuk yoğun bakımda monitorize edildi, kristalloid sıvı başlanarak takip edilmeye başlandı. Yatışının 12. saatinde hastada aniden artan karın ağrısı ile birlikte batında tahta karın bulgusu gelişti. Batın hassasiyeti olan olguda rebound ve defans bulguları gelişti. Çekilen ayakta direkt batın grafisinde batında serbest hava görülen hasta operasyona alındı. İleumda perforasyon saptandı, perforasyon onarımı yapıldı Erişkinlerde izole ileum yaralanmalarına daha az rastlanırken bu oran çocuklarda artmaktadır. Erken tanı koymada bulgular ve tetkikler yeterli tespitler yapamadığından zorlanılmaktadır. Literatürdeki diğer hastalara benzer bir şekilde seyir gösteren olgumuz yatışının 12. saatinde ilk önce fizik muayene bulgusu, daha sonra direk batın grafisinde serbest hava görülmesi ile operasyona alındı intraoperatif tanı konarak tedavisi yapıldı. Künt travmalarla batın yaralanmalarında iç organ yaralanmaları tespit edilmese de hastalar gözlem altında tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ileum, perforasyon, künt travma

PP-234

Yenidoğanda Nadir Görülen Doğumsal Defekt, SİNGNATİ: Olgu Sunumu

Işıl Çulha, Ebru Türkoğlu Ünal, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Umut Zübarioğlu, Evrim Kıray Baş, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Doğumsal maksillomandibuler füzyon nadir görülen bir anomali olup, tek başına ya da diğer konjenital anomaliler ile birlikte (yarık dudak yarık damak, mikroglossi, mikrognati, temporomandibuler eklem bozuklukları, aglossi, popliteal pterygium sendromu, Van der Woude Sendromu, Aglossi - Adaktili Sendromu) görülebilir. Ağız açılımında kısıtlanma sonucunda bebeğin beslenmesi, solunumu ve gelişimi olumsuz yönde etkilenebilir. Kliniğimizde doğan ve izole olarak yumuşak dokular arasında sineşi saptanarak singnathi tanısı alan hasta, nadir görülmesi, erken tanı ve tedavinin öneminin vurgulanması amacı ile sunulmuştur.

OLGU: Miadında sezeryan ile 2960 gram doğan kız olgu, yarık damak ve solunum sıkıntısı nedeni ile yatırıldı. Soygeçmişte, annenin antenatal dönemde gestasyonel diyabetes mellitus ve polihidramiyos nedeni ile izlendiği öğrenildi. Fizik muayenede, yarık damak, retromikrognathi ve dil orta ½ hizasında sol tarafta kavitenin yaklaşık %50 genişliğini kaplayan vertical uzanımlı oral kavitenin içinde ağzın açılmasını ve solunum fonksiyonunu engelleyen mukozal retansiyon kistleri içeren yapı izlendi. Solunum sıkıntısı nedeni ile entübe edilerek mekanik ventilatörde izleme alındı. Plastik Rekonstrüktif Cerrahisine konsülte edildi. Hastada ön planda singnathi düşünüldü. Dil ile yumuşak damak arasında yer alan fibroz band lokal anestezi ile rezeke edildi. Eşlik edebilecek anomaliler açısından istenen karın ve kraniyal ultrasonografi normal saptandı. Kardiyak anomaliler açısından yapılan ekokardiyografide patent foramen ovale, patent duktus arteriosus saptandı. Kranial MR da vermis hipoplazik izlendi. Konvulsiyonu nedeni ile fenobarbital tedavisi başlandı. Hasta bu süreçte orogastrik sonda ile beslendi. Halen 36 günlük olan hasta, kliniğimizde aralıklı olarak non invaziv mekanik ventilatör gereksinimi olması ve yetersiz kilo alımı nedeni ile operasyon açısından Plastik Cerrahi ve Kulak Burun Boğaz konsey kararı beklenmektedir.

SONUÇ: Kemik füzyonu ile beraber veya tek başına görülen doğumsal maksillomandibuler füzyon nadir görülen, ancak karşılaşıldığı durumlarda erken müdahale edilmesi gereken bir anomalidir. Aksi takdirde bebeğin solunum, beslenme, yutkunma fonksiyonları ve yüz gelişimi olumsuz yönde etkilenebilmektedir. Bu vakalarda, multidisipiliner yaklaşım prognozda son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: singnati, yarık damak dudak, yenidoğan

PP-235

Bir İnsanlık Suçu: Çocuk İstismarı

Hacer Özkul Özel
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Yüzyıllardır var olan çocuk istismarı ve ihmalinin öneminin anlaşılması ve sistematik bir şekilde çalışılmaya başlanması için geçen süre yarım yüzyıldan biraz fazladır. Bu derleme makalede literatür doğrultusunda çocuk istismarın tanımı, çeşitleri ve sağlık çalışanlarının bu konudaki farkındalıklarının önemi üzerinde durulmuştur. Çocuk istismarı; çocuğun sağlıklı gelişimine, düşüncelerine, yaşantısına ve değerlerine zarar veren, fiziksel, cinsel ve/veya duygusal kötü davranışı, maddi çıkarlar için çocuğun kullanılmasını içerir. Çocuk istismarı; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olarak incelenmektedir. Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı yaralanması şeklinde tanımlanabilir. En yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. Cinsel istismar, çocuğun bir erişkin ya da yaşça daha büyük kimse tarafından cinsel doyum elde etmek amacıyla kullanılmasıdır. Gündelik yaşamda en sık rastlanan duygusal istismar; anne, baba ya da çevredeki diğer yetişkinlerin çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları ve saldırganca davranmaları olarak tanımlanır. İhmal ise, çocuğa bakmakla yükümlü kişinin bu yükümlülüğünü yerine getirmemesi şeklinde tanımlanmaktadır. Bu vakaların saptanmasında sağlık personeline önemli bir görev düşmekte, çocuk hastaya doğru yaklaşarak, bildirimi zorunlu olan istismar ve ihmal vakaları, beden imajı değişiklikleri, çekingenlik ya da vücutta görülen deformiteleri fark ederek saptayabilmeleri ve uygulanması gereken prosedür hakkında bilgili olmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk İstismarı, Çocuk İhmali, Hemşirelik, Sağlık Çalışanları

PP-236

Çocukta Yaşamsal Gereksinim: Sevgi

Dilek Özdemir Ürkmez
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Sevme ve sevilme ihtiyacı çocuğun ve insanın temel psikolojik gereksinimlerindendir. İnsan, sevgi ile büyür, olgunlaşır. İnsan, sevme yeteneğini sevilerek kazanır. Sevginin temel taşı, kabul duygusudur. Çocuğun tek dayanağı anne-babasının sevgisidir. Sevgi gereksinimi ömür boyu sürer ve sürekli doyurulması gerekir. Çocuğu sevmek, onunla bütünleşmek, bazı etkinliklerde onunla beraber olmak ve bir birey olarak onun gerçeklerini anlamaya çalışmaktır. Sevgiden yoksun büyümüş çocukta çeşitli uyum ve davranış bozuklukları görülebilir. Kendisini dışlanmış kabul eden çocukta güvensizlik duygusu gelişir. Sevgi ihtiyacı karşılanmayan çocuk; duygusal bağ kuramaz. Sevgi ve saygı göreceğine inanmadığından bencil, şüpheci ve karamsardır. Rahat ve uyumlu ilişki kuramaz. Kendine güveni zayıftır ve değersiz bir insan olduğunu düşünebilir. Çocukların sevgi ihtiyacı karşılanırken anne-babalar aşırı sevgi gösterilerinden kaçınmalı ve bu anlayışla çocuğun çok sevgiden dolayı kusur ve hatalarını görmezden gelmemelidir. Çocuk eğitiminde yararlı sevgi ölçülü olanıdır. Toplumsal yaşamımızın değiştiği, dünyanın iletişim araçlarıyla beraber küçüldüğü, bireylerin doğal iletişim yerine mekanik araçlara daha fazla itibar ettiği günümüz koşullarında sevgiye daha fazla ihtiyacımız olduğu bir gerçektir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Yaşamsal Gereksinim, Sevgi

PP-237

Yenidoğan Annelerinin Telefon ile Danışmanlık Hizmeti Alması Sonucu Hiperbilirübinemi Tanısıyla Polikliniğe Başvuru Durumunun İncelenmesi

Seden Sütlü
Acıbadem Üniversitesi, Atakent Hastanesi, İstanbul

Yenidoğan döneminde en sık rastlanılan sorunlardan biri hiperbilirübinemidir. Term yenidoğanların %60 'da sarılık görülür yalnızca %5-10'da hastaneye yatacak düzeye ulaşmaktadır. Çok ciddi olgularda nörolojik sekel ve ölüm gibi sonuçlara neden olmaktadır. Yenidoğanların sarılık yönünden dikkatle izlenmesi ve kontrol altında olması hiperbilirübineminin ciddi komplikasyonlarının önlenmesinde son derece önemlidir.

Araştırmada; 2016 yılında 6 aylık çalışma sürecinde doğan yenidoğanlardan risk faktörünü içermeyen bebeklerin annelerine hastanede standart bir eğitim verildi ve takip 4.günde telefon görüşmeleri yapıldı. Bebeklerin beslenme durumu, anne sütü varlığı, emzirmeyi zorlaştıracak faktör varlığı, vücutlarındaki sarılık durumu sorgulandı. Annelerin soruları yanıtlandı risk tespit edilen bebekler kontrole çağırıldı. Tüm görüşmeler sonunda çalışma kapsamındaki bebeklerin fototerapi alma durumu incelendi. 2015 yılı ilk 6 ayın da aynı özelliklerde yatan fototerapi alan yenidoğan sayısı ile 2016 yılında çalışma dahilinde anneleri eğitim, telefon ile danışmanlık hizmeti alan yenidoğanların sayısı karşılaştırıldı.

Sonuç olarak; araştırma sürecinde fototerapi tanısı ile yatan olgu sayısı önceki yıla göre n=4(%12,2) azaldı, yatışı yapılan olguların n=6(%50) sı takip 4. günde hastaneye başvurdu. Telefon görüşmelerinin yapıldığı günde olguların %50 sinin hastaneye yönlendirilmesi hiperbiliribineminin komplikasyonlarının önlenmesinde son derece önemlidir. Sarılık yönünden riskli bebeklerin takipleri önemli iken bu çalışmada risk faktörü taşımayan bebeklerde gelişebilecek hiperbilirübineminin yakın takip ile büyük oranda azaltılabileceği ortaya konmuştur.

Anahtar Kelimeler: hiperbilirübinemi, yenidoğan, fototerapi

PP-238

Ventrikülo-Peritoneal Şant Enfeksiyonu: Bir Olgu Sunumu

Döndü Koçak Kaymaz
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Hidrosefali tüm gelişmelere rağmen morbidite ve mortalite oranı yüksek bir hastalıktır. Hidrosefalinin tedavisinde en sık Ventrikülo-Peritoneal (VP) şant uygulaması kullanılmaktadır. Şant komplikasyonlarının en önemlisi şant enfeksiyonlarıdır. Tedavi edilmezlerse bir çok probleme neden olmaktadır. Bunların en önemlisi kavrama fonksiyonlarında bozukluk ve nörolojik kayıplardır. Tedavi giderleride aile ve devlet için oldukça yüksektir. Şant enfeksiyonunun tedavisi uzun ve komplike bir süreçten oluşmaktadır. Bu olgu sunumunda bu süreci ortaya koyarak hastaların bakım, tedavi ve taburculuk aşamasında hemşirelik bakımının önemi vurgulanmaktadır.

OLGU: Prematür doğum öyküsü olan hasta yenidoğan yoğun bakım takiplerinde intrakranial hemoraji gelişen ve V-P şant takılan 9 aylık erkek hasta ateş, kusma şikayetleri nedeniyle çocuk acil servise başvurdu. V-P şantı olan hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Çocuk Enfeksiyon Kliniğine yatırıldı. Alınan BOS tetkikleri sonucuna göre şant enfeksiyonu tanısı konuldu. Yatışının 2. gününde hastanın V-P şantı çıkarılıp ekstra ventriküler drenaj (EVD) takılarak takip edilmeye başlandı. Hastaya bir kez EVD revizyonu yapıldı. Anemi nedeniyle hastamıza 2 kez eritrosit süspansiyonu tranfüze edildi.Yatışının 92. gününde V-P şant tekrar takıldı. Yatışı süresince hastamıza öz bakım eksikliğine, diyaresine,sıvı elektrolit dengesizliğine, spontene ventilasyonu sürdürmede yetersizliğine, beslenmede dengesizliğine, uykusuzluğuna, ısı disregülasyonuna,ağrısına,deri bütünlüğünde bozulma ve aspirasyon riskine yönelik hemşirelik girişimleri planlanarak uygulandı. Taburculuk aşamasında hemşiresi tarafından hastanın ailesine tekrar şant enfeksiyonu gelişmemesi ve erken teşhis edilebilmesi için eğitim verildi. Hastamız yatışının 95. gününde aktif merkezi sinir sistemi enfeksiyonunun sona ermesi üzerine çocuk enfeksiyon ve beyin cerrahisi bölümlerinden takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Ventrikülоperitoneal şant enfeksiyonlarının tedavisi uzun, aile ve kurum için maliyeti yüksektir bir hastalıktır. Hemşireler hastaların bakım, tedavi ve taburculuk sürescinde önemli rollere sahip olmaları nedeniyle bulundukları merkezler tarafından V-P şant enfeksiyonu hakkında gerekli hizmetiçi eğitimleri almaları sağlanmalı ve desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik yaklaşımları, hidrosefali, ventrikülo-peritoneal şant enfeksiyonu

PP-239

Olgu Sunumu: Stevens-Johnson Sendromlu Çocuğun Hemşirelik Bakımı

Dilek Emniyetli, Nagihan Eyi
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çoçuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Stevens-Johnson Sendromu (SJS); yüksek ateş, pürülan konjektivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli deri lezyonlarıyla karakterize bir hastalıktır. Etyolojisinde çok çeşitli faktörler rol oynamaktadır. Olguların yarısından çoğunda ilaçlar sorumlu olmakla birlikte infeksiyonlar, kimyasallar ve malign hastalıklar da etyolojide rol alabilir. Acil müdahale ile kendini sınırlayabilirken, sepsis veya ölümle de sonuçlanabilir. SJS için özel bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır. Şüphelenilen ilacın kesilmesi tedavide ilk basamaktır ve destek tedavisiyle birlikte SJS tedavisinin temelini oluşturur. Bu nedenle SJS'nin ciddi boyutlara ulaşmadan iyileştirilmesinde hemşirelik bakımının rolü oldukça önemlidir. Olgumuzda SJS'li çocuğun ailesinden onam alınmış olup, hemşirelik bakımı NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda anlatılmaktadır. Ateş, boğaz ağrısı, halsizlik ve öksürük şikayetli ile özel hastaneye başvuran hastaya 3 gün önce antibiyotik başlanmıştır. Şikayetleri geçmeyen, vücudunda döküntüler görülen, genel durumu kötü olan hasta dış merkezden çocuk yoğun bakım ünitemize kabul edilmiştir. NANDA hemşirelik tanılarına göre bakımı planlanan hastaya; SJS ile ilişkili tüm vücudunda açık yaralar, patlamış ve patlamamış büller ile bulgulanan cilt bütünlüğünde bozulma; ağız içinde ve dudak kenarında yaygın yaralar ile bulgulanan oral mukozal membranda bozulma; 39 C ile bulgulanan vücut sıcaklığında değişim/hipertermi; vücudundaki ve ağzındaki açık yaralarla ilişkili hastanın kendi ifadesi ile bulgulanan (ağrı puanı 7/10) ağrı; yüksek ateşe bağlı sıvı kaybı ve ağzındaki yaralar nedeniyle sıvı alımında azalma ile bulgulanan sıvı volüm dengesizliği hemşirelik tanıları kondu. En önemli sorun olan deri bütünlüğünde bozulma tanısına yönelik hastanın tüm vücudu günde bir kez distile steril suyla yıkanarak aseptik tekniklerle steril tül gras sargı ile kapatıldı. Yatak takımları steril olacak şekilde değiştirildi. Yüz bölgesindeki yaralarına bactroban bepanthen dönüşümlü olarak günde 6 kez uygulandı.Göz kapaklarında yapışma olmasını önlemek için günde 6 kez serum fizyolojik ile bakım yapıldı uygun damlalar damlatıldı. İki saat aralıklarla destekleyici pozisyon yastıkları yardımı ile pozisyon verildi. Çocuk yoğun bakım ünitesinde bakım ve tedavisi tamamlanan hasta, vücudundaki açık yaralar iyileşmiş bir şekilde çocuk kliniğine transfer edildi.

Anahtar Kelimeler: çocuk yoğun bakım ünitesi, NANDA, tül gras sargı, açık yara

PP-240

Eş Zamanlı Hipertansiyon ve Hematürinin Nadir Bir Nedeni; Wilms' Tümörü

Gökçe Velioğlu Haşlak, Fatma Beşiroğlu Çetin, Seda Yolgiden Güren, Hilal Susam Şen, Hasan Dursun, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Hipertansiyon ve hematürinin eşzamanlı birlikteliği çocukluk çağında nadir görülmekle birlikte en sık nedenler; IgA nefropatisi, Henoch-Schonlein purpurası, hemolitik üremik sendrom, sistemik lupus eritematosus, postenfeksiyöz glomerülonefrit ve nadiren de böbrek tümörleridir.

OLGU: Daha öncesinde sağlıklı 13 aylık erkek olgu bezinde kan görülmesi nedeniyle acil servise getirildi. İnspeksiyonda bezinde makroskopik hematüri görüldü. Fizik incelemede; kan basıncı 150/100 mmHg (>97 p) ölçüldü, palpasyon ile batında sol üst kadranda kot altını yaklaşık 6 cm geçen ve orta hatta uzanan sert kitle palpe edildi. Abdominal USG ve BT incelemesinde sol böbrek üst polde epigastrik alana uzanımı izlenen en geniş yerinde 13 x 6,5 cm boyutlarında yer yer kistik dejenere, vasküler hipoekoik heterojen kitle lezyonu ve komşuluğunda lenfadenopati izlendi. Makroskopik hematüriye yönelik intravenöz hidrasyon, hipertansiyona yönelik amlodipin başlandı. Tansiyon değerlerinin regüle olmaması üzerine tedavisine kademeli olarak Anjiotensin-coverting enzim inhibitörü ve ardından alfa-bloker eklendi. Mevcut bulgularla böbrek tümörü (Wilms' tümörü)düşünülen olgu çocuk cerrahisi bölümüne danışıldığında bu aşamada inoperable kabul edilerek preoperatif kemoterapi başlandı. Tedavisinin 1. Haftasında hematüri geriledi, antihipertansif tedavi kademeli olarak azaltılarak kesildi. 4 haftalık preoperatif kemoterapi sonrasında hasta opere edildi. Patoloji sonucu tedaviye sekonder değişiklikler gösteren trifazik Wilms' tümörü olarak saptandı.

SONUÇ: Wilms' tümörü çocuklarda görülen tüm kanserlerin %7'sini ve böbrek tümörlerinin büyük çoğunluğunu oluşturur. En sık gözlenen semptom karında kitledir (%90). Diğer semptomlar ise karın ağrısı (%30), hipertansiyon (%25) ve makroskopik hematüridir (%18). Bu olguda hematüri ile başvuran çocuklarda tansiyon ölçmenin önemi vurgulanmak ve Wilms' tümörüne bağlı nadir de olsa eşzamanlı hipertansiyon ve makroskopik hematüri görülebileceği hatırlatılmak istendi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hematüri, Hipertansiyon, Wilms› tümörü

PP-241

İki Yaşında Bir Kız Hastada Salla Hastalığı

Yelda Türkmenoğlu, Atilla Alp Gözübüyük, Berna Gümüşoğlu Akşahin, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Lizozomal membrandan serbest sialik asit taşınmasından sorumlu proteini kodlayan SLC17A5 genindeki defekt sonucu sialik asidin hücre içinde birikerek depolanması sonucu ilerleyici tipte bozukluklar oluşur.Bu gen serbest sialik asidin pek çok dokuda birikmesi sonucu fatal seyirli infantil sialik asid depo hastalığı ve daha hafif formu olan daha çok nörolojik bulgularla kendini gösteren SALLA hastalığından sorumludur.İnfantil sialik asit depo hastalığı genellikle intrauterin başlayan, doğumdan kısa süre sonra fatal olan multisistemik bir hastalık iken Salla hastalığı genellikle ilk yıl içinde başlayan ve giderek ilerleyen hipotoni, gelişme geriliği,spastisite, konvülziyonlar, konuşma ve yürümede zorluk, nistagmus gibi nörolojik belirtilerle seyreden bir hastalıktır. Bu hastaların çoğunda ilerleyen yaşla beraber motor aktiviteler tamamen kaybolmakta, konuşma zorlukları artmaktadır. İnfantil sialik asid depo hastalığında idrar oligosakkaridlerinde sialik asit 20-50 kat artmakta iken, Salla hastalığında 3-8 kat artış olmaktadır. Burada iki yaşında yürüme bozukluğu nedeniyle başvuran bir olguda nadir bir lizozomal hastalık olan Salla hastalığı sunulmuştur.

OLGU: İki yaş kız hasta yürürken sendeleme ve dengesizlik nedeniyle başvurdu Özgeçmişinde yenidoğan döneminde sarılık öyküsü nedeni, baş tutma ve oturmasının gecikmeli olarak gerçekleştiği, bir yaşında adım atmasına rağmen halen parmak ucunda yürüdüğü ve yürümede dengesizlik olduğu, ayrıca tek tük kelime şeklinde konuştuğu öğrenildi. Fizik muayenede hafif kaba yüz görünümü, yürümede dengesizlik, hiperlordoz ve hafif kifoz görülen tam kan sayımı, kan biyokimyası normal bulundu. Hastanın lumbosakral ve dorsal vertebra grafilerinde vertebra korpus anterior köşelerinde sivrileşme görüldü. İdrarın metabolik değerlendirilmesi sırasında serbest sialik asidin 3,8 ve 4,6 kat arttığı görülerek klinik ve laboratuar desteğiyle Salla Hastalığı tanısı konuldu.

SONUÇ: Yürümede ve konuşmada bozukluk, iskelet bozuklukları nedeniyle başvuran hastalarda nörolojik bozuklukların yanı sıra lizozomal depo hastalıkları da düşünülmelidir. Bu hastalıklarda genellikle spesifik tedavi bulunmamakla beraber ilerideki yıllarda olabileceği ümit edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Salla Hastalığı, Sialik Asit Depo Hastalığı, Çocuk

PP-242

S.B.Ü. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği ile ilgili Basında Yer Alan Haberlerinin Kuruma Etkisi

Emine Sertoğlu Al[1], Ebru Teker[1], Özlem Kartin[2], Esra Altuner[3], Sevgi Demiray[4], Adil Demir[5], Hümeyra Aksu[5], Ali Akkaya[2], Melek Koçer[4]
[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Basın Yayın ve Halkla İlişkiler, İstanbul
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hasta Hizmetleri ve Sağlık Otelciliği Müdürü, İstanbul
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalite Birimi, İstanbul
[4]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İstanbul
[5]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İdari ve Mali İşler Müdürlüğü, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı hastanemiz çocuk kliniğinin basındaki imajını belirlemektir. İnsanlar güncel olayları kitle iletişim araçları sayesinde öğrenir ve takip ederler. Yazılı ve görsel iletişim araçlarından olan günlük gazeteler ve tv kanallarının toplumun bilgilendirilmelerin de en önemli kaynaklardandır. Bu amaçla 01.01.2016-31.12.2016 zaman arasındaki bir yıllık süre içerisindeki haberler taranmıştır. Taranan haberlerin hastanemize katkısı ve hastalarımız üzerindeki etkileri haber içeriklerine ve verilere göre analiz edilmiştir. Bu araştırma, yazılı ve görsel basında yer alan haberlerin incelenmesi amacı ile retrospektif olarak planlanmıştır.

YÖNTEM - GEREÇ: Retrospektif, tanımlayıcı tipte olan bu araştırmada, 01 Ocak- 31 Aralık 2006 tarihleri arasında arşivine internet aracılığı ile 43 yazılı ve görsel basın haberlerine ulaşılmıştır. "Çocuk Acil, Hastane Okulu, Çocuk Hematoloji Ve Okmeydanı" anahtar kelimesi ile girilen haberler değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Yapılan araştırma sonuçlarına göre 16 ana haber(%37) ve 27 gazete haberi (%63) olduğu görülmektedir. Bu haberlerin 13 tanesi olumsuzken, 30 haberin kurum için iyi yönde olduğu görülmektedir. Haberlerin hasta sayısına etkisi değerlendirilmiş ve hastaneden alınan hasta sayılarına göre 2015 yılı 212.246 hasta gelirken, 2016 yılında 229158 hasta gelerek hasta sayısı %7 oranında artış göstermiştir.

SONUÇ: Genel olarak, yapılan yenilikler Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin kurum imajını arttırmış, hasta sayısının ve hasta memnuniyetini arttığı görülmektedir. Hastanemizde çocuk acil servisinin renklendirilerek yenilenmesi, yeni açılan çocuk yoğun bakımının ve hastane okulumuz ile yapılan haberler ile başka hastanelere örnek olmuştur.

Anahtar Kelimeler: çocuk acil, çocuk hematoloji, hastane okulu, okmeydanı

PP-243

Çocuk Acil Servisine Başvuran Mülteci Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Nurcan Acar, Cemile Çelebi, Fatih Akpunar, Tuğba Yıldız, Semra Yıldız, Abdurrahim Uyanık
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: İkinci dünya savaşından sonra en büyük mülteci krizinin yaşandığı, Suriye iç savaşı sonrası dönemde Türkiye'ye gelen mülteci sayısı her geçen gün artmaktadır. Ülkemizde Ocak 2016 itibariyle resmi olarak 2.500.000 sığınmacı bulunmaktadır. Dünyanın pek çok ülkesinde başta çocuklar olmak üzere tüm mültecilerin yerel halktan daha ciddi sağlık sorunu yaşadığı ve daha yüksek oranda acil servisi kullandıkları bildirilmektedir. Bu çalışmada çocuk acil servisine başvuran mülteci hastaların klinik ve sosyodemografik özelliklerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 01Ocak 2016 - 31Aralık 2016 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk acil servisine başvuran 224.465 vaka incelenmiş olup 7441 mülteci hasta çalışmaya dahil edildi. Veriler hastane bilgi işlem sistemi taranarak retrospektif olarak incelenmiştir. Travma vakaları çocuk acil ünitemizde izlenmediğinden bu çalışmada travma harici vakalar ele alınmıştır.

BULGULAR: Çalışma döneminde Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin Çocuk Acil servisine toplam 224.465 hasta başvurmuş olup bunların 7441 (%3,3)'ini Suriye vatandaşı, 215.932'sini Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı ve 685'ini ise diğer ülke vatandaşları oluşturmaktadır. Başvuran Mülteci hastaların 4592'sinin erkek, 3256'sının kız olduğu, yaş ortalamasına baktığımızda ise 7146 (%96)'sının 1-3 yaş arasında olduğu görülmüştür. Çalışmaya alınan hastaların acil serviste aldıkları tanılar bakıldığında 4705'inin ÜSYE tanısı, 593'ü sebebi bilinmeyen ateş ve 421'inin de bulantı ve kusma semptomları sebebiyle tedavi gördüğü saptanmıştır. Aylara göre Mülteci hasta sayısına baktığımızda aralık ayında 1077 Mülteci hastanın çocuk acil servisine başvurduğu görülmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hastaneye başvuran mülteci çocukların aldıkları tanılar solunum ve gastrointestinal sistem yakınmaları oluşturmaktadır. Bu tanıların sıklığı barınma ve beslenme sorunlarına ve koruyucu sağlık hizmetlerindeki yetersizlikleri ile ilişkili olabilir. Türkiye'de mülteci sığınmacı sayısının her geçen gün arttığını istatistiksel olarak öngörülmektedir. Sayılarının artması ve Türkiye'de kalma süresinin uzaması hem sığınmacıların, hem de yerel halkın fiziksel ve ruhsal sağlığını doğrudan etkilediği ve bu konuda yeni çalışmalar ve hukuksal düzenlemeler yapılması gerekliliği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Mülteci hastalar, Acil servis

PP-244

Süt Çocuğunda Maternal Nedenli Vitamin B12 Eksikliği

Hacer Arıkan Avcı, Funda Tekkeşin[2], Fikret Asarcıklı[2], Ülkü Miray Yıldırım[2], Burcu Karakayalı, İsmail İşlek
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Vitamin B12 eksikliği süt çocukluğunda anemi yanında gelişme geriliğinin önemli nedenlerindendir. Vitamin B12 eksikliğinin erken tanınması ve tedavi edilmesi gelişim basamaklarının yakalanması için önem arzetmektedir. Henüz katı beslenmeye geçememiş süt çocuğunda vitamin B12 eksikliği sıklıkla maternal eksiklik nedenlidir. (vejeteryan diyet, pernisiyöz anemi, malabsorbsiyon sendromları vs.). Burada, anne sütü ile beslenen ve annesinde pika öyküsü olan vitamin B12 eksikliği vakası sunulacaktır.

OLGU: Bir aydır olan halsizlik, uyuklama yakınmasının bir haftadır artması nedeni ile başvuran 9 aylık kız hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde miadında 3000 gr doğduğu, ailede akrabalık olmadığı, sadece anne sütü ile beslendiği, ek gıda almadığı ve annenin gebeliği boyunca hergün bir miktar toprak yeme öyküsü olduğu öğrenildi. Fizik muayenede uykuya meyilli, apatik görünümdeydi. Boy: 69cm (25.p), Ağırlık: 6400gr (<3.p) idi. Organomegalisi ya da lenfadenopatisi saptanmadı. Nörolojik muayenesinde desteksiz oturamadığı ve kas tonusunun azalmış olduğu görüldü. Hastanın laboratuvar tetkikleri değerlendirildiğinde hemogramında makrositer anemisi ve nötropenisi, periferik yaymada nötrofillerde hipersegmantasyonu dikkat çekiciydi. Makrositer anemisi olması nedeniyle bakılan Vitamin B12:<83 pg/ml folat:16 ng/ml homosistein:124 umol/l saptandı. Metabolik hastalıklar için yapılan tarama testleri spesifik bir tanı düşündürmedi. Vitamin B12 eksikliği tanısı ile Vit B12 1000 mcg im uygulandı. İlk doz vitamin B12 sonrasında hastada özellikle ekstremitelerde tremor gelişti. Tedavi ile ilişkili olabileceği düşünülerek vitamin B12 tedavisi 20 mcg/kg/doz olarak düzenlendi. Tedavi sonrasında bakışları daha canlı ve kas tonusunda belirgin artış saptandı. Hasta tedaviden sonraki altıncı ayda tam kan sayımı ve biyokimyasal parametreleri normal olarak izleniyor.

SONUÇ: Vitamin B12 eksikliği, gebeler, emziren anneler, süt çocukları için önemli bir sağlık problemidir. Gelişme geriliği, nörolojik bulgular varlığında akla gelmesi önem arz etmektedir. B12 vitamin eksikliğinin tedavisinden ziyade önlemek için riskli grubun beslenme alışkanlıkları sağlık çalışanlarınca takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: vitamin b12, maternal, süt çocuğu

PP-245

Çocukluk Çağında Bacak Ağrısının Nadir Bir Nedeni; MTHFR Gen Mutasyonun Eşlik Ettiği Derin Ven Trombozu

Gökçe Velioğlu Haşlak, Soner Sazak, Berna Hamilçıkan, Kübra Karanis, Emine Türkkan, Ozan Özkaya
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Bacak ağrısı, çocukluk çağı hastane başvuruları arasında sık bir sebeptir. Etyolojisi çok çeşitli olabileceğinden ayırıcı tanısı dikkatli yapılmalıdır. Ağrının karakteri, travma öyküsü, süreğen ilaç kullanımı, aile öyküsü sorgulanmalı ve eşlik eden bulgular ayrıntılı değerlendirilmelidir. Tromboz, çocukluk çağı bacak ağrısı sebepleri arasında nadir görülen bir durumdur. Ağrının tek taraflı olması, gezici olmaması, ağrının olduğu uzuvda doku şişliği olması bize bu nadir tanı grubunu düşündürür. Bu yazımızda MTHFR gen mutasyonun eşlik ettiği derin ven trombozu gelişen 14 yaşında erkek olgu sunulmuştur.

OLGU: 14 yaşında erkek hasta, yaklaşık bir aydır devam eden sağ bacak, uyluk, diz ve ayakta ağrı şikayeti olması üzerine tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde şişlik, kızarıklık ve ısı artışı saptanmayan hasta artralji etyolojisinin araştırılması amacıyla yatırıldı. Öyküsünde iki ay önce ağır yük kaldırdığı öğrenildi. Hastanın başvurusunda yapılan fizik muayenesinde; Sağ bacakta hassasiyet mevcuttu. Hareket kısıtlılığı, şişlik, kızarıklık, ısı artışı saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin düzeyi 11,4 gr/dL, trombosit sayısı 328000/mm3, beyaz kan hücre sayısı 14880/mm3, nötrofil oranı %63, CRP: 115 mg/L, Sedimentasyon: 75 mm/h, AS0 değeri: 682 IU/mL olarak saptandı. Serum elektrolitleri, karaciğer fonksiyon testleri, böbrek fonksiyon testleri normaldi. Boğaz kültüründe normal flora bakterileri üredi. Hastaya amprik olarak iv ampisilin-sulbaktam, oral nonsteroid anti inflamatuar başlandı. EKO'sunda patolojik bulgu saptanmadı. Kollajen doku hastalıkları açısından yapılan otoantikor tarama testleri negatif saptandı ve yapılan göz muayenesinde üveit lehine bulgu saptanmadı. Tromboz açısından hastanın alt ekstremite venöz Doppler Usg'si çekildi; sağ popliteal ven lümeninde venöz akım izlenmedi ve lümen tromboze görünümde idi. Düşük molekül ağırlıklı heparin ve antiagregan dozda aspirin başlandı. Hastadan tromboz paneli gönderildi. MTHFR (C677T) geni homozigot mutant saptanması üzerine bakılan homosistein düzeyi normal saptandı.

SONUÇ: Bacak ağrısı olan çocuklarda öykü ve fizik muayene bulguları dikkatlice irdelenmelidir. Özellikle tek taraflı uzuvda izole şişliklerde tromboz akılda tutulmalı; tromboz etyolojisi ve bireysel risk faktörleri sorgulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bacak ağrısı, çocuk, derin ven trombozu

PP-246

Üst Havayolu Obstrüksiyonu Nedeniyle Başvuran Süt Çocukluğunda Nadir Bir Tanı: Lenfanjiom

Perihan Eşsizoğlu, Dinçer Yıldızdaş, Didar Arslan, Nagehan Aslan
Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Adana

GİRİŞ: Lenfanjiom, lenfatik sistemin konjenital malformasyonudur ve yenidoğan döneminde baş ve boyun bölgesinin en sık görülen konjenital kistik malformasyonlarından bir tanesidir. Biz burada boyunda kitle nedeni ile takip edilip lenfanjiom tanısı alan ve izlenim de solunum sıkıntısı gelişmesi nedeni ile acil trakeostomi açılan olguyu sunarak üst hava yolu obstrürksiyonunun bu nadir nedenine dikkat çekmek istedik.

OLGU: Doğuştan itibaren boyunda şişlik ve dilde büyüklük şikayeti ile hastanemize getirilen 3 aylık hastaya KBB tarafından yapılan laringoskopik muayenede havayolunu orofarenks düzeyinde sarmalayan, pasajı ileri derecede daraltan ve dil köküne uzanan kitle lezyonu saptandı. Maksillofasiyal manyetik rezonans görüntüleme dil kökü düzeyine ulaşan ve süperior mediastinal kompartmana uzanım gösteren 8,3*7 cm boyutunda, septasyonlar gösteren lenfanjiom ile uyumlu kitle olarak raporlandı. Dil köküdeki kitleden sıvı aspire edilip, lazer koterizasyon tedavisi uygulandı. Aspirasyon mayisinin sitoloik incelenmesinde lenfatik malformasyon lehine bulgular saptandı. Cerrahi tedavi ve skleroterapi uygulanması planlanan hastanın izlenimde ani solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine hastaya acil trakeostomi açıldı.

SONUÇ: Çocuklarda boyunda kitle ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulması gereken lenfanjiyomlar, hem üst hava yolu obstriksiyonu hem de kanamaya sekonder ölümcül seyirli olabilmesi nedeniyle klinik önem taşınmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiom, Lenfatik, Sistem, Konjenital, Malformasyon

PP-247

Derin Anemi İle Başvuran Peutz-Jeghers Sendromu (PJS) Olgusu

Özgecan Avcı, Zeynep Yıldız Yıldırmak, Nafiye Urgancı, Tuğçe Kurtaraner
Şişli Hamidiye Etfal Eğtim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Klinikleri, İstanbul

GİRİŞ: Peutz-Jeghers Sendromu (PJS) gastrointestinal polipler ve mukokutanöz pigmentasyonlarla karakterize otozomal dominant geçişli, nadir görülen bir sendromdur (insidans 1:120.000). Bu sendromun dikkat çekici bulgularından biri olan dudaklardaki hiperpigmentasyon erken bebeklik döneminden başlayarak hayatın herhangi bir döneminde ortaya çıkabilmektedir. Gastrointestinal sistemde gelişen polipler nedeniyle, ilk yakınmalar genellikle karın ağrısı, invajinasyon ve tedaviye dirençli demir eksikliği anemisidir. Her ne kadar bu yakınmaların başlama yaşı çocukluk döneminden itibaren olsa da, hastaların tanı alma yaş ortalamaları 20'li yaşlar olarak bildirilmektedir.

OLGU: 12 yaşında kız hasta halsizlik ve kusma nedeni ile başvurduğu dış merkezde Hb:5.1 g/dl saptanması üzerine çocuk hematolojiye yönlendirilmişti.İki yıl önce bir kez daha anemi nedeni ile eritrosit süspansiyonu transfüzyonu uygulanma ve bir ay kadar oral demir tedavisi alma öyküsü vardı. Aralıklı olarak siyah renkli defakasyon yaptığı öğrenildi. Babası ülseratif kolite bağlı bir komplikasyon nedeniyle exitus olmuştu. Hastamızın vücut ağırlığı ve boyu 3 p altında olup fizik muayenesinde dudak ve ağız içinde 1-3 mm çapında hiperpigmente lezyonları vardı. Laboratuar tetkiklerinde Hb:5,6 g/dl, Hct:22%, MCV:56.7 fl, RDW:19.1 %,periferik yayması demir eksikliği anemisi ile uyumlu idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyonları normal, Ferritin 2,03 ng/ml, B12:148 pg/ml bulundu. Gaitada gizli kan pozitifti. Hastaya intramuskuler B12 ve intravenöz demir tedavisi başlandı. Peutz-Jeghers Sendromu ön tanısı ile gastroenterolojiye danışıldı. Hemogram değeri normal sınırlara ulaştığı zaman üst ve alt GİS endoskopisi yapılması planlandı. 14 günlük intravenöz demir tedavisi sonrasında Hb 9,3 g/dl 'ye ulaştı. Hasta endoskopi yapılması planlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Aile öyküsü, tedaviyle düzelmeyen demir eksikliği anemisi ve GIS kanama öyküsü olan hastalarda fizik inceleme bulgularının gözden kaçırılmaması, Peutz-Jeghers sendromunun ayırıcı tanıda düşünülmesi, bu hastaların ve varsa diğer aile bireylerinin yakın izlemleri yerinde olacaktır.

Anahtar Kelimeler: anemi,hiperpigmentasyon,Peutz-Jeghers Sendromu (PJS)

PP-248

Süt Çocukluğu Döneminde Odağı Saptanamayan Ateş ve Ani Solunum Sıkıntısı Nedeni; Retrofarengeal Apse

Sahar Jabbari Behrouz
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir

AMAÇ: Retrofarengeal abse, süt çocuklarını ve küçük çocukları etkileyen, retrofarengeal alandaki lenf nodlarının iltihabı ile karakterize klinik bir durumdur. Kas yangısı sonucu gelişen boyun ağrısı, yutma güçlüğü ve göğüs hareketlerinde kısıtlılık gibi semptomlar görülür. Ancak süt çocukluğu döneminde bu semptomların saptanması oldukça güçtür. Bu yazıda ateş yüksekliği ile başvuran bir süt çocuğu olgusu sunulmuş, klinik durum ve yönetim tartışılmıştır.

OLGU: Yedi aylık erkek olgu, son 24 saat içinde, ateş, burun tıkanıklığı ve emmede azalma yakınmaları ile acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde hafif farenks hiperemisi dışında bir patolojiye rastlanmadı. Laboratuvar tetkikleri sonuçlarına göre beyaz küresi 35300/mm3(% 76 parçalı, % 24 lenfosit), Hb: 8,8 gr/dl, Htc: % 27.3, Plt: 506 K/uL, CRP: 107 mg/ml idi. Akciğer grafisinde pnomonik infiltrasyonu yoktu. İdrar ve BOS tetkiki normaldi.. Kan, idrar ve BOS kültürleri alındıktan sonra ateş odağı saptanamayan olguya 100 mg/kg/gün intravenöz (IV) seftriakson tedavisi başlandı. İzleminde ertesi gün ateşi düşen olgunun tedavisi sürerken 48. saatte inspiratuvar stridorun eşlik ettiği solunum sıkıntısı gelişti. Çekilen yan boyun grafisinde retrofarengeal bölgede şüpheli kalınlaşma saptandı. Hastanın klinik ve BT bulguları gözden geçirildikten sonra apsenin acil boşaltılmasına karar verildi. Postoperatif entübe şekilde altı gün çocuk yoğun bakım ünitesinde takibe devam edildi. İzleminin 14. gününde şikayeti olmayan olgu antibiyoterapisi kesilerek ayaktan takibe alındı.

SONUÇ: Retrofarengeal abse en sık 2-4 yaş arasındaki çocuklarda görülür, ancak buradaki 7 aylık hasta gibi süt çocuğu olguları da vardır. Ateşi takiben gelişen inspiratuvar solunum sıkıntısı durumunda ayırıcı tanıda mutlaka retrofarengeal abse akla getirilmeli, erken tanı konarak uygun antibiyoterapi ve/veya cerrahi boşaltma sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Retrofarengeal apse, süt çocuğu, solunum sıkıntısı

PP-249

Akciğer Apseli Bir Olgu Sunumu

Neslihan Dinçer
Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ: Akciğer apsesi pnömoninin sık olmayan komplikasyonlarındandır.

OLGU: S. E. 3 yaş-9 ay erkek hasta, dış merkezden tarafımıza 11.11.2016 tarihinde pnömoni +plevral efüzyon tanısıyla sevkli gelen hastanın 4-5 gündür devam eden ateş ve öksürük şikayetleri mevcuttu. Hastanın akciğer sesleri sağda belirgin olarak azalmış, inlemeli ve takipneik solunum, subkostal ve interkostal çekilmeleri mevcuttu; vital bulguları ates:40°C SS:56/dk SPO2:100 (6 lt O2 ile); tetkiklerinde lökosit 15,6 periferik yayması % 76 ile nötrofil hakimiyetinde, CRP:336, kan gazı pH 7,468 pCO 31,8 pO 54,3 HC03 24,3 sO 91,2 olarak saptandı. Akciğer grafisinde; sağ akciğerde üst-orta zonda infiltrasyonu vardı. Hasta radyolojik olarak lober pnömoni, klinik olarak ağır pnömoni olarak değerlendirildi, sulbaktam ampisilin tedavisi başlandı, oral stop ve 4-6 lt/dk'dan maske O2 ile takibe alındı. Ateş şikayetinin devam etmesi nedeniyle, S.aureus ve dirençli pnömokok açısından hastanın tedavisine teikoplanin eklendi. Hastaya komplikasyon acısından 17.11.2016 tarihinde toraks BT görüntülemesi yapıldı. Toraks BT'sinde belirgin apse ve plevral efüzyon ile uyumlu görüntüsü olan hasta göğüs cerrahisine konsülte edildi. Plevral efüzyon açısından 18.11.2016 tarihinde toraks tüpü takıldı. Hastanın klinik takibinde ateşleri devam etti, atipik ve anaerob etkenlere yönelik tedavisine klaritromisin eklendi. 22.11.2016 tarihinde sağ üstte yerleşimli apseye yönelik pig tail kateterizasyon işlemi yapıldı.18.11.2017 ve 22.11.2017 tarihli plevra sıvı kültüründe üreme saptanmadı. Tüberküloz ekartasyonu açısından hastadan açlık mide suyu örnekleri ve plevral sıvı örnekleri gönderildi, üreme saptanmadı. 02.12.2016-13.02.2016 tarihleri arasında takiplerinde solunum sıkıntısı gerileyen, oksijensiz takip edilen hastanın 16.gününde klaritromisin tedavisi, 30. gününde teikoplanin tedavisi ve 34. gününde sulbaktam ampisilin tedavisi stoplandı. 26.12.2016 tarihinde yapılan kontrol toraks BT görüntülemesi; "Sağ akciğer üst lob posterior segment düzeyinde yaklaşık 5 cm boyutta hava kisti izlendi."olarak raporlandı. Göğüs cerrahisi tarafından hastanın takibi önerildi.

SONUÇ: Pnömoni komplikasyonu olan plevral effüzyon sonucu gelişen akciğer apsesi, düşmeyen ateş olan pnömonili hastalarda düşünülmelidir

Anahtar Kelimeler: akciğer apsesi, plevral efüzyon, pnömoni

PP-250

Adolesan Kızlarda Laboratuvar Değerleri ve Pelvik Ultrasonografi Bulguları

Feyza Mediha Yıldız, Bahar Özcabı, Özlem Temel, Nihan Uygur Külcü, Fevziye Çoksüer, Serpil Değirmenci, Erdal Sarı
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hirsutismus, en genel tanımı ile kadınların yüz, çene, boyun, gövde üzerinde görülen erkek tipinde kıllanma olarak nitelendirilmektedir. Çalışmamızda hirsutizm sebebiyle başvuran kız hastaların laboratuvar verileri ve pelvik ultrasonografi(USG) bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji polikliniğinden takipli hirsutizmli kızların biyokimyasal, hormonal parametreleri ve pelvik USG'de over volümleri incelendi.

BULGULAR: Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Endokrinoloji Polikliniğinde izlenen 77 olgu(yaşları 10.2-17.5 yıl) çalışmaya alındı. Total testosteron ortalama 40,57±15,32 ng/ml, 17-OHP (17 Hidroksi Progesteron) ortalama 1,33±0,72 ng/ml, Androstenedion ortalama 7,98±35,77 ng/ml, DHEAS (Dihidroksiepiandrostenodion Sülfat) ortalama 333,78±170,11 μg/dl, Prolaktin ortalama 19,02±13,74 μg/dl, LH (Luteinizan Hormon) ortalama 6,04±4,73 mIU/mL, FSH (Follikül Stimulan Hormon) ortalama 4,25±1,73 mIU/mL, LH/FSH oranı ortalama 1,5±0,99 mIU/mL, SHBG (Seks Hormonu Bağlayıcı Globulin) ortalama 35,6±27,47 nmol/L saptandı. Olgularımızın %13,7' sinde dislipidemi ve %15,5'inde bozulmuş glukoz toleransı saptandı. Olguların sağ over ölçümleri ortalama 7,81±4,58 ml, sol over ölçümleri ise ortalama 7,77±5,36 ml'dir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hirsutizmli olgularda dislipidemi, bozulmuş glukoz toleransı, hiperinsülinizm görülebilir. Etiyolojinin aydınlatılmasında pelvik USG faydalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hirsutismus, hormon, pelvik usg

PP-251

Standart Tedavilere Refrakter Kronik Immun Trombasitopenik Purpura

Furkan Timur[1], Emine Dağdelen[1], Önder Kılıçaslan[2], Kenan Kocabay[1]
[1]Düzce Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce
[2]Düzce Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Immun trombositopenik purpura (ITP) çocuklarda görülen akkiz trombositopenilerin en sık nedenlerinden biri olup, trombositlere karşı gelişen otoantikorların trombositleri retiküloendotelyal sistemde parçalaması ile karakterize hematolojik bir hastalıktır. ITP; trombosit yaşam süresinin kısalması, plazma antitrombosit faktörlerinin varlığı ve kemik iliğinde megakaryosit artışı ile karakterizedir. Akut İTP'de trombosit sayısı 6 ay içerisinde normale dönerken kronik İTP'de trombosit sayısı 6 aydan sonra da düşük olmaya devam eder. Çoğu zaman ITP kendini sınırlasa da, bazen uygulanan tedaviler sonrası istenen başarı elde edilememektedir. Vakamız standart tedavilere dirençli olması nedeni ile sunulmuştur.

OLGU: Bir yıldır steroide dirençli kronik ITP tanısı ile takip edilen 4 yaşında erkek hasta ağız içi peteşi, vücutta yaygın ekimoz ve karın ağrısı şikayeti ile hastaneye başvurdu. Hastanın yapılan tetkiklerinde Hb: 12.1 g/dl, lökosit sayısı 9300/mm3, platelet (plt) değeri 4000/mm3, PT:12,6 sn, PT(%): 78, INR:1,15 APTT:28,3 sn saptandı. Tam idrar tahlili normal, gaitada gizli kan negatif saptandı. Periferik yaymasında trombosit sayısı laboratuar ile uyumlu, trombosit morfolojisi doğaldı. Hastaya IVIG tedavisi verildi. Tedavi sonrası alerjik reaksiyon gelişti. İntrakranial kanama riskini önlemek amaçlı trombosit süspansiyonu verildi. Trombositopenisi devam eden hastaya standart doz metil prednisolon tedavisi denendi. Platelet değerinde yükselme saptanmayan hastaya yüksek doz metilprednozolon (YDMP) tedavisi uygulandı. YDMP uygulaması sonrası plt değeri 110000 mm3'e yükseldi.1 hafta sonra kontrolünde plt 2000 mm3'e düştüğü görüldü. Antihistaminikle birlikte IVIG ve steroid tedavisi başlanan hastanın plt değerleri 37000 mm3 yükseldi. Hastanın takip ve tedavisi devam etmektedir.

SONUÇ: Refrakter kronik ITP vakalarının tedavisi genellikle kanama riski açısından sorun olmaktadır. Bu tür vakalara uygulanan splenektomi ve sitotoksik ilaçlar ile tedavi yeni komplikasyonlar doğurabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, kronik ITP, refrakter, trombositopeni

PP-252

Gülerken Ağlar Gibi Görünen Çocuklarda Ürolojik Sorunlar Eşlik Ediyor Olabilir: Ochoa Sendromu(ÜROFASİAL SENDROM)

Nilgün Özdemir, Mehtap Akbalık Kara, Bertinge Kılıç, Mithat Büyükçelik
Gaziantep Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Gaziantep

GİRİŞ: Ochoa sendromu(ürofacial sendrom), otozomal resesif, üriner sistemin obstrüktif hastalığı ile birlikte ters yüz ifadeleri ile karakterize konjenital bir hastalıktır.. Erken teşhis ve tedavi bu hastalıkla ilişkili üriner sorunlarda daha iyi bir prognoz kurulması için hayati önem taşımaktadır.

OLGU: Onbeş aylık kız hasta düşmeyen ateş, karın ağrısı, kusma yakınmaları ile hastanemize başvurdu. Soygeçmişinde anne-baba akraba(hala-dayı çocukları), dayısı böbrek nakli olmuş, özgeçmişinde sık idrar yolu enfeksiyonu öyküsü mevcuttu. Başvurusunda fizik incelemede boy: 76 cm (10-25p), vücut ağırlığı: 9 kg (10-25 p), baş çevresi: 46 cm (50p), TA: 80/50mmHg, ateş:83,8 derece, DAS:126/dk, DSS:29/dk, SPO2:%98, genel durumu orta, soluk ve halsiz görünümde, gülerken ağlar gibi yüz ifadesi mevcut, Laboratuar tetkiklerinde üre:30mg/dl, kre:0,39mg/dl, elektrolitleri normaldi.TİT'te lökosit esteraz +3,nitrit:+2 keton +1 protein+1 idi. İdrar kültüründe 100.000 koloni E.Coli üredi. Yapılan üriner USG sinde; Bilateral böbrek pelvikalsiyel yapıları grade 2-3 dilate izlenmiş olup, pelvis A-P çapı sağda 18 mm, solda 20mm ölçüldü. Bilateral üreter seyri boyunca dilate izlendi. Voding sistoüreterografisinde; Sağ üreterde grade4 sol üreterde grade 5 reflü izlendi. DMSA ve DTPA'sında her iki böbreğin kortikal fonksiyonlarında azalma olduğu saptandı. Lumbosakral MR'ında mesane geniş ve trabeküle içinde multple divertiküller olan hastanın nörojen mesanesi mevcuttu. Hasta bulgularla ochoa sendromu düşündürdü.

SONUÇ: Sık idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile başvuran, ailede ürolojik sorunları olan, asıl önemlisi ağlarken güler gibi görünen çocuklarda, ochoa sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ochoa sendromu, monalisa

PP-253

Çocuk Acil Servislerinin Kullanımlarının Değerlendirilmesi

Yakup Çağ[1], Mustafa Özçetin[1], Abdurrahman Avar Ozdemir[2], Hanim Elveren[3]
[1]T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul
[2]İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul
[3]Biruni Üniversitesi, İstanbul Medicine Hospital, Çocuk Kliniği, İstanbul
[4]T.C. Sağlık Bakanlığı, TKHK İstanbul Anadolu Güney Bölgesi Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği, İstatistik Birimi, İstanbul

AMAÇ: Tüm dünyada çocuk acil ünitelerinin kalabalıklığı, hastalar ve sağlık çalışanları için giderek artan bir sorun haline gelmiştir. Çocuk acil servislerinin kullanımının özelliklerinin araştırılması, etkin bir acil sağlık sistemi oluşturulmasına, hasta memnuniyetinin artmasına ve maliyetlerin düşürülmesi için kaynak bilgiyi sağlayacaktır. Biz bu çalışmada; çocuk acil servislerinde verilen sağlık hizmetini ve kalitesini artırıcı uygun stratejilerin geliştirilmesine katkıda bulunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Çalışmada, 2015 yılı Ocak ve Haziran ayları arasında 2'si eğitim ve araştırma hastanesi olan toplam 8 hastanenin acil servislerine başvuran 296858 (%51,2 kız, %48,8 erkek) hasta ile aynı tarihlerde hastanelerin polikliniklerine başvuran 384171 (%46,3 kız, %53,7 erkek) hasta karşılaştırıldı.

SONUÇLAR: Olguların yaş ortalaması acile başvuranlarda 89,1 (±0,213) ay, polikliniklere başvuranlarda ise 87,2 (±0,187) ay idi. Üst solunum yolu enfeksiyonları acil servislerde en sık görülen tanı grubu olup, bunların çoğu (%63,67) ileri düzey sağlık hizmeti veren iki eğitim ve araştırma hastanesinde idi. Ayrıca tanısal amaçlı tetkik istenme de acil servislerde anlamlı olarak yüksek saptandı.

Öneriler: Acil servisin amacına uygun olarak kullanımı, acil servise başvuran gerçek acil hastalara daha hızlı ve etkin müdahale yapılabilmesi ve acil servisin kaynaklarının uygun olarak kullanılabilmesi bakımından önemlidir. Acil servisin doğru kullanımını engelleyen faktörlerin saptanması ve çözüm önerileri için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk acil; Kalabalık; Acil dışı

PP-254

Yenidoğan Hemorajik Hastalığı Tanılı Olguların Özellikleri

Hatice Ayşe Yüce Özdemir[1], Meltem Gürbüz[1], Saadet Akarsu[1], Mustafa Aydın[2], Erdal Taşkın[2]
[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan BD, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ: Yenidoğan ve infantlarda kanama yaşamı tehdit eden acillerdendir. Vitamin K eksikliği yenidoğan kanamalarının en sık sebeplerinden biridir. Bu hastalığın insidansı %0.25–0.5'dir. Biz de, vitamin K eksikliği kanaması (VKDB) (yenidoğanın hemorajik hastalığı) tanısı ile yatırılan olguların; özelliklerini belirleyerek, böyle ciddi bir komplikasyondan kaçınabilmek ve tedavisini erken yapabilmek için daha fazla neler yapılabilir belirlemek istedik.

YÖNTEM: Hastanemiz Çocuk Hematoloji Onkoloji BD ve Yenidoğan BD'nda; VKDB tanısı ile yatırılan 16 olgunun özellikleri araştırıldı.

BULGULAR: VKDB tanılı 16 olgunun özellikleri tablo halinde verildi. Demografik özellikleri, doğum şekli, vitamin K yapılma öyküsü, beslenme şekli, laboratuvar değerleri, tedavi şekli ve sekel gelişimi belirtildi. Olgularımızdan sadece biri pretermdi. 3 olguda serebral palsi ve 1 olguda fasiyal paralizi izlendi. 1 olgu ölümle sonuçlandı. 7 olguda vitamin K yapılmamıştı. 1 olguda bu öykü net olarak bilinmiyordu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hemostaz mekanizması yenidoğanda farklıdır. Yenidoğanlar vitamin K eksikliği ve kanama belirtilerine eğilimlidirler. Yenidoğanda, VKDB çok fazla nedenden dolayı olabilir. Vitamin K'nın düşük tranplasental geçişi, anne sütünün yetersizliği, barsaktaki vitamin K sentezi için bakteriyal floranın eksikliği ve karaciğerin olgunlaşmış olmaması bunlardan bazılarıdır. Klasik olarak VKDB yaşamın 2-3. gününde meydana gelir. Göbek, burun, gastrointestinal kanal ve sünnet gibi cerrahi işlemleri takiben meydana gelir. Geç VKDB yaşamın ilk haftasından sonra (2-16 hafta) meydana gelir. İnfant sıklıkla predispozan bir duruma (kronik ishal, malabsorbsiyon, karaciğer disfonksiyonu, geniş spektrumlu antibiyotiklerin uzun süre uygulanması) sahiptir. Doğumda vitamin K uygulamasını ihmal edenlerde de görülür. Geç VKBD'ların %60-70'i intrakraniyal kanama şeklindedir. Trombosit sayısı, protrombin zamanı (PT) ve aktive parsiyel tromboplastin zamanı (aPTT), VKBD tanısı için; 3 önemli laboratuvar incelemesidir. Tedavide 1 mg vitamin K uygulanır. Aktif kanama durumunda 10 ml/kg taze donmuş plazma (TDP) ihtiyaca göre 8–12 saat ara ile tekrarlanır. Olguların %50'sinde vitamin K yapılmadığının görülmesi hala bu konuda eksikliklerimizin olduğunu göstermektedir. Her yenidoğana vitamin K yapılması özenle sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, infantlarda, olgu

PP-255

Von Willebrand Hastalığında Şiddetli Menstruel Kanama

Meltem Gürbüz[1], Hatice Ayşe Yüce Özdemir[1], Saadet Akarsu[2]
[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Elazığ
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji BD, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ: von Willebrand hastalığı (VWD) dünyada en yaygın görülen kanama hastalığıdır. Genel popülasyonda %0.1-1 arasında görülür. Erkek ve kadınlar eşit etkilenir. VWD olan kadınlar menstruasyon sürecinde cinsiyete özel hemostatik değişiklikler yaşarlar. Şiddetli menstruel kanama (HMB) her menstruel dönemde >80 ml kanama olarak tanımlanır. VWD olan kadınlarda HMB %10-92 arasıdır. Menoraji demir eksikliği anemisi, psikolojik stres, azalmış yaşam kalitesi, işe gidilen gün sayısında azalma, yaşam tarzında bozulma ve artmış sağlık harcamalarına yol açar. Bu nedenle, HMB olan; VWD tanılı kız çocuklarında, menstruel kanamanın özelliklerini ve yaklaşım şeklini belirlemek istedik.

YÖNTEM: HMB olan; VWD tanılı 6 kızın menstruel kanama özellikleri ve yaklaşım şekli belirlendi.

BULGULAR: Tüm olgularımız tip 1 VWD olup verileri tablo halinde verildi. VWF:Ag 2-14 IU/dL, VWF:RCo 2-17.9 IU/dL, F8 0.38-41 IU/dL, PTZ 11.9-13.9 sn ve PTT 33.9-68 sn idi. Kızlardan 4'ü Hb 4.8-6 g/dL olunca 1-2 ünite eritrosit süspansiyonu almışlardı. Eritrosit süspansiyonu almayan 2 kız olguda Hb 7.4-11.6 g/dL olup demir eksikliği tedavisi ile Hb değeri normale yükseltilmişdi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: VWD tanılı kadınlarda HMB ve HMB olan kadınlarda VWD yüksek sıklıkta görülür. HMB olanlarda VWD prevalansı %5-20'dir. Tüm olgularımızda depo demiri normalin altında idi. HMB kontraseptif ilaçlar, levonorgestrel salınımı yapan intrauterin sistemler ve traneksamik asit gibi ilaçlar ile yönetilir. Desmopressin (DDAVP) ve VWF/faktör VIII konsentreleri bir seçenek olabilir. VWF ve FVIII sentezini uyaran kombine oral kontraseptifler %70 etkilidirler. Kombine oral kontraseptifler, traneksamik asit ve DDAVP ilk tedavi seçeneğidir. Oysa VWF içeren faktörler %1.6 olguda ilk seçenek olarak verilmek durumunda kalınabilir. VWF/faktör VIII konsentreleri 3. sırada kullanılacak ürünlerdir. Olgularımızda overde kist olan 2 olguda da F8+VWF konsantresi verilerek kanama durdurulabilmiştir. Olguların 5'inde de, F8+VWF konsantresi almadan kanama kontrol altına alınamıştır. Bir olguda kanama durdurulamayınca F7 ve F8+VWF konsantresi birlikte verilerek kanama durdurulabilmiştir. VWD tanısı konulduğunda menstruel kanama hakkında hastalar bilgilendirilmeli ve kanamaları başladığında yakın takip edilmelidirler.

Anahtar Kelimeler: Von willebrand, menstruel, kanama

PP-256

Polihidramniyoz ve Poliüri ile Başvuran Bartter Sendromu Olgusu

Gülben Özgül Postuk, Güneş Işık, Filiz Aktürk Acar, Alper Han Çebi[2], Mukaddes Kalyoncu
Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Trabzon

GİRİŞ: Antenatal Bartter Sendromu, nadir görülen herediter bir hastalıktır. Renal tuz kaybı, hipokalemik metabolik alkaloz, yüksek renin ve aldosteron düzeyine rağmen kan basıncının normal olmasıyla karakterizedir. Poliüri nedeni ile danışılıp antenatal Bartter Sendromu tanısı alan bir hastayı sunduk.

OLGU: Bir haftalıkken poliüri yakınması ile Çocuk Nefrolojisi'ne danışılan kız hastanın, 30 haftalık, 1500 gr ağırlığında doğduğu, soy geçmişinde kardeş ölüm öyküsü (biri intrauterin, diğerleri üç günlükken ve iki yaşında) bulunduğu öğrenildi. Postnatal ilk elektrolit ve böbrek fonksiyon testlerinin normal olduğu, respiratuvar distres sendromu nedeniyle mekanik ventilatör desteği ve sürfaktan verildiği, bir hafta içinde idrar çıkış hızının giderek artıp, 23 ml/kg/sa çıktığı öğrenildi. Prerenal böbrek yetmezliği gelişen hastanın serum sodyum düzeyi 109 mmol/L, potasyum düzeyi 2,2 mmol/L ve klor düzeyi 67 mmol/L idi. Arteriyel kan gazı metabolik alkaloz ile uyumlu idi. İdrar çıkış hızına göre sıvı desteği, elektrolit değerlerine göre sodyum ve potasyum desteği verilen hastanın, antenatal öyküsünde polihidramniyoz olduğu öğrenildi. Genetik inceleme sonucunda SLC12A1 geninde mutasyon belirlendi. Mevcut bulgularla hastaya antenatal Bartter Sendromu tanısı konularak, indometazin tedavisi başlanıp, elektrolit desteğine devam edildi. Böbreğin aralıklı ultrasonografik değerlendirmesinde, başlangıçta normal iken beş aylık olduğunda nefrokalsinozis saptandı.

SONUÇ: Antenatal Bartter Sendromunun erken tanı ve tedavinin morbidite ve mortaliteyi olumlu yönde etkilediği görüldü. Bu olguyu sunarken, ölü doğum, kardeş ölümü ve polihidramniyoz öyküsü olan, poliüri ile başvuran hastalarda Bartter Sendromu'nun akılda tutulması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Bartter, polihidramniyoz, poliüri

PP-257

Mastoidit ve Fasiyal Paralizi İle Seyreden Akut Süpüratif Otitis Media Olgusu

Ece Demirci Bodur, Lida Bülbül, Canan Hasbal Akkuş, Hamit Boloğur, Merve Yöndem, Salman Alazab, Nevin Hatipoğlu, Sadık Sami Hatipoğlu
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Akut otitis media (AOM) çocukluk çağının en sık görülen enfeksiyonlarından biridir. Tüm çocukların %85'i en az bir kez AOM atağı geçirmektedir. AOM'ye bağlı intrakranial ve ekstrakranial komplikasyonların gelişebilmektedir. Akut mastoidit AOM'nin en sık ekstrakranial komplikasyonudur. Mastoid hava hücrelerinde ödem, inflamasyon ile karakterizedir ve kemik destrüksiyonu, abse gelişimi sıklıkla eşlik edebilir. Bu bildiride AOM'ye sekonder mastoidit ve fasiyal paralizi gelişen on aylık bir olgu sunulacaktır.

OLGU: On aylık erkek hasta sağ kulaktan sarı renkli akıntı, sağ yanak ve çenede şişlik, ateş ile başvurdu. Öyküsünde üç gündür ateş ve huzursuzluğunun olduğu, akıntı ve şişliğin bugün başladığı, travma öyküsünün olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilinci açık, ajite, vücut ısısı 39 C, nabız 140 atım/dk, tansiyon 90/60 mmHg, sağ preaurikular bölge ödemli ve hassas, sağ dış kulak yolunda sarı seröz akıntı mevcut, sağ timpanik zar hiperemik ve ödemli, sağ periferik fasiyal paralizisi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Özgeçmişinde özellik yoktu, aşıları zamanına göre yapılmıştı. Tetkiklerinde beyaz küre 33.600 (%78,5 nötrofil, %12,3 lenfosit, %2,7 monosit, %0,03 eozinofil) C-reaktif protein (CRP) 25,9 mg/dl, prokalsitonin 1,98 ng/ml, LDH 500 U/L, üre 15 mg/dl, ürik asit 4,5 mg/dl. Temporal kemik tomografisi çekildi. Sağda mastoid hücrelerde, orta kulak boşluğunda, kemik zinciri etrafında, mastoidantrumda, epitimpanik alanda yaygın yumuşak doku dansiteleri, pre ve postauriküler bölgede cilt altı yumuşak dokularda belirgin ödem izlendi. Sağ parotis bezi kalın ve heterojen, nazofarenks posterior duvarı kalın ve hava kolonunu daraltmaktaydı. Süpüratif otitis mediaya sekonder mastoidit komplikasyonu tanısı koyuldu. Sağ kortikal mastoidektomi+sağventilasyon tüpü aplikasyonu uygulandı, intravenöz seftriakson başlandı. Mastoid kemikteki pürülan debristen gönderilen kültüründe Streptococcus pyogenes üredi (ampisilin, klindamisin, eritromisin, penisilin G duyarlı). Tedavinin ikinci gününden itibaren ateşi gözlenmedi. Tedavi ile CRP ile prokalsitonin düzeylerinde düşüş ve klinik düzelme gözlendi.

SONUÇ: Olgumuzda erken görüntüleme yapılarak erken tanı ve tedavi ile, bu yaş grubunda invaziv seyredebilecek olan Streptococcus pyogenes enfeksiyonu intrakranial komplikasyon gelişmeden sınırlandırılmıştır.

YAZAR İNDEKSİ

Abalı, Saygın SS-10, TP-15, TP-19
Abbasaliyev, Vugar TP-02, PP-163
Abidin, İlhan PP-119
Acar, Nurcan PP-017, PP-018, PP-243
Acar, Yeşim PP-107
Acar, Zeynep Ayşe PP-048
Adaletli, İbrahim PP-045
Ak, Belkıs PP-171
Akarsu, Saadet PP-254, PP-255
Akay, Ahsen PP-064, PP-077
Akbeyaz, İsmail Hakkı SS-10
Akca Dinç, Gamze PP-121
Akçay, Nihal TP-02
Akdeniz, Celal PP-153
Akgül, Fatma PP-003, PP-004
Akgün, Özlem TP-29, PP-043, PP-049, PP-073, PP-075, PP-133, PP-149, PP-153, PP-218
Akın, Yasemin SS-10, TP-15, TP-19, TP-25, TP-50, PP-086, PP-087, PP-165, PP-166, PP-203
Akıncı, Nurver TP-51, TP-53, PP-159
Akkaş, Merve PP-112
Akkaya, Ali PP-231, PP-242
Akkaya, Zeynep Kahyaoğlu PP-123
Akkuş, Murat TP-43
Akkuş, Sevda PP-223
Akoğlu, Fazilet TP-59
Akova, Sevgi TP-38, PP-009, PP-015, PP-032, PP-202, PP-224
Akpunar, Fatih PP-017, PP-018, PP-243
Aksoy Okan, Meliha PP-191
Aksu, Hümeyra PP-242
Aktar, Fesih TP-41
Aktay Ayaz, Nuray TP-54
Aktekin, Elif Habibe PP-119, PP-120
Aktürk Acar, Filiz PP-256
Aktürk, Hacer PP-191
Akyay, Arzu PP-093
Akyürek, Nalan PP-039
Alay, Mehmet TP-25
Alay, Rabia TP-25
Alazab, Salman PP-256
Albayrak, Canan PP-121
Alıcıoğlu, Fatih TP-21, PP-020
Alioğlu, Bülent PP-041, PP-157
Alioğulları, Ayşegül TP-36
Alkan, Eren PP-135
Alkaya, Esat TP-54
Alkaya, Halil TP-59
Almis, Habip SS-16
Altuner Torun, Yasemin SS-08, PP-021, PP-143
Altuner, Esra PP-242
Altuntaş, Derya PP-036
Apaydın, Hasan PP-009, PP-016
Arabalı Turgutlu, Ayşe Tuba TP-05
Arat, Cem SS-17, TP-40
Araz Arşan, Hatice Bilge TP-28
Arduç, Ayfer PP-196, PP-197
Argun, Melahat SS-01, PP-009, PP-016
Argun, Mustafa PP-143
Arhan, Sevilay PP-087
Arıbaş Öz, Nefise PP-176
Arıca, Seçil TP-21, TP-22, PP-020, PP-034, PP-066
Arıca, Vefik TP-21, PP-066
Arıcan, Pınar PP-177
Arıkan Avcı, Hacer PP-015, PP-244
Arıkan, Abdullah Erdem PP-078
Arıkan, Fatma İnci PP-069, PP-198
Arıöz Habibi, Hatice PP-045
Arpacık, Mehmet SS-09
Arslan, Bengü SS-20, TP-08, PP-019, PP-105
Arslan, Derya PP-072, PP-119, PP-120, PP-142, PP-158
Arslan, Didar PP-246
Arslan, Selda TP-59
Arvas, Muhammed Hafit PP-064, PP-077
Asadova, Chinara PP-156
Asarcıklı, Fikret PP-111, PP-128, PP-132, PP-244
Aslan, Mahmut PP-201
Aslan, Nagehan PP-246
Aslantaş, Merve TP-37, PP-010, PP-011
Atakan, Sevim PP-073
Ataoğlu, Emel SS-06, PP-133, PP-152
Atash, Funda PP-113
Atay, Tuğrul SS-06
Ateş, Belen TP-40, PP-205, PP-215
Atış, Güldehan PP-038
Atlı, Halit SS-01
Atmaca Serindağ, Cansu PP-078
Atmaca, Sinan TP-57
Avcı, Mürüvvet PP-166
Avcı, Özgecan SS-03, PP-138, PP-151, PP-184, PP-210, PP-247
Avcı, Rıdvan TP-29
Ay, Gizem PP-123
Ay, Yılmaz TP-06, TP-18
Ayata Dinleyici, Meltem PP-076
Ayaz, Hatice Kevser PP-160
Ayaz, Nuray Aktay PP-014
Ayçin, Gülşah PP-036
Aydın, Ali PP-065
Aydın, Hasan Murat TP-52
Aydın, Mustafa PP-254
Aydın, Nihal PP-065
Aydın, Tahir PP-133
Aydin, Melis PP-051
Aydoğ, Özlem TP-52
Aydoğan, Dilay TP-27
Aygün, Canan SS-23
Aygün, Emre PP-028, PP-055, PP-106
Aygün, Fatih TP-55
Aygün, Hasibe Canan PP-175
Ayhan, Abdullah PP-204, PP-209
Ayhan, Yetkin TP-19
Ayta, Semih PP-149
Aytekin, Sema PP-038
Ayyıldız, Pelin TP-42, PP-147
Ayyıldız Emecen, Durdugül SS-02, PP-131, PP-136
Babayiğit, Aslan SS-15, PP-186
Bagrul, Denizhan PP-068
Bağırova, Müşerref PP-012
Bahar, Semra SS-14, TP-07
Bakır, Ayten Ceren PP-045
Bal, Berna PP-085
Baldan, Emre PP-233
Balikoğlu, Pelin PP-099
Baş, Ahmet İbrahim PP-043
Başarır, Günce PP-001
Bayrak Mengi, Asın PP-027
Bayraktar Aydın, Tugba PP-068
Bayraktar, Banu SS-02
Bayraktar, Handan TP-35
Bayraktar, Süleyman SS-12, PP-091, PP-153, PP-194, PP-195, PP-225
Bayraktar, Tuğba PP-096
Bek, Yüksel SS-23
Bektaşoğlu, İbrahim PP-054
Benli, Samet SS-16
Besimoğlu, Bahar PP-025
Besnili Acar, Duygu SS-07, TP-12, TP-13, SS-14, SS-22, TP-07, TP-11, PP-169, PP-179, PP-180, PP-182, PP-185
Beşer, Ömer Faruk PP-109
Beşiroğlu Çetin, Fatma TP-55, PP-079, PP-155, PP-240
Bezen, Diğdem PP-062, PP-181, PP-183
Bıçakçı, Zafer PP-064, PP-077
Biçer, Canozan PP-064, PP-077
Bilgin, Nurbanu TP-10, TP-39, PP-182

Birinci, Hakan PP-049, PP-075
Boloğur, Hamit PP-256
Bolu, Semih PP-060
Bora, Hüseyin PP-039
Bostan Gayret, Özlem SS-18, SS-25, TP-16, TP-46, PP-167
Boşnak, Mehmet TP-56
Boz, Nihal PP-210
Bozaykut, Abdulkadir TP-04, TP-31, PP-001, PP-022, PP-023, PP-024, PP-059, PP-097, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084, PP-098, PP-100, PP-118, PP-171, PP-173, PP-199, PP-200
Bozkurt, Ceyhun PP-132
Böcü, Ersin PP-088
Bör, Özcan PP-122
Bucak, İbrahim Hakan SS-16
Budan Çalışkan, Ayşe Bahar PP-045, PP-085, PP-133
Bulakçı, Betül PP-222
Bükülmez, Ayşegül PP-099, PP-230
Bülbül, Ali SS-07, SS-13, SS-14, SS-22, SS-24, TP-07, TP-11, TP-12, TP-13, TP-14, TP-30, PP-138, PP-169, PP-178, PP-179, PP-180, PP-181, PP-182, PP-183, PP-184, PP-185, PP-192, PP-234
Bülbül, Lida TP-02, PP-163, PP-256
Bülbül, Meral TP-41
Bülbül, Selda Fatma PP-223
Bütün, Pınar TP-40, PP-079
Büyük, Zeynep Ebrar PP-178, PP-181
Büyükavcı, Mehmet Akif PP-044
Büyükavcı, Mustafa TP-58, PP-007, PP-008, PP-123
Büyükçelik, Mithat PP-252
Büyükkale, Gökhan SS-15, PP-186, PP-187, PP-189
Büyükkayhan, Derya PP-067,
Büyükoflaz, Hatice TP-29, PP-142
Büyükşen, Osman PP-153
Cakmak, Semiha PP-068
Calapoğlu, Ahmet Salih PP-096
Calapoğlu, Tuğba PP-096, PP-068
Can Oksay, Sinem PP-191
Can, Emrah SS-18, SS-25, TP-16, TP-46, PP-167
Candan, Cengiz PP-213
Candan, Feride TP-01
Caner, İbrahim PP-172, PP-174
Cankır, Nihal PP-097, PP-098, PP-100
Cantürk, Deniz TP-27
Cav, Furkan PP-090
Cebeci, Burcu SS-15, PP-186, PP-187, PP-189
Cebeci, Zahide PP-232
Cesur, Özkan PP-033
Cesur, Yaşar PP-194
Cevher, Seval TP-28
Cındık, Nimet SS-05
Ciğerci Günaydın, Nurşen PP-026
Cömert, Meltem PP-119, PP-120
Çağ, Yakup PP-253
Çağan, Eren PP-080, PP-115
Çağan, Havva Hasret PP-115
Çağatay Karabay, Derya PP-170
Çakan, Mustafa TP-54
Çakar, Murat PP-033
Çakıl, Ayşe TP-06
Çakır, Deniz PP-089
Çakmak Çelik, Fatma SS-23
Çakmak Esen, Leyla PP-045
Çakmak, Erkan PP-149
Çakmak, Semiha PP-096
Çalışkan, Bahar PP-091
Çalışkan, Emrah SS-08
Çalışkan, Munise PP-122
Çam, Sebahat PP-101
Çavuşoğlu, Dilek PP-177
Çebi, Alper Han PP-256
Çelebi, Cemile PP-017, PP-018, PP-243
Çelebi, Ebru PP-139, PP-140
Çelik, Binnaz PP-037
Çelik, Serkan PP-143
Çelikboya, Ezgi TP-09, TP-10, PP-030, PP-056 PP-141, PP-150, PP-182, PP-204
Çeliksoy, Mehmet Halil PP-027
Çeltik, Coşkun PP-095, PP-111
Çetin, Mecnun PP-124, PP-129
Çetinkaya Polatoğlu, Esra TP-25, PP-165
Çetinkaya, Merih SS-15, PP-186, PP-187, PP-189
Çevik Çelik, Leman PP-231, PP-232
Çınar, Zehra TP-54
Çıngı Eker, Dilek PP-087
Çiçek, Alper PP-003
Çiçek, Fatih PP-088, PP-220
Çiçek, Halime PP-007
Çiftçi, Fatma TP-20
Çilsal, Zeynep PP-198, PP-211
Çipe, Funda PP-031
Çirkin Melik, Fatoş PP-226
Çitlenbik, Hale PP-003, PP-004
Çoban, Elif PP-119
Çoksüer, Fevziye PP-058, PP-059, PP-250
Çolak, Mürvet Neslihan PP-176
Çömçe, Muhammet PP-025
Çubuk, Ercan TP-41
Çulha, Işıl PP-234
Dağ, Hüseyin PP-055, PP-057
Dağdaş, Safa Mete PP-105, PP-109, PP-117
Dağdelen, Emine PP-010, PP-011, PP-251
Dalgıç, Nazan SS-02, PP-056, PP-074, PP-135, PP-207
Değermenci, Şeyda PP-005
Değirmenci, Serpil TP-04, TP-31, PP-001, PP-058, PP-059, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084, PP-098, PP-118, PP-171, PP-173, PP-199, PP-250
Deliloğlu, Burak SS-05
Demir, Adil PP-242
Demir, Ferhat PP-212
Demir, Gökşen TP-50, PP-087, PP-165, PP-203
Demir, Mesut SS-13, PP-141
Demir, Osman PP-027, PP-162
Demiraldı, Ayşe PP-021
Demiray, Sevgi PP-231, PP-232, PP-242
Demirbaş, Elif PP-021
Demircan Bilen, Tuğba PP-132
Demirci Bodur, Ece PP-256
Demircioğlu, Zeynep PP-217
Demirhan, Salih PP-001
Demirkol, Muhammet PP-090
Demiröz, Cansu PP-164
Denizyaran, Elif TP-02, PP-163
Derinöz, Okşan PP-005
Dervişoğlu, Halime PP-231, PP-232
Dervişoğlu, Pınar PP-144
Develi, Bekir Yiğit PP-139, PP-140
Dinçer, Emre PP-191
Dinçer, Neslihan PP-249
Dinlen Fettah, Nurdan PP-188
Dirim, Ayşe Burcu TP-28
Dirim, Burcu PP-048
Doğan Vural, Sema PP-131
Doğan, Ahmet PP-019
Doğan, Caner PP-027
Doğan, Mustafa PP-176
Doğru, Mahmut PP-022, PP-023, PP-024
Doğruel, Dilek PP-036
Dokucu, Ali İhsan PP-141
Domur, Esra PP-069, PP-198
Dölçel, Nil Kadriye PP-107, PP-215, PP-156, PP-205
Duman, Murat PP-003, PP-004
Dumanoğlu Doğan, İmran PP-154, PP-160

Durak, Umut PP-224
Duran Pehlivanoğlu, Nükhet Büşra PP-179
Duras, Ensar SS-17, SS-20, PP-028, PP-062, PP-066, PP-155
Durduran, Ayşe Hamde TP-58
Dursum, Mesut TP-14
Dursun, Fatma TP-20, PP-063
Dursun, Hasan TP-55, PP-054, PP-160, PP-240
Dursun, Mesut TP-11, PP-192
Durucu Tiryaki, Betül TP-15
Dülek, Hatice PP-038
Dülger, Şerife TP-15
Dündar, Nihal Olgaç PP-177
Düşmez, İsmet PP-213
Düzenli Kar, Yeter PP-076, PP-122
Düzlü, Mehmet PP-039
Egici, Memet Taşkın TP-21, PP-040, PP-066, PP-222
Eke Güngör, Hatice PP-021, PP-037
Eker, Pınar SS-26
Ekici, Mahmut TP-01, PP-042
Ekin, Rezzan Ezgi TP-41
Ekşi, Sibel Tuğçe PP-106
Ekşi, Tuğçe Sibel SS-20
Elevli, Murat SS-06, TP-17, TP-29, TP-45, PP-043, PP-045, PP-047, PP-049, PP-050, PP-067, PP-073, PP-075, PP-085, PP-091, PP-112, PP-113, PP-133, PP-149, PP-152, PP-153, PP-218, PP-225
Eliaçık, Kayı PP-177
Elmas, Bahri TP-58, PP-007, PP-008, PP-172, PP-174
Eltaş, Muhammed PP-021
Elveren, Hanim PP-253
Emniyetli, Dilek TP-27, PP-239
Engin, Muhammet Mesut Nezir PP-176
Eraslan, Ezgi Gökçe TP-04, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084
Ercan, Gözde TP-38, PP-032
Erdem, Ayhan PP-016
Erdoğan, Özgür PP-039
Erdoğan, Seher SS-09, SS-26, TP-56, PP-224
Erdoğmuş, Ruhsar TP-08, PP-193, PP-219
Eren, Fatih PP-175
Erfidan, Erkan PP-014
Ergül, Ayşe Betül SS-08, PP-143
Ergül, Yakup SS-04, TP-42, TP-43, TP-44, PP-146
Ergüven, Müferret PP-088, PP-213, PP-214, PP-220,
Eroğlu, Meryem TP-34
Eroğlu, Nilgün PP-212
Eroğlu, Ömer PP-118
Erol, Meltem SS-18, SS-25, TP-16, TP-46, PP-025, PP-167
Ersavaş, Dilek Dönmez PP-123
Ersoy, Melike PP-225
Ertav, Fatma Gökçe TP-27
Esedova, Çinare PP-107
Esen, Osman PP-146
Eser Şimşek, Işıl PP-087
Eşsizoğlu, Perihan PP-246
Evci, Memnune TP-30, PP-138
Eybek, Büşra PP-111, PP-128
Eyi, Nagihan TP-27, PP-239
Fettah, Ali PP-188
Fışgın, Tunç PP-132
Genç Yüzüak, Serap PP-203
Genç, Dildar Bahar SS-03, TP-09, PP-031, PP-046, PP-131, PP-141
Gençer, Mehmet Ziya TP-21, PP-020, PP-066
Gençpınar, Pınar PP-177
Gerenli, Nelgin PP-095, PP-111, PP-128
Gergin, Özgül PP-168, PP-173
Geylan, Hadi PP-124, PP-129, PP-130
Geylani Güleç, Seda TP-48, PP-027, PP-102, PP-110, PP-116, PP-162
Ghare Mashggharavi, Doygoamaneh PP-193
Gök, Özlem SS-12
Gök, Veysel TP-46
Gökalp, Selman SS-04, TP-42
Gökay, Songül PP-143
Gökçek, İkbal SS-08, PP-143
Gökmen Yıldırım, Tülin PP-191
Göknar, Nilüfer PP-163
Gökseven, Yağmur PP-074
Gönenç, Işık PP-038
Gör, Zeynep PP-019, PP-105, PP-160
Gözmen, Salih TP-06, TP-18
Gözübüyük, Atilla Alp SS-17, PP-241
Gözütok, Vusale PP-025
Guliyeva, Vefa PP-214
Gül, Cengiz SS-09
Gül, Filiz PP-110
Gülcan Özdemir, Gülcihan PP-125, PP-126
Gülşen, Neslihan PP-061
Gümüş Doğan, Derya PP-044
Gümüşoğlu Akşahin, Berna PP-231, PP-241
Gündoğdu, Dilşat SS-14, TP-07
Gündüz, Mehmet PP-166
Güneş, Abdullah PP-041
Güneş, Meltem PP-171
Güney, Bünyamin PP-233
Güney, Bünyamin PP-115
Güney, Rabiye PP-053
Güngör, Şükrü PP-093
Günher Arıca, Seçil PP-222
Güran, Ömer PP-168
Gürbüz, Meltem PP-254, PP-255
Güren, Seda Yolgiden PP-139
Gürpınar, Gözde TP-49,PP-103, PP-104
Gürpınar, Reşat TP-24, PP-095
Gürünlüoğlu, Bengü PP-093
Güven Önel, Sinem PP-094
Güven, Dilek SS-13, TP-28, PP-048
Güven, Şirin SS-05, SS-09, SS-26, TP-05, TP-24, PP-224
Güvener, Gizem TP-40, PP-052
Güzel, Bülent SS-07, SS-14, TP-07, TP-12, TP-13, TP-14, PP-169, PP-178, PP-181, PP-183, PP-184, PP-185, PP-234
Güzel, Reyhan TP-27
Güzelbey, Tevfik PP-186
Güzeltaş, Alper SS-04, TP-42, TP-43, TP-44, PP-145, PP-146, PP-147 , PP-148
Güzin, Yiğithan TP-18
Hacıhamdioğlu, Bülent SS-21, PP-061
Hacıhamdioğlu, Duygu SS-21, PP-164
Hacıseyitoğlu, Demet PP-086
Hakbilen, Miyase PP-214
Hallaç, Eylem TP-36
Hallı, Cansu TP-27
Hamilçıkan, Saniye Berna TP-08, TP-55, PP-079, PP-106, PP-205, PP-215, PP-245
Hamilçıkan, Şahin SS-18, SS-25, TP-16, TP-46, PP-167
Hamsa, Hasan PP-143
Hançerli, Özgü PP-125, PP-126
Hasbal Akkuş, Canan TP-02, PP-256
Hatipoğlu, Dilek TP-34, PP-135
Hatipoğlu, Halil Uğur TP-45
Hatipoğlu, Nevin TP-02, PP-163, PP-256
Hatipoğlu, Sadık Sami TP-02, PP-163, PP-256
Haydin, Sertaç PP-147
Hazıroğlu Ökmen, Zeynep PP-027
Hıdımoğlu, Burcu PP-127
Hilkay Karapınar, Tuba TP-06, TP-18
Hocoğlu, Zeynep İlkşen PP-096
Işık, Güneş PP-256
İleri, Mehmet Fatih TP-51, PP-029, PP-209
İmanlı, Maharram PP-227, PP-229
İnan, Öznur SS-12
İnci, Ayşe PP-189
İrdem, Ahmet TP-55, PP-055, PP-057, PP-154, PP-155, PP-156
İrvem, Arzu TP-05

İşeri Nepesov, Merve PP-076
İşlek, İsmail SS-01, SS-26, TP-05, TP-24, TP-38, PP-089, PP-132, PP-216, PP-217, PP-221, PP-224, PP-244
Jabbari Behrouz, Sahar PP-248
Jabiyev, Elçin PP-005
Jorayev, Maksat PP-155
Kaçar, Alper SS-17, TP-40, PP-205
Kaçar, Ezgi TP-22
Kafadar, Didem PP-025
Kafadar, İhsan TP-33, PP-136, PP-204, PP-207, PP-208, PP-209, PP-210
Kafalı, Hasan Candaş SS-04, TP-42, TP-43, TP-44, PP-147, PP-148
Kahraman Esen, Hayrünisa PP-016
Kahyaoğlu, Hale PP-156
Kalaycı Oral, Tuğçe PP-116
Kalaycık Ertugay, Çiğdem TP-54
Kalkan, Şahin PP-014, PP-186
Kalyoncu, Mukaddes PP-212, PP-256
Kanbur, Atahan PP-123
Kandırıcı, Aliye SS-17
Kara, Mehtap Akbalık PP-252
Kara, Uğur Can PP-223
Kara Elitok, Gizem TP-30, PP-138
Karaaslan, Ayşe PP-086, PP-087
Karabağ Yılmaz, Esra PP-116, PP-162
Karabulut, Muhammed PP-141, PP-150, PP-151
Karaca, Aysel PP-153
Karadağ, Nazmiye Nilgün PP-191
Karadağ, Şerife Gül TP-54
Karadeniz, Ceyda PP-039
Karakaya, Nurgül PP-230
Karakayalı, Burcu TP-24, PP-089, PP-111 PP-128, PP-132, PP-216, PP-217, PP-221, PP-244
Karakoyun, Miray PP-067
Karakurt, Yakup PP-219
Karaman, Kamuran PP-124, PP-129, PP-130
Karanis, Kübra PP-079, PP-117, PP-245
Karaoğlu Asrak, Hatice PP-004
Karapapak, Murat SS-13, PP-048
Karapınar, Bülent PP-227, PP-229
Karatekin, Güner PP-190, PP-191
Karayev, Kenan PP-206
Karbuz, Adem PP-155, PP-215
Kartal, Cansu TP-52
Kartal, İbrahim TP-52
Kartin, Özlem PP-231, PP-242
Kasar, Taner TP-42, PP-145, PP-148
Katrancıoğlu, Özgür PP-042
Kaya Gümüştekin, Reyhan SS-19, PP-108
Kaya Narter, Fatma TP-15, TP-19, TP-50
Kaya, Ali SS-08, PP-143
Kaya, Ayşenur PP-026, PP-029, PP-030, PP-031
Kaya, Demet PP-174
Kaya, İbrahim Fuat PP-158
Kaya, İlknur TP-27
Kaya, Nesrin PP-150, PP-151
Kayak, Davut PP-060
Kayaş, Sevcan PP-200
Kazancı, Ebru PP-186, PP-187, PP-189
Kenç, Şenay PP-093
Kesim Usta, Ayşe Merve TP-39, TP-47
Kesim, Belgin PP-192
Keskin, Ece PP-061
Keskindemirci, Gonca TP-54
Kığılı, Gökhan PP-163
Kıhtır, Hasan Serdar TP-02
Kılıç, Bertinge PP-252
Kılıç, Ömer PP-076
Kılıç, Ülkan SS-12
Kılıçaslan, Önder TP-37, PP-010, PP-011, PP-251
Kılınç Yaprak, Zübeyde SS-25
Kılınç, Derya TP-35, TP-36
Kılınç, Mehmet Arda PP-227, PP-229
Kıral, Asuman PP-101
Kıray Baş, Evrim SS-07, SS-22, SS-24, TP-07, TP-11, TP-12, TP-13, TP-14, PP-169, PP-179, PP-180, PP-182, PP-183, PP-185, PP-234
Kırık, Serkan PP-201
Kırıköz Bedel, Elif PP-042
Kırkgöz, Hatice Hilal PP-022, PP-023, PP-024
Kırkgöz, Tarık PP-022, PP-023, PP-024
Kırmızıbekmez, Heves TP-20, PP-063
Kıvılcım, Meltem PP-044
Kızılelma Yiğit, Avidan PP-193
Kiğılı, Gökhan TP-02
Kiliç, Nevin PP-233
Kiper Mısırlıoğlu, Pınar TP-34
Kocabay, Kenan TP-37, PP-010, PP-011, PP-176, PP-251
Koç, Başak PP-125
Koç, Semra PP-231, PP-232
Koçak Kaymaz, Döndü PP-238
Koçarslan, Furkan PP-166
Koçer, Melek PP-231, PP-232, PP-242
Koçkar, Tuba PP-114
Korkmaz, Gizem TP-52
Korkut, Merve PP-161
Korkut, Seda TP-27
Kortay Canaloğlu, Sinem PP-044
Kostak Köse, Zübeyde TP-35
Koşar, Elif Bilge PP-143
Koyuncu, Ece PP-188
Kök Can, Meral PP-040
Kök, Sevilay SS-17, TP-34, TP-39, PP-136
Körbeyli, Hüseyin Kutay PP-057
Köse, Gülşen SS-03, TP-32, PP-029, PP-204, PP-209
Kösecik, Mustafa TP-58, PP-144
Köşkdereli, Gizem PP-216
Kurnaz, Dilek PP-186, PP-187, PP-189
Kurt, Fatih PP-176
Kurtaraner, Tuğçe SS-11, TP-03, TP-23, PP-046, PP-159, PP-247
Kurtuluş, Duygu PP-196, PP-197
Kuru, Bahar PP-080
Kurul, Ece PP-054, PP-055
Kuşçu, Murat PP-112
Kutluk, Günsel PP-125
Küçük, Mustafa SS-01
Küçük, Nuran PP-165, PP-166
Küçüködük, Şükrü SS-23
Küçüközer, Onur TP-32, PP-026
Küçükünal, Nihal Aslı PP-029
Külcü, Nihan Uygur PP-058
Küpçü, Zekiye SS-21, PP-061
Latt, Kyaw Zin PP-160, PP-208
Mahmudova, Günay PP-063
Maraş, Serdar Akın PP-158
Mecidova, Aysel PP-168, PP-221
Melekoğlu, Nuriye Aslı PP-170
Memiş, Recep TP-35
Meral, Rabia PP-157
Mısırlıoğlu, Pınar Kiper PP-136
Mocan Çağlar, Yasemin PP-101
Mutlubaş, Fatma PP-177
Nalbantoğlu, Ayşin PP-090
Nalbantoğlu, Burçin PP-090
Nalçacıoğlu, Hülya PP-037
Odabaşı, İlkay Özmeral PP-234
Odaman Al, Işık PP-125
Oğuz Söylemez, Demet PP-149
Oğuz, Demet PP-152
Okur, Arzu PP-039
Oner, Özdemir PP-008
Onur, Bircan PP-008

Orhan, Fevzi TP-27
Orhaner, Betül PP-080
Oto, Arzu TP-56, PP-226
Oymak, Yeşim TP-06, TP-18
Ozdemir, Abdurrahman Avar PP-253
Öcal Topcu, Didem PP-218
Öktem, Sedat PP-114
Ömerova, Vefa TP-02
Önal, Hülya Gözde TP-57
Öner, Taliha SS-11, TP-03
Ören, Ayşe PP-080
Öz, Özlem PP-080
Özalkaya, Elif PP-190
Özalp, Deniz TP-28
Özbingöl, Doruk PP-207
Özcabı, Bahar PP-058, PP-250
Özcan, Beyza PP-072
Özcan, Sibel PP-171
Özçelik, Gül TP-51, TP-53, PP-159
Özçelik, Hüseyin Samet PP-072
Özçetin, Mustafa PP-065, PP-253
Özdemir, Mustafa Kemal PP-062
Özdemir, Nihal PP-125, PP-126
Özdemir, Nilgün PP-252
Özdemir, Öner TP-58, PP-007
Özdemir, Zeynep Canan PP-076, PP-122
Özek, Esra PP-028
Özel, Alper PP-141
Özel, Hacer Özkul PP-231, PP-232, PP-235
Özer, Ruhan PP-016
Özgör, Bilge PP-201
Özgül Postuk, Gülben PP-256
Özgün Karatepe, Hande PP-191
Özgürhan, Gamze SS-21, PP-061
Özkaya, Ozan SS-17, PP-019, PP-028, PP-051, PP-052, PP-057, PP-062, PP-079, PP-104, PP-106, PP-107, PP-117, PP-134, PP-139, PP-140, PP-156, PP-205, PP-208, PP-215, PP-219, PP-240, PP-241, PP-245
Özmeral Odabaşı, İlkay SS-07, SS-14, SS-24, TP-07, TP-08, TP-12, TP-13, TP-40, TP-55, PP-169, PP-178, PP-181, PP-184, PP-185
Öztekin, Mehmet SS-16
Öztoprak, Merih PP-188
Öztürk, Adnan PP-012
Öztürk, Birol PP-105, PP-106
Öztürk, Duygu PP-181
Öztürk, Erkut SS-04, TP-42, TP-43, TP-44, PP-145, PP-146, PP-147, PP-148
Öztürk, Havva TP-27
Öztürk, Mehmet Adnan PP-013
Öztürkhan Erdek, Funda TP-35, TP-36
Özyazıcı, Sare Elif PP-175
Paksu, Muhammet Şükrü TP-57
Paslı Uysalol, Ezgi PP-125, PP-126
Payaslı, Müge PP-126
Pektaş, Ayhan PP-099, PP-230
Pençe, Sadrettin TP-45
Perkin, Sibel PP-208, PP-219
Petan, Melike İrem PP-152
Petmezci, Ercüment PP-150, PP-210
Pınarlı, Faruk Güçlü PP-039
Polat, Abdurrahman PP-025
Polat, Yeliz PP-167
Polatoğlu, Esra SS-10, TP-19, TP-50, PP-203
Rzayeva, Ramina TP-30, PP-136, PP-138
Sabancıoğulları, Enis PP-129
Sabaz, Muhammed TP-41
Sabit, Berat PP-144
Sadıkoğlu, Semiramis PP-166
Sadigov, Allahverdi PP-069, PP-211
Sağlam, Hüseyin Burak PP-001
Sağlam, Özge SS-15, PP-187
Sağsak, Elif PP-162
Saldıray, Savaş PP-161
Samadli, Vagif PP-227, PP-229
Samancı, Nedim PP-065, PP-090
Samsa, Hasan SS-08
Sancar, Mesut SS-02
Sancar, Serpil PP-233
Sarı, Erdal TP-31, PP-058, PP-059, PP-199, PP-200, PP-250
Sarıçiçek, Nil TP-31, PP-199
Sarıdemir, Hatice PP-076
Sarıtaş, Ümit PP-052
Sari, Erdal PP-118
Sarper, Nazan PP-127
Savaş Şen, Zeynep PP-041
Saygın, Esra PP-096
Saygın, Murat PP-056
Sazak, Soner TP-08, TP-55, PP-079, PP-106, PP-155, PP-205, PP-215, PP-245
Seçilmiş, Yılmaz PP-012, PP-013
Seçinti, İnci Pınar SS-03, TP-47, PP-137, PP-180, PP-207
Selalmaz, Melek PP-169
Selçuk Duru, Hatice Nilgün SS-06, TP-29, PP-067
Selen, Rıdvan PP-201
Selimoğlu, Mukadder Ayşe PP-093
Serbes, Mahir PP-036
Serdal, Güngör PP-201
Sertoğlu Al, Emine PP-242
Sevinç, Eylem PP-037
Sezer, Rabia PP-024
Sezer, Rabia Gönül PP-001, PP-006, PP-022, PP-023, PP-097, PP-098, PP-100, PP-171, PP-173
Sobay, Kübra PP-086
Solak, Nurcan PP-045
Soran, Mustafa PP-158
Sorkullu, Gizem TP-52
Soylu Üstkoyuncu, Pembe PP-143
Soyuçen, Erdoğan PP-095
Sömen Bayoğlu, Duygu PP-089, PP-217, PP-221
Söylemez, Demet Oğuz SS-06
Sözen, Hatice Gülhan PP-202
Sözeri, Betül TP-38, PP-009, PP-015, PP-032, PP-196, PP-197, PP-202, PP-216, PP-217, PP-221
Sözeri, Şehrinaz SS-22, SS-24, TP-11, TP-14
Susam Şen, Hilal PP-134, PP-140, PP-240
Sütlü, Seden PP-237
Şahin Keskin, Lütfiye SS-07
Şahin Yılmaz, Merve PP-086
Şahin, Ayşe PP-137
Şahin, Ceyhan SS-09, PP-032
Şahin, Eda TP-52
Şahin, Gözde PP-207
Şahin, Kamil SS-06, TP-17, TP-45, PP-047, PP-065, PP-067, PP-073, PP-113, PP-153
Şahin, Lütfiye SS-13
Şahin, Merve PP-203
Şahin, Murat SS-04, PP-145
Şakar, Merve TP-49
Şanlı, Senanur PP-029, PP-030, PP-031
Şaşihüseyinoğlu, Ayşe Şenay PP-036
Şeker, Elif PP-172
Şen, Hilal Susam PP-139
Şen, Tolga Altuğ PP-099, PP-230
Şenay Karagöz, Gülşah PP-202
Şendur, Ruba PP-006
Şendül, Selam Yekta TP-28
Şengör, Aysun TP-36
Şenol, Ebru TP-25, TP-50, PP-086, PP-087
Şenyürek, Mehmet Baki PP-078
Şık, Sare Güntülü TP-51, PP-030, PP-046, PP-135, PP-159
Şiraneci, Rengin PP-189

Tahtakesen, Tuğba Nur PP-126
Tanal, Melike Hande PP-173
Tanıdır, İbrahim Cansaran SS-04, PP-146
Tanrıverdi, Doğan PP-050
Tanyeri Bayraktar, Bilge SS-12, PP-091, PP-194, PP-195, PP-225
Taş, Erkan PP-203
Taş, Rukiye TP-17
Taşkın, Erdal PP-254
Taştanoğlu, Hüseyin PP-173
Taylan, Öznur Gökçe PP-195
Tekcan, Demet PP-162
Teker, Ebru PP-242
Tekin, Mehmet PP-060
Tekkeşin, Funda PP-132, PP-244
Telhan, Leyla TP-48, PP-102, PP-114
Temel, Özlem TP-04, TP-31, PP-058, PP-059, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084, PP-118, PP-199, PP-200, PP-250
Temizkan, Ramazan Cahit TP-37, PP-010, PP-011
Tınastepe, Tuba PP-177
Timur, Furkan PP-251
Tiryaki Demir, Semra SS-13, TP-28, PP-048
Tiryaki, Abdullah TP-15
Tolunay Oflu, Ayşe PP-099, PP-230
Topaktaş, Eylem PP-015
Topal, Evrim Göksoy SS-17
Topçu, Yasemin PP-114
Topçuoğlu, Sevilay PP-190
Topkarcı, Akın SS-04
Toprak, Dilek PP-040, PP-074
Toraman, Türkan TP-30, PP-138
Töret, Ersin TP-06
Tubaş, Filiz PP-069, PP-198
Tufan, Sami PP-149
Tunca Şahin, Gülhan SS-04, TP-44, PP-148
Tunçdemir, Perihan PP-130
Tunçel, Duygu SS-05
Tunçer, Tunç PP-190
Turgut, Mehmet SS-16
Turkmen, Gulsum Buse PP-068
Tutanç, Murat PP-080, PP-233
Tuzcular Vural, Zeynep Emine PP-038
Tülüce, Mahmut Esat PP-036
Tümer, Güzin SS-23
Türker, Hüsne Didem PP-003
Türkkan, Emine SS-20, TP-08, PP-052, PP-245
Türkmenoğlu, Yelda SS-17, TP-40, PP-028, PP-051, PP-052, PP-107, PP-117, PP-156, PP-208, PP-241
Türkoğlu Ünal, Ebru SS-07, SS-14, SS-22, SS-24, TP-07, TP-11, TP-12, TP-13, TP-14, PP-169, PP-178, PP-181, PP-184, PP-185
Tüten, Abdulhamit PP-190
Tüteröz, Şadiye PP-220
Tüzün, Behzat PP-147
Uluğ, Nujin PP-172, PP-174
Ulusoy, Emel PP-003, PP-004
Ural, Sündüs PP-040
Urgancı, Nafiye SS-11, SS-19, TP-03, TP-23, TP-39, TP-47, TP-48, TP-49, PP-046, PP-102, PP-102, PP-103, PP-104, PP-108, PP-110, PP-185, PP-247
User, İdil Rana PP-170
Uslu Gökceoğlu, Arife PP-157
Uslu, Ayşegül SS-22, SS-24, TP-11, TP-14
Uslu, Hasan Sinan SS-13, PP-234
Uslu, İlker PP-175
Uslu, Sinan SS-07, SS-14, SS-22, SS-24, TP-07, TP-11, TP-12, TP-13, TP-14, TP-30, PP-138, PP-169, PP-178, PP-179, PP-180, PP-181, PP-182, PP-183, PP-184, PP-185, PP-192
Usta, Ayşe Merve SS-11, SS-19, TP-03, TP-23,PP-026, PP-046, PP-108
Usta, Emre TP-50
Usta, Merve TP-49,PP-103, PP-104
Uyanık, Abdurrahim PP-017, PP-018, PP-243
Uyar, Nilüfer PP-163
Uygur Külcü, Nihan TP-04, PP-059, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084, PP-118, PP-250
Uygur Külcü, Nihan TP-31, PP-199, PP-200
Uysal, Celil PP-072, PP-142, PP-158
Uysal, Mürşide PP-055
Uysal, Nejla Çelenk PP-127
Ünal, Ebru Türkoğlu PP-192, PP-234
Ünal, İrem SS-10, TP-15, TP-19, TP-25, TP-50
Ünlü, Fatma Gül PP-007
Ünver Korğalı, Elif PP-042
Ürkmez, Dilek Özdemir PP-231, PP-232, PP-236
Üstebay, Döndü Ülker PP-064, PP-077
Üstebay, Sefer PP-064, PP-077
Üstündağ, Reyhan TP-22
Üstyol, Ala SS-06, TP-17
Vardar, Gonca PP-190, PP-191
Velioğlu Haşlak, Gökçe TP-55, PP-107, PP-134, PP-240, PP-245
Velioğlu, Gökçe PP-019
Vergin, Raziye Canan TP-06, TP-18
Vural, Sema TP-09, PP-031, PP-137
Yakut, Muhammed Nurullah PP-034, PP-134, PP-219
Yakut, Muhammet Nurullah PP-062
Yalçın, Bahar TP-27
Yalçın, Ezgi PP-195
Yamaç Dilaver, Pınar PP-114
Yapıcı, Evrim Çeliker PP-232
Yaroğlu Kazancı, Selcen TP-02, PP-163
Yartaşı Tik, Elif SS-15
Yasa, Emine Olcay PP-078, PP-088, PP-213, PP-214
Yaşar Köstek, Hümeyra TP-04, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084
Yaşar, Adem PP-069, PP-198, PP-211
Yatir Alkan, Özge PP-097, PP-098, PP-100
Yavuz, Amine PP-042
Yavuz, Mehmet Ali TP-59
Yavuz, Sevgi PP-187
Yayla, Baran PP-212
Yazar Alpay, Nil PP-001
Yazar, Ahmet Sami SS-09, SS-26, PP-224
Yazıcı, Elif Şüheda PP-013
Yener, Nazik TP-57
Yeniay Süt, Nurşah PP-006
Yeşil, Yakup PP-014
Yıldırım, Gülden SS-26, TP-05
Yıldırım, Güler SS-14, TP-07, PP-183
Yıldırım, Tülin Gökmen PP-190
Yıldırım, Ülkü Miray PP-132, PP-244
Yıldırmak, Z. Yıldız SS-03, TP-09, TP-10, PP-029, PP-031, PP-104, PP-131, PP-135, PP-137, PP-138, PP-247
Yıldız, Abdullah PP-103
Yıldız, Feyza ,
Yıldız, Feyza Mediha TP-04, TP-31, PP-006, PP-058, PP-059, PP-081, PP-082, PP-083, PP-084, PP-199, PP-200, PP-250
Yıldız, Okan TP-44
Yıldız, Refika TP-37
Yıldız, Selin PP-213, PP-214
Yıldız, Semra PP-017, PP-018, PP-243
Yıldız, Tuğba PP-017, PP-018, PP-243
Yıldız, Turan PP-008
Yıldız, Yasin PP-068, PP-096
Yıldızdaş, Dinçer PP-246
Yılmaz Semerci, Seda SS-15, PP-126, PP-186, PP-187, PP-189
Yılmaz, Arzu PP-041
Yılmaz, Banu TP-23, PP-046, PP-108
Yılmaz, Durgül PP-003, PP-004
Yılmaz, Ezgi PP-006
Yılmaz, Merve SS-10, PP-165
Yılmaz, Mustafa PP-034, PP-035

Yılmaz, Seniha PP-050
Yılmazer, Ahmet PP-101
Yiğit, Avidan Kızılelma PP-232
Yiğit, Doğakan PP-079, PP-107, PP-117, PP-193
Yiğit, Özgül SS-18, SS-25, TP-16, TP-46, PP-025, PP-167
Yiğit, Özgür TP-54
Yiğit, Ramazan Emre PP-088
Yolcu, Canan PP-152, PP-153
Yolgiden Güren, Seda TP-40, PP-051, PP-134, PP-154, PP-240
Yolsal, Güner Emel PP-001, PP-118
Yöndem, Merve PP-256
Yörük, İren PP-047
Yucak, Aysel PP-123
Yüce Özdemir, Hatice Ayşe PP-254, PP-255
Yükcü, Bekir TP-32, TP-33, PP-206
Yüksel, Mine PP-194
Yüksel, Selçuk PP-161
Yükselmiş, Ufuk PP-086
Yüzüak, Serap Genç PP-165, PP-166
Zenciroğlu, Ayşegül PP-188
Zengin, Candan TP-35
Zengin, Emine PP-127
Zengin, Nur Şeyma PP-027, PP-110, PP-116
Zübarioğlu, Tanyel PP-180, PP-182
Zübarioğlu, Umut SS-07, SS-14, SS-22, SS-24, TP-07, TP-07, TP-11, TP-12, TP-13, TP-14, PP-169, PP-178, PP-179, PP-180, PP-181, PP-182, PP-183, PP-184, PP-185,PP-192, PP-234

KONUŞMACI İNDEKSİ

Akın, Yasemin	136
Akkaya, Bahriye	41
Aktay Ayaz, Nuray	146
Aktuğlu Zeybek, Ayşe Çiğdem	111
Aydoğdu, Sema	120
Bilgen, Hülya	86
Bülbül, Ali	138
Büyükkayhan, Derya	114
Canpolat, Fuat Emre	123
Canpolat Ayhan, Aylin	72
Ceylan, Özben	126
Çağlar, Seda	52
Çetinkaya, Merih	83
Çiftçi, Ergin	113
Dikici, Mustafa	101
Doğan, Muzaffer Berna	36
Duman, Nuray	131
Dursun, Hasan	142
Ekin, İnci	38
Ertem, Mehmet	69
Genç, Dildar Bahar	61
Girit, Saniye	96
Gökben, Sarenur	79
Güzeltaş, Alper	129
Hacıhamdioğlu, Bülent	60
Hatipoğlu, Nevin	89
Karadağ, Çetin	81
Kasapçopur, Özgür	148
Köse, Gülşen	74
Kösecik, Sıla Nurcan	57
Mutlu, Birsen	54
Oğuz, Suna	134
Özkaya, Ozan	106
Salihoğlu, Özgül	115
Selalmaz, Melek	50
Sever, Lale	103
Sözeri, Betül	145
Taştekin, Ayhan	108
Turanlı, Güzide	76
Uslu, H. Sinan	117
Uyanık Çavuşoğlu, Ayfer	100
Yalaz, Mehmet	66
Zenciroğlu, Ayşegül	124

İSTANBUL İLİ
KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİ
EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANELERİ
PEDİATRİ KLİNİKLERİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ÇATISI ALTINDA
BİLİMSEL PLATFORMDA
BİR ARAYA GELİYOR...

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Haydarpaşa Sultan Abdülhamid Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocuk Dostları Derneği



Organizasyon Sekreteryası

FİGÜR KONGRE & ORGANİZASYON

FİGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.
19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center
No: 4 34360 Şişli / İstanbul - Türkiye
Tel: 0 212 381 46 00 / Fax: 0 212 258 60 78
cocukdostlari@figur.net