



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018

İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KONUŞMA VE BİLDİRİ ÖZETLERİ KİTABI

www.cocukdostlari.org
www.cocukdostlarikongresi.org



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü



Çocuk Dostları Derneğı





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Değerli Meslektaşlarımız,

Bu yıl **08-10 Mart 2018** tarihleri arasında İstanbul'da gerçekleştirilecek olan **6. Çocuk Dostları Kongresi'** ne siz değerli meslektaşlarımızı davet etmekten mutluluk ve heyecan duymaktayız.

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi tarafından düzenlenen ilk 3 kongre Pediatri camiasının yoğun katılım ve desteği ile gerçekleştirilmiş, bu durum İstanbul ilindeki Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Çocuk Kliniklerinin bütünselliğini sağlama fikrini doğurmuştur. 2016 yılında Şişli Hamidiye Etfal EAH ile birlikte Haseki EAH ile yapılan 4. Çocuk Dostları Kongresi ve 2017 yılında Okmeydanı EAH ve Ümraniye EAH birlikteliğinde düzenlenen 5. Çocuk Dostları Kongresinin başarısı bu fikri güçlendirmiştir. Ülkemizin yalnızca sağlık alanına odaklı ilk devlet üniversitesi olma özelliğini taşıyan Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin çatısı altında toplanması ile gelenekselleşen kongremiz sayesinde kısa vadede İstanbul ili Eğitim ve Araştırma Hastaneleri Çocuk Kliniklerinin uzun dönemde ise Sağlık Bilimleri Üniversitesi bünyesinde yer alan çocuk sağlığı eğitimi veren EAH'lerin birlikteliği geliştirilmeye çalışılmakta ve sağlık çalışanlarının birbiri ile olan bağlarının güçlenmesi hedeflenmektedir.

Çocuk Dostları Derneği çatısı altında Şişli Hamidiye Etfal ve Kanuni Sultan Süleyman EAH birlikteliğinde gerçekleşecek olan kongremizde sizlerin değerli destek ve katkıları büyük önem taşımaktadır. Kültür, tarih ve doğal güzellikleri açısından Türkiye'nin ve dünyanın tartışmasız en güzel şehri olan İstanbul'da hem bilimsel açıdan başarılı ve verimli, hem de sosyal açıdan zengin bir kongreyi birlikte gerçekleştirebilmek amacıyla çıktığımız bu yolda kongremizi katılımlarınızla onurlandırmanız bizleri mutlu edecektir.

Kongremizde ağırlıklı olarak çocuk sağlığı ve hastalıklarının temel konuları ve sorunları geniş bir yelpazede ele alınacak olup, Pediatri Hemşirelerine yönelik olarak pediatri hemşirelik uygulamaları ve Aile Hekimlerine yönelik pediatri esasları da kongre programımızda yer alacaktır.

"Çocuk ve Teknoloji" temasının işleneceği kongremizde, geleceğimiz çocuklarımız için **"Hep Destek Tam Destek"** felsefesini bizlerle paylaşacak olan tüm çocuk dostlarımızla birlikte olmayı umut ediyoruz.

Kongre Düzenleme Kurulu



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUK DOSTLARI DERNEĞİ YÖNETİM KURULU



Dr. Ali Bülbül

Başkan

Dr. Murat Eevli

Başkan Yardımcısı

Dr. H. Sinan Uslu

Sayman

Dr. Nazan Dalgıç

Genel Sekreter

Dr. İsmail İşlek

Genel Sekreter Yardımcısı

Dr. Çağatay Nuhoğlu

Üye

Dr. A. Merve Usta

Üye

KONGRE ORGANİZASYON SEKRETERYASI



FIGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No: 4 34360 Şişli / İstanbul - Turkey

Tel: 0 212 381 46 00 / Fax: 0 212 258 60 78

cocukdostlari@figur.net

www.cocukdostlari.org

www.cocukdostlarikongresi.org



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



KURULLAR

Onur Kurulu

Dr. Ahmet Demircan
Dr. Cevdet Erdöl
Dr. A. İhsan Taşçı

Dr. Kemal Memişoğlu

Dr. H. Mustafa Özdemir

Dr. Kerem Erkalp

Onursal Başkan

Dr. Asiye Nuhuğlu

Çocuk Dostları Derneği Başkanı

Dr. Ali Bülbül

6. Çocuk Dostları Kongresi Başkanları

Dr. Nazan Dalgıç - Dr. Kazım Öztarhan

Bilimsel Sekreteryaya

Dr. D. Bahar Genç
Dr. A. Merve Usta

Dr. Sevgi Yavuz
Dr. Günsel Kutluk

Düzenleme Kurulu

Dr. Eren Alkan
Hem. Azime Türköz Arar
Dr. Nuray Aktay Ayaz
Dr. Gönül Aydoğan
Dr. Ali Bülbül
Dr. Merih Çetinkaya
Dr. Nazan Dalgıç
Dr. Murat Elevli
Dr. D. Bahar Genç
Dr. Gözde Gürpınar
Hem. Döndü Koçak Kaymaz
Dr. Gülşen Köse

Dr. İlknur Kurt
Dr. Günsel Kutluk
Dr. Hasan Önal
Hem. Şule Özdemir
Dr. Kazım Öztarhan
Hem. Melek Selalmaz
Dr. Ayşe Şahin
Dr. Nafiye Urgancı
Dr. H. Sinan Uslu
Dr. A. Merve Usta
Dr. Sevgi Yavuz
Dr. Z. Yıldız Yıldırım

**Soyadına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.*



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KONGRE BİLİMSEL KURULU

Erdal Adal
Hasan Ağın
Figen Akalın
Celal Akdeniz
Yasemin Akın
Nurver Akıncı
Bağdagül Aksu
Nuray Aktay Ayaz
Hacer Aktürk
Bedir Akyol
Eren Alkan
Özge Altun Koroğlu
Yüksel Altuntaş
Sema Anak
Mustafa Arga
Seçil Arica
Vefik Arica
P. Feriha Arıoğlu
Emin Sami Arısoy
Selda Arslan
Sertaç Arslanoğlu
Emine Atağ
Gülsün Atar
Ali Ayçiçek
Mustafa Aydın
Banu Aydın
Kürşat Aydın
Nuran Aydın
Gönül Aydoğan
Çiğdem Aydoğmuş
Canan Aygün
Semih Ayta
Pelin Ayyıldız Hacıömeroğlu
Serap Balcı
Şevket Ballı
Okcan Basat
A. Yağmur Baş
Nilay Baş
Muzaffer Başak
Cengiz Bayram
Esen Besli
D. Besnili Acar
Diğdem Bezen
Aysun Bideci
Hülya Bilgen
Leyla Bilgin
Hülya Bingöl Çağlayan
Abdulkadir Bozaykut
Orhan Bulut
Lida Bülbül
Ali Bülbül
Gökhan Büyükkale

Derya Büyükkayhan
Yıldız Camcıoğlu
Burçe Can
Emrah Can
Emre Canbolat
Aylin Canbolat Ayhan
Cengiz Candan
Canan Caymaz
Yaşar Cesur
Mehmet Ceyhan
Serdar Cömert
Erkan Çakır
Melih Çakır
Hatice Çakmakçı
Eda Çeçen
Muhittin Çelik
Tanju Çelik
Halil Çeliksoy
Coşkun Çeltik
Merih Çetinkaya
Feyzullah Çetinkaya
Agop Çitak
Ergin Çiftçi
Arzu Çiftçi
Zerrin Çiğdem
Neşe Çimenci
Nevzat Çizmeci
Mesudiye Çizmecioglu
Asuman Çoban
Haluk Çokuğraş
Çağrı Çövener Özçelik
Türkan Dağoğlu
Nazan Dalgıç
Duygu Demir
Mesut Demir
Ahmet Demircan
Mübeccel Demirkol
Demet Demirkol
İlker Devrim
Emre Dinçer
Yeliz Doğan
Mahmut Doğru
A. İhsan Dokucu
İlyas Dökmetaş
Murat Duman
Özlem Durmaz Uğurcan
Mesut Dursun
Hasan Dursun
Muhterem Duyu
Zekiye Elçi
Nilüfer Eldeş
Murat Elevli

Funda Elmacioğlu
Ayşe Engin Arısoy
Ela Erdem
Ömer Erdeve
Cevdet Erdöl
Yakup Ergül
Kerem Erkalp
Meltem Erol
Refika Ersu
Deniz Ertem
M. Şükrü Ertürk
Memnune Evcı
Nagihan Eyi
Muazzez Garipağaoğlu
D. Bahar Genç
Ferah Genel
Nelgin Gerenli
Seda Geylani Güleç
Saniye Girit
A. Sevim Gökalp
Selman Gökalp
Gülbin Gökçay
Yasemin Gökdemir
Nilüfer Göknaç
Duygu Gözen
Hatice Gülhan Sözen
Rabiye Güney
Tamay Gürbüz
Gözde Gürpınar
Tuğba Gürsoy
Bülent Güzel
Alper Güzeltaş
Bülent Hacıhamdioğlu
Mustafa Hacımustafaoğlu
Sertaç Hanedan Onan
Enver Hasanoğlu
Alev Hasanoğlu
Sami Hatipoğlu
Nevin Hatipoğlu
Şükrü Hatun
Kaya Horasanlı
Fatma Işık
Ebru İmamoğlu
Sebahat İmamoğlu Çam
Sevil İnal
Zeynep İnce
Ahmet İrdem
İsmail İşlek
İhsan Kafadar
Vesile Kantaş
Ateş Kara
Cengiz Kara

*Soyadına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KONGRE BİLİMSEL KURULU

Ferhan Karademir
Gizem Kara Elitok
Ayşe Karaaslan
Selda Karaayvaz
Metin Karaböcüoğlu
Muhammed Karabulut
Mehmet Karacan
Gül Karaçetin
Bülent Karadağ
Ç. Ali Karadağ
Nilgün Karadağ
Fazilet Karakoç
Musa Karakürkçü
Serap Karaman
Güner Karatekin
Adem Karbuz
D. Cevdi Katlan
Sultan Kavuncuoğlu
Ayşenur Kaya
Fatma Kaya Narter
Hülya Kayserilioğlu
H. Serdar Kızırtı
Asuman Kırıl
Evrin Kıray Baş
Heves Kırmızıpekmez
Aysel Kiyak
Esin Koç
Döndü Koçak Kaymaz
Aysel Kökcü Doğan
Nilgün Köksal
Gülşen Köse
Selmin Köse
Sema Kuşuoğlu
İlknur Kurt
Arif Kut
Tufan Kutlu
Günsel Kutluk
Özgür Kuzdan
Nilgün Kültürsay
Yeliz Leblebici
Kemal Memişoğlu
Aslı Memişoğlu
Fatih Mete
Mehmet Mihmanlı
N. Motavalli Mukaddes
İlke Mungan
Birsan Mutlu
Özlem Mutluer
Çağatay Nuhoglu
Asiye Nuhoglu
İlkay Odabaşı
Suna Oğuz

Nurullah Okumuş
İlyas Okur
Alis Onar
Fahri Oyalı
Sedat Öktem
Hasan Önal
Z. Esra Önal
Taliha Öner
Elif Özalkaya
Gül Özçelik
H. Mustafa Özdemir
Şule Özdemir
Ramazan Özdemir
Gülnehal Özdemir
Şebnem Özdoğan
Eren Özek
Hande Özgün Karatepe
Hilal Özkan
Ozan Özkaya
Kazım Öztarhan
Havva Öztürk
Şükran Öztürk
Mücahit Öztürk
Esra Papatya Çakır
Yıldız Perk
Ercüment Petmezci
Esra Polat
Osman Sağdıç
Özgül Salihoğlu
Nuran Salman
Nedim Samancı
Mesut Sancar
Mehmet Satar
Melek Selalmaz
Nilgün Selçuk Duru
R. Gönül Sezer
Ayper Somer
Hanifi Soylu
Betül Sözeri
Ayşe Şahin
Murat Şahin
Figen Şahin Dağlı
Ezgi Şen Demirdogan
Merdiye Şendir
Esra Şevketoglu
Güntülü Şık
Türkan Şimşek
Serap Şişman Ötünçtemur
İ. Cansaran Tandır
A. İhsan Taşçı
M. Taşkın Egici
Ayhan Taştekin

Ebru Temizsoy
Hasan Tezer
Çetin Timur
Sevilay Topçuoğlu
Dilek Toprak
Öykü Tosun
Engin Tutar
Sebahat Tülpar
Emine Türkkkan
Ebru Türkoğlu Ünal
Azime Türköz Arar
Ahmet Uçar
Nehir Ulu Ögüt
Ayşe Uncuoğlu
Nurdan Uras
Nafiye Urgancı
H. Sinan Uslu
Ayşegül Uslu
A. Merve Usta
Z. Seda Uyan
Metin Uysalol
Nedret Uzel
Mehmet Vural
Süheyla Vurucu
Tülay Yakut
Songül Yalçın
Tuğba Yarıcı
Olca Yasa
Sevgi Yavuz
Ayşe Yıldırım
Z. Yıldız Yıldırım
Melek Yıldız
Suzan Yıldız
Ebru Yılmaz
Aysun Yılmaz
D. Yılmaz Çiftdoğan
Özgül Yiğit
Canan Yolcu
Demet Yurtsever
Sadık Yurttan
İ. Kemal Yücel
Ayşegül Zenciroğlu
Umut Zübarioğlu
Tanyel Zübarioğlu

*Soyadına göre alfabetik olarak düzenlenmiştir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PROGRAM ÖZETİ

8 MART 2018, PERŞEMBE

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU	G SALONU	H SALONU	K SALONU	L SALONU	M SALONU
08:30											
09:00											
10:30											
KAHVE ARASI											
11:00	AİLE										
12:00	HEKİMLİĞİ:	YENİDOĞAN	KAS-EKLEM	OLGULARLA							
ÖĞLE YEMEĞİ	YENİDOĞAN	TEMEL	HASTALIKLARINA	ÇOCUK							
13:00	TEMEL	MEKANİK	BÜTÜNCÜL	GÖĞÜS							
	YAKLAŞIM	VENTİLYASYON	YAKLAŞIM	HASTALIKLARI							
14:30	KURSU	KURSU	KURSU	KURSU							
KAHVE ARASI											
15:00	(WORKSHOP)										
16:30											
17:30											

KURS AÇILIŞI VE KAYIT

9 MART 2018, CUMA

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU	F SALONU
08:30						
10:30						
KAHVE ARASI						
10:45						
12:00	Tıp ve Teknoloji	Olgularla prematür bebeğin sorunlarına yaklaşım	Acilde kritik hasta	Pediyatrik kardiyak aciller (Olgularla)		
	Uydu Sempozyumu MONTERO	Akıcı antibiyotik kullanımı	Olgularla Fabry hastalığının bilinmeyen yüzleri	Altını ısıtılan çocuk		
12:30						
ÖĞLE YEMEĞİ						
13:30	Probiyotikler; klinik kullanımında pratik yaklaşımlar	Erişkin yaşta tanı alan bir çocukluk çağı hastalığı: serebrotendinöz ksantomatozis	Romatolojik hastalık mı acaba?	Çocuklarda sık görülen dermatolojik sorunlar (Olgularla)		YENİDOĞAN
14:00	Antibiyotik ilişkili ishal profilaksisinde probiyotik kullanalım mı?	Doğumhanede birşeyler değişti mi?	Genel pediatri polikliniğinde sitopenik çocuk	Sözlü Bildiri Oturumu		HEMŞİRELERİ İÇİN
15:00						
KAHVE ARASI						
15:30	Solumun yolu enfeksiyonlarında yaparken yıkımayan tedaviler	Teknoloji bağımlılığı	Çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi	Çocuk genetik konsültasyonu: Ne zaman?		TEMEL MEKANİK
16:30	Vitamin ve çinko desteği: Kılavuzlar ne diyor?	Aşılama (Olgularla)	Sık karşılaşılan GIS sorunları	Sözlü Bildiri Oturumu		VENTİLASYON KURSU
17:30						

TARTIŞMALI POSTER OTURUMU - 1

10 MART 2018, CUMARTESİ

SAAT	A SALONU	B SALONU	C SALONU	D SALONU	E SALONU
09:00	Yenidoğanda medikal hipotermi (5N 1K)	Eyvah bebeğimin kakasında kan var: Allerjik proktokolit tanısı; Kime? Nasıl?	Acil serviste aklıma takılanlar	Hastanede yaşam: Asistan olmak	
10:00 KAHVE ARASI					
10:30	Mantar enfeksiyonları oturumu	Çocuk cerrahisi konsültasyonu (Olgularla): Acil cerrahi patoloji düşünülmedi!!!	Hasta karaciğer	Asistan gözüyle problem nasıl çözülür? (Olgu sunumları)	
11:30	Öksürük: Savunma refleksi ama nereye kadar?	Nöbet	Yenidoğan döneminde oksijen kullanımı		
12:30	Uydu Sempozyumu	TARTIŞMALI POSTER OTURUMU - 2			HEMŞİRELİK
13:30	Prematüre bebeğimi nasıl korurum?	Çağımızın salgını obezite	Organik besinler ve genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO)	Kistik fibrozis	OTURUMU
14:30	Çocuklarda ne zaman makrofaj aktivasyon sendromu düşünelim?	Çocuk resusitasyonunda yenilikler	Lenfadenopati yönetimi (Olgularla)	Pediatride pratik radyoloji	
15:00 KAHVE ARASI					
15:30	Uykusuz her gece	Astım büyüünce geçer mi?	Çevresel tehditler	Hipertansiyon	
16:30	Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor"	Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor" (A Salonu)	Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor" (A Salonu)	Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor" (A Salonu)	
17:30					
					KAPANIŞ





Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

A SALONU

AİLE HEKİMLİĞİ: YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU (WORKSHOP)

Kurs Başkanları: Dilek Toprak, Serdar Cömert, Seçil Arıca

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30 Bir tarama aracı olarak yenidoğan muayenesi
09:30 - 10:00 Bebeğin antenatal değerlendirilmesi
10:00 - 10:30 Hasta bebek

Ayşegül Uslu
D. Cevdi Katlan
Seçil Arıca

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00-11:30 Cilt lezyonları
11:30-12:00 Olgularla pratik uygulama:
Uygulama koordinatorleri: Serdar Cömert, Dilek Toprak, Seçil Arıca
Grup - 1
Grup - 2
Grup - 3
Grup - 4

Okcan Basat
Umut Zübarioğlu
Mesut Dursun
Bülent Güzel
İlkay Odabaşı

12:00-13:00 Öğle Yemeği

13:00-13:30 Baş, boyun muayenesi ve gelişimsel kalça displazisi
13:30-14:00 Doğumsal kalp hastalıkları
14:00-14:30 Genital organ muayenesi

Selda Aslan
Lida Bülbül
Duygu Besnili Acar

14:30-15:00 Kahve Arası

15:30-16:00 Aile hekimliği gözü ile yenidoğana bakış
16:00-16:30 Olgularla pratik uygulama:
Uygulama koordinatorleri: Serdar Cömert, Dilek Toprak, Seçil Arıca
Grup - 1
Grup - 2
Grup - 3
Grup - 4

M. Taşkın Egici
Umut Zübarioğlu
Mesut Dursun
Bülent Güzel
İlkay Odabaşı

16.30 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

B SALONU

YENİDOĞAN TEMEL MEKANİK VENTİLYASYON KURSU

Kurs Başkanları: Merih Çetinkaya, H. Sinan Uslu

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30 Solunumun temel fizyolojisi ve mekanik ventilasyona giriş

Özgül Salihoğlu

09:30 - 10:30 Nazal CPAP ve noninvaziv ventilasyon:
Doğumhanede stabilizasyon
Yoğun bakımdaki uygulamalar

Ramazan Özdemir
Sadık Yurttan

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:30 Konvansiyonel ventilasyon yöntemleri ve destek tedaviler

Mustafa Aydın

11:30 - 12:00 Kan gazının değerlendirilmesi

Özge Altun Koroğlu

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:30 Ventilatördeki hastanın bakımı ve izlemi

Fatma Kaya Narter

13:30 - 14:00 Ventilatörden ayırma

Leyla Bilgin

14:00 - 14:30 Olgularla ventilatörde hasta izlemi

Aslı Memişoğlu

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 16:45 Mekanik ventilatör üzerinde pratik uygulamalar

Uygulama Koordinatörü: Merih Çetinkaya

RDS'li bebeğin yönetimi

Selda Arslan

TTN'li bebeğin yönetimi

Evrin Kıray Baş

PPH/Mekonyum aspirasyonu olan bebeğin yönetimi

Muhittin Çelik

Pnömotorakslı bebeğin yönetimi

Gökhan Büyükkale

Pulmoner hemorajili bebeğin yönetimi

Emre Dinçer

16:45 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

C SALONU

KAS-EKLEM HASTALIKLARINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM KURSU

Kurs Başkanları: Ozan Özkaya, Nuray Aktay Ayaz

08:30 - 09:00 **Kayıt ve Açılış**

09:00 - 10:30 **Kas iskelet sistemi muayenesi**

Oturum Başkanı: Ozan Özkaya

Romatolog gözüyle (Videolu sunum)

Ortopedist gözüyle (Videolu sunum)

Kübra Öztürk

M. Müfit Orak

10:30 - 11:00 **Kahve Arası**

Oturum Başkanı: Nuray Aktay Ayaz

11:00 - 11:30 Romatolojik hastalıklarda laboratuvar testlerinin akılcı kullanımı

11:30 - 12:00 Radyolojik değerlendirme

Mustafa Cakan

Özge Yapıcı Uğurlar

12:00 - 13:00 **Öğle Yemeği**

13:00 - 14:30 **Olgularla kas-iskelet ağrısı olan çocuk**

Oturum Başkanı: Özgür Kasapçopur

Ortopedist gözüyle

Romatolog gözüyle

Fizik tedavi uzmanı gözüyle

V. Sema Unal

Kenan Barut

Müge Erdugan

14:30 - 15:00 **Kahve Arası**

Oturum Başkanı: Ayşe Öner

15:00 - 15:45 Bağ dokusu hastalıkları: Olgularla tanısal yaklaşım

15:45 - 16:30 Tekrarlayan ateş ve döküntüsü olan hastaya tanısal romatolojik yaklaşım

Nuray Aktay Ayaz

Betül Sozeri

16:30 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

D SALONU

OLGULARLA ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI KURSU

Kurs Başkanları: *Fazilet Karakoç, Erkan Çakır*

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30 Toplumdan edinilmiş pnömoni

Emine Atağ

09:30 - 10:00 Parapnömonik efüzyon ve ampiyem

Z. Seda Uyan

10:00 - 10:30 Alt solunum yolu enfeksiyonu komplikasyonları

Erkan Çakır

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:30 Hastane kökenli ya da immünsuprese hastada alt solunum yolu enfeksiyonu

Sedat Öktem

11:30 - 12:00 Kistik fibrozis alevlenmesi

Yasemin Gökdemir

12:00 - 12:30 Çocuklarda uykuda solunum bozuklukları

Refika Ersu

12:30 - 13:30 Öğle Arası

13:30 - 14:00 Okul öncesi wheezing fenotipleri, astım ve hışıltı ayırıcı tanısı

Haluk Çokuğraş

14:00 - 14:30 Okul çağı astımı tanı ve tedavisi

Fazilet Karakoç

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:30 Astım atağı tanı ve tedavisi

Şebnem Özdoğan

15:30 - 16:00 Zor astım ve dirençli solunum yolu problemleri ayırıcı tanısı

Bülent Karadağ

16:00 - 16:30 Çocukluk çağı akciğer tüberkülozu

Arif Kut

16:30 - 17:00 Kronik solunum yetmezliği

Saniye Girit

17:00 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

E SALONU BESLENME KURSU

Kurs Başkanları: Nafiye Urgancı, Günsel Kutluk



08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

- 09:00 - 09:30 Prematürelerde beslenme
- 09:30 - 10:00 Adolesanlarda beslenme
- 10:00 - 10:30 Sporcu çocuklarda beslenme

İlke Mungan
Coşkun Çeltik
Funda Elmacioğlu

10:30 - 11:00 Kahve Arası

- 11:00 - 11:30 İştahsız çocuklarda beslenme
- 11:00 - 12:00 Veganlarda beslenme

A. Merve Usta
Nafiye Urgancı

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

- 13:00 - 13:30 Çocuklarda enteral beslenme
- 13:30 - 14:00 Malnutrisyonlu çocuklarda beslenme
- 14:00 - 14:30 Obezitede beslenme

Günsel Kutluk
Nelgin Gerenli
Muazzes Garipağaoğlu

14:30 - 15:00 Kahve Arası

- 15:00 - 15:30 Nörolojik sorunu olan çocuklarda beslenme
- 15:30 - 16:00 Yanıklı çocukta beslenme

Sebahat İmamoğlu Çam
Nafiye Urgancı

16:00 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

F SALONU

ÇOCUK HEMŞİRELİĞİNDE BAKIM VE UYGULAMALAR KURSU

Kurs Başkanları: Azime Türköz Arar, Döndü Koçak Kaymaz

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30 Ağız bakımı
09:30 - 10:00 Aspirasyon
10:00 - 10:30 Trakeostomi bakımı

Mesudiye Çizmecioğlu
Vesile Kantaş
Nagihan Eyi

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:30 Kateter bakımı
11:00 - 12:00 Basınç ülseri bakımı

Ebru Temizsoy
Şule Özdemir

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:30 Stoma bakımı
13:30 - 14:00 Vital bulguların değerlendirilmesi
14:00 - 14:30 Oksijen uygulamaları

Şükran Öztürk
Zekiye Elçi
Melih Çakır

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:30 Kan alma işlemine çocukların hazırlanması ve uygulanması
15:30 - 16:00 Kan kültürü alınması
16:00 - 16:30 Kronik hastalığı olan çocuk ve ebeveyne yaklaşım

Tuğba Yarıcı
Neşe Çimenci
Ezgi Şen Demirdoğan

16:30 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

G SALONU

ÇOCUKLARDA SIK KARŞILAŞILAN KARDİYAK PROBLEMLERE YAKLAŞIM KURSU

Kurs Başkanları: Murat Elevli, Kazım Öztarhan, Muhammed Karabulut

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30	Göğüs ağrısı ile gelen çocuğa yaklaşım; ne zaman kardiyoloğa danışalım?	Bedir Akyol
09:30 - 10:00	Senkopla gelen çocuk: Ne zaman kardiyoloji konsültasyonu?	Sertaç Hanedan Onan
10:00 - 10:30	Çocuğumun spor yapmasında sakınca var mı?	Ahmet İrdem

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:30	Kalp yetersizliği tedavisinde güncel yaklaşımlar	Ayşe Yıldırım
11:30 - 12:00	Acile artrit ile başvuran hastada ne zaman ARA düşünelim?	Figen Akalın

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:30	Çocukluk çağında sık görülen kardiyomiyopatilere olgularla yaklaşım	Orhan Bulut
13:30 - 14:00	Prematüre bebekte PDA tedavisi: Ne zaman?	Murat Şahin
14:00 - 14:30	Siyanotik yenidoğanın cerrahiye giden yolunda pediatriğin rolü	Taliha Öner

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:30	Genetik aritmilerde olgu temelli yaklaşım	Celal Akdeniz
15:30 - 16:00	Çocukluk çağında sık görülen taşikardilerde olgudan tanıya yaklaşım	Mehmet Karacan
16:00 - 16:30	Çocukluk çağında sık görülen bradikardilerde olgudan tanıya yaklaşım	Şevket Ballı

16:30 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

H SALONU

ACİL PEDİATRİK ENDOKRİN KURSU

Kurs Başkanları: *Hasan Önal, Ahmet Uçar, Banu Aydın*

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:45 Hipoglisemi
09:45 - 10:30 Diyabetik ketoasidoz

*Hasan Önal
Erdal Adal*

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:15 Tartışma-1
11:15 - 12:00 Diyabetes insipidus ve uygunsuz ADH tanı ve acil tedavisi

*Hasan Önal, Ahmet Uçar, Banu Aydın
Ahmet Uçar*

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:45 Kalsiyum metabolizması ile ilgili aciller
13:45 - 14:30 Endokrin hipertansiyon ve acil yaklaşım

*Melek Yıldız
Esra Papatya Çakır*

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:30 Tartışma-2
15:30 - 16:15 Adrenal yetersizlik
16:15 - 16:30 Değerlendirme

*Hasan Önal, Ahmet Uçar, Banu Aydın
Diğdem Bezen*

16:30 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

K SALONU

KAN VE KAN ÜRÜNLERİ TRANSFÜZYON KURSU

Kurs Başkanları: *Gönül Aydoğan, Z. Yıldız Yıldırım*

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:45 Eritrosit süspansiyonu ve tam kan kullanım alanları

Emine Türkkan

09:45 - 10:30 Trombosit süspansiyonu kullanım alanları

Çetin Timur

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:45 Taze donmuş plazma, kriyopresipitat, IVIG kullanım alanları

Gülnihal Özdemir

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:45 Transfüzyon reaksiyonları

Cengiz Bayram

13:45 - 14:30 Alloimmunizasyon, trombosit direnci

Ebru Yılmaz

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:45 Olgularla transfüzyona pratik yaklaşım: Hematoloji olguları

Gülnihal Özdemir

15:45 - 16:30 Olgularla transfüzyona pratik yaklaşım: Onkoloji olguları

Bahar Genç

16:30 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

L SALONU

HEMŞİRELERE YÖNELİK TEMEL YAŞAM DESTEĞİ KURSU

Kurs Başkanları: *Esra Şevketoğlu, Ercüment Petmezci*

08:30 - 09:00 **Kayıt ve Açılış**

09:00 - 09:45 Temel yaşam desteği

H. Serdar Kıhtır

09:45 - 10:30 Solunum yetmezliğinin tanınması ve tedavisi - 1

Güntülü Şık

10:30 - 11:00 **Kahve Arası**

11:00 - 11:45 Solunum yetmezliğinin tanınması ve tedavisi - 2

Muhterem Duyu

11:45 - 12:30 İlaçlar

Ercüment Petmezci

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 16:45 **Pratik Uygulamalar**

Temel yaşam desteği

H. Serdar Kıhtır, Ercüment Petmezci

Havayolu uygulamaları ve solunum yetmezliği yönetimi

Güntülü Şık, Muhterem Duyu

16:45 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**

* Kursumuz Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Derneği tarafından sertifikalandırılacaktır.



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



8 MART 2018, PERŞEMBE

M SALONU

DENVER GELİŞİMSEL TARAMA KURSU

Kurs Başkanı: *Gelişimsel Çocuk Nörolojisi Derneği, Gülşen Köse*

08:30 - 09:00 **Kayıt ve Açılış**

- 09:00 - 09:30 Gelişim geriliğine yaklaşım ve gelişim geriliğinin tanımında Denver tarama testinin yeri
09:30 - 10:00 Denver tanıtım video gösterimi - 1
10:00 - 10:30 Denver tanıtım video gösterimi - 2

10:30 - 11:00 **Kahve Arası**

11:00 - 12:00 Denver pratik eğitimi - 1

12:00 - 13:00 **Öğle Yemeği**

13:00 - 14:30 Denver pratik eğitimi - 2

14:30 **Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı**



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

A SALONU

08:30 - 10:30 **Açılış**

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**

10:45 - 11:30 **Tıp ve Teknoloji**

Oturum Başkanları: Enver Hasanoğlu, Asiye Nuhoğlu

Radyoloji ve teknoloji

Hematolojik parametreler ve teknoloji

Yoğun bakım ve teknoloji

M. Şükrü Ertürk
Musa Karakürkçü
Ebru Türkoğlu Ünal

11:30 - 12:30 **Uydu Sempozyumu**

Bebek beslenmesinde güncel yaklaşımlar: Esin kaynağı anne sütü

Oturum Başkanı: Mehmet Satar

Konuşmacı: Sertaç Arslanoğlu



12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:00 **Probiyotikler; klinik kullanımda pratik yaklaşımlar**

Oturum Başkanları: Mustafa Hacımustafaoğlu, Ergin Çiftçi

Konuşmacı: Ateş Kara

14:00 - 15:00 **Antibiyotik ilişkili ishal profilaksisinde probiyotik kullanalım mı?**

Oturum Başkanları: Yüksel Altuntaş, Nazan Dalgıç

Evet, kullanalım !

Hayır, kullanmayalım !

Ömer Erdeve
Dilek Yılmaz Çiftdoğan

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Solunum yolu enfeksiyonlarında yaparken yıkmayan tedaviler**

Oturum Başkanları: Yıldız Camcıoğlu, Ayşe Engin Arısoy

Konuşmacılar: Ateş Kara, Ayper Somer

16:30 - 17:30 **Vitamin ve çinko desteği: Kılavuzlar ne diyor?**

Oturum Başkanları: Alev Hasanoğlu, Türkan Dağoğlu

D vitamini: Doğru bildiğimiz yanlışlar

Çinko ve diğer vitamin destekleri: Gerekli mi?

Şükrü Hatun
İlyas Okur



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

B SALONU

08:30 - 10:30 **Açılış**

(Salon A)

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**

10:45 - 12:00 **Olgularla prematür bebeğin sorunlarına yaklaşım**
Oturum Başkanları: Nilgün Kültürsay, Güner Karatekin
Respiratuvar distres sendromu
Nekrotizan enterokolit
İntraventriküler kanama

Hanifi Soylu
Tuğba Gürsoy
Nevzat Çizmeçi

12:00 - 12:30 **Akılcı antibiyotik kullanımı**
Oturum Başkanları: Hasan Ağın, Mesut Sancar
Katil bakteriler: Son direniş

Hasan Tezer

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:00 **Erişkin yaşta tanı alan bir çocukluk çağı hastalığı: serebrotendinöz ksantomatozis**
Oturum Başkanları: Erdal Adal, Hasan Önal
Konuşmacı: Tanyel Zübarioğlu

14:00 - 15:00 **Doğumhanede birşeyler değişti mi?**
Oturum Başkanları: A. Sevim Gökalp, Asuman Çoban
Kordon klemplenme zamanı
Antenatal steroid uygulaması

Ayşegül Zenciroğlu
Ayhan Taştekin

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Teknoloji bağımlılığı**
Oturum Başkanları: Mehmet Satar, Ali Bülbül
Teknoloji nasıl bağımlılık yapar?
Bağımlılıktan korunma ve tedavi

Mücahit Öztürk
Gül Karaçetin

16:30 - 17:30 **Aşılama (Olgularla)**
Oturum Başkanları: Nuran Salman, Emin Sami Arısoy
Tamamlanmamış aşılama
Özel durumlarda aşılama

Mehmet Ceyhan
Gülbin Gökçay



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

C SALONU

08:30 - 10:30 **Açılış**

(Salon A)

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**

10:45 - 12:00 **Acilde kritik hasta**

Oturum Başkanları: Nedret Uzel, Metin Karaböcüoğlu

Sepsiste güncel tanımlamalar: Hangi hasta sepsis?

Bilinci kapalı olan hastanın yönetimi

Akut böbrek hasarında renal replasman tedavileri ve plazmaferes

Agop Çıtak

Demet Demirkol

Esra Şevketoğlu

12:00 - 12:30 **Olgularla Fabry hastalığının bilinmeyen yüzleri**

Oturum Başkanları: Yaşar Cesur, Hasan Önal

Konuşmacı: Tanyel Zübarioğlu

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:00 **Romatolojik hastalık mı acaba?**

Oturum Başkanları: İsmail İşlek, Özgül Yiğit

Konuşmacı: Ozan Özkaya

14:00 - 15:00 **Genel pediatri polikliniğinde sitopenik çocuk**

Oturum Başkanları: Sema Anak, Z. Yıldız Yıldırım

Trombositopeni

Nötropeni

Ali Ayçiçek

Serap Karaman

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Çocuğun sağlıklı ruhsal gelişimi**

Oturum Başkanları: Yıldız Perk, Sertaç Arslanoğlu

Anne rahminde bebeğin duygusal ve zihinsel gelişimi

Bebek ruh sağlığı ve bağlanma

P. Feriha Arıoğlu

Hülya Bingöl Çağlayan

16:30 - 17:30 **Sık karşılaşılan GIS sorunları**

Oturum Başkanları: Nafiye Urgancı, Sami Hatipoğlu

Karın ağrısı olan çocuk

Kusan çocuk

Koroziv madde alımı

Deniz Ertem

Günsel Kutluk

Tufan Kutlu



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

D SALONU

08:30 - 10:30 **Açılış**

(Salon A)

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**

10:45 - 12:00 **Pediyatrik kardiyak aciller (Olgularla)**

Oturum Başkanları: Murat Elevli, Alper Güzeltaş

Pediyatrik aritmik aciller

Kalp yetersizliği

Yakup Ergül
İ. Kemal Yücel

12:00 - 12:30 **Altını ıslatan çocuk**

Oturum Başkanları: Gül Özçelik, Cengiz Candan

Enürezis nokturna

İşeme bozukluklarına yaklaşım

Nurver Akıncı
Kaya Horasanlı

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:00 **Çocuklarda sık görülen dermatolojik sorunlar (Olgularla)**

Oturum Başkanları: Betül Sözeri, Fatih Mete

Konuşmacı: Burçe Can

14:00 - 15:00 **Sözlü Bildiri Oturumu**

Oturum Başkanları: Nurdan Uras

Selman Gökalp

Z. Esra Önal

Hacer Aktürk

Sebahat Tülpar

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:00 **Çocuk Genetik Konsültasyonu: Ne Zaman?**

Oturum Başkanları: Mübeccel Demirkol, Hülya Bilgen

Konuşmacı: Hülya Kayserilioğlu

16:00 - 17:30 **Sözlü Bildiri Oturumu**

Oturum Başkanları: Semih Ayta

Serdar Cömert

İ. Cansaran Tandır

Ayşe Karaaslan

Aycan Ünalp



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

E SALONU HEMŞİRELİK OTURUMU

08:30 - 10:30 **Kayıt ve Açılış**

10:30 - 10:45 **Kahve Arası**

10:45 - 11:15 **Açılış konuşmaları**

11:15 - 12:00 **Bağışıklamada yenilikler**
Oturum Başkanları: Duygu Gözen, Memnune Evcı
Konuşmacı: Zerrin Çiğdem

12:00 - 12:30 **Anafaktik şokta hemşirelik yaklaşımı**
Oturum Başkanları: Merdiye Şendir, Yeliz Leblebici
Konuşmacı: Rabiye Güney

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 15:00 **Sık Karşılaşılan Çocuk Aciller**
Oturum Başkanları: Z. Yıldız Yıldırım, Zerrin Çiğdem
Besin zehirlenmeleri
Hipoglisemi ve hiperglisemi
Konvülziyonlar

Duygu Demir
Aysel Kökcü Doğan
Aycan Ünalp

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:00 **Çocuk psikiyatrisi gözüyle madde bağımlılığı**
Oturum Başkanları: Ayşe Şahin, Gizem Kara Elitok
Konuşmacı: Arzu Çiftçi

16:00 - 16:30 **Hastam kan alacak!**
Oturum Başkanları: Selmin Köse, Hatice Çakmakçı
Konuşmacı: Döndü Koçak Kaymaz

16:30 - 17:00 **Doğal mucize: Anne sütü**
Oturum Başkanları: Sevil İnal, Serap Şişman Ötünçtemur
Konuşmacı: Duygu Gözen



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



9 MART 2018, CUMA

F SALONU

YENİDOĞAN HEMŞİRELERİ İÇİN TEMEL MEKANİK VENTİLASYON KURSU

Kurs Başkanları: Ali Bülbül, Emrah Can

08:30 - 09:00 Kayıt ve Açılış

09:00 - 09:30 Mekanik ventilasyonda temel kavramlar

09:30 - 10:00 Solunum desteği için mekanik ventilasyon kime? Ne zaman?

10:00 - 10:30 Entübasyonda hemşirenin rolü

Şule Özdemir

Eda Çeçen

Türkan Şimşek

10:30 - 11:00 Kahve Arası

11:00 - 11:30 Kan gazı değerlendirmesi

11:00 - 12:00 Non invaziv (CPAP-NSIMV) ventilasyonda bebek bakımı

Süheyla Vurucu

Nehir Ulu Öğüt

12:00 - 13:00 Öğle Yemeği

13:00 - 13:30 İnvaziv (SIMV-AC-VG) ventilasyonda bebek bakımı

13:30 - 14:00 Mekanik ventilatördeki bebeğin fizyoterapi uygulaması

14:00 - 14:30 Ekstübasyon sonrası hemşirelik izlemi

Nehir Ulu Öğüt

Aysun Yılmaz

Gülsün Atar

14:30 - 15:00 Kahve Arası

15:00 - 15:30 Entübe prematüre bebekte kanguru bakımı

15:30 - 16:30 Pratik Uygulama

Türkan Şimşek

16:30 Kapanış – Kurs Belgelerinin Dağıtımı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



10 MART 2018, CUMARTESİ

A SALONU

09:00 - 10:00 **Yenidoğanda medikal hipotermi (5N 1K)**

Oturum Başkanları: Esin Koç, Mehmet Vural

Ne? Neden? Nasıl?

Nerede? Ne zaman? Kim?

Suna Oğuz
Emre Canbolat

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**

10:30 - 11:30 **Mantar enfeksiyonları oturumu**

Oturum Başkanları: Nedim Samancı, Nurullah Okumuş

Yenidoğanda mantar enfeksiyonu

Çocukta mantar enfeksiyonu

Merih Çetinkaya
İlker Devrim

11:30 - 12:30 **Öksürük: Savunma refleksi ama nereye kadar?**

Oturum Başkanları: İlyas Dökmetaş, Nevin Hatipoğlu

Konuşmacı: Bülent Karadağ

12:30 - 13:30 **Uydu Sempozyumu**

SOAR – Antibiyotik Direnci Dataları

Konuşmacılar: Nazan Dalgıç, Devrim Ulusal



12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:30 **Prematüre bebeğimi nasıl korurum?**

Oturum Başkanları: Nilgün Köksal, Fahri Ovalı

RSV ile mücadele

Türkiye’de güncel gelişmeler

Merih Çetinkaya
Hilal Özkan

14:30 - 15:00 **Çocuklarda ne zaman makrofaj aktivasyon sendromu düşünelim?**

Oturum Başkanları: Ali Bülbul, Kazım Öztarhan

Konuşmacı: Özgür Kasapçopur

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Uykusuz her gece**

Oturum Başkanları: Olcay Yasa, R. Gönül Sezer

Pediatrist gözüyle uykusuz bebek

Psikiyatrist gözüyle uykusuz bebek

Songül Yalçın
Nahit Motavalli Mukaddes

16:30 - 17:30 **Ödüllü Yarışma “ Asistanlar Yarışıyor ”**

D. Bahar Genç, Merih Çetinkaya

17:30

Kapanış



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



10 MART 2018, CUMARTESİ

B SALONU

09:00 - 10:00 **Eyvah bebeğimin kakasında kan var: Allerjik proktokolit tanısı; Kime? Nasıl?**
Oturum Başkanları: Coşkun Çeltik, Çiğdem Aydoğmuş
Gastroenteroloji yaklaşımı
Allerji yaklaşımı
A. Merve Usta
Ayşenur Kaya

10:00 - 10:30 Kahve Arası

10:30 - 11:30 **Çocuk cerrahisi konsültasyonu (Olgularla): Acil cerrahi patoloji düşünülmedi!!!**
Oturum Başkanları: A. İhsan Dokucu, Çetin Ali Karadağ
Toraks
Batin ve genitoüriner sistem
Özgür Kuzdan
Mesut Demir

11:30 - 12:30 **Nöbet**
Oturum Başkanları: Gülşen Köse, Nilüfer Eldeş
Febril/Afebril ilk nöbet
Status epileptikus tanı ve tedavisi
Kürşat Aydın
İhsan Kafadar

12:30 - 13:30 Öğle Yemeği

13:30 - 14:30 **Çağımızın salgını obezite**
Oturum Başkanları: Aysun Bideci, Mehmet Mihmanlı
Obezitenin temelleri ve önlenmesi
Olgu örnekleri ile çocukluk çağı obezitesine yaklaşım
Bülent Hacıhamdioğlu
Cengiz Kara

14:30 - 15:00 **Çocuk resusitasyonunda yenilikler**
Oturum Başkanları: H. Sinan Uslu, Tanju Çelik
Konuşmacı: Murat Duman

15:00 - 15:30 Kahve Arası

15:30 - 16:30 **Astım büyüyünce geçer mi?**
Oturum Başkanları: Feyzullah Çetinkaya, Ayşenur Kaya
Evet, geçer!
Hayır, geçmez!
Mahmut Doğru
Mustafa Arga

16:30 - 17:30 **Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor"**
D. Bahar Genç, Merih Çetinkaya
(A Salonu)

17:30 **Kapanış**



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



10 MART 2018, CUMARTESİ

C SALONU

09:00 - 10:00 **Acil serviste aklıma takılanlar**

Oturum Başkanları: Nilgün Selçuk Duru, Metin Uysalol

Kan gazındaki gizli ipuçları

Akut faz reaktanlarının yönetimi

Esen Besli

Seda Geylani Güleç

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**

10:30 - 11:30 **Hasta karaciğer**

Oturum Başkanları: Yasemin Akın, Çağatay Nuhoglu

Karaciğer enzim yüksekliğine yaklaşım

Neonatal kolestaz

Akut karaciğer yetmezliği

Ayşen Uncuoğlu

Engin Tutar

Özlem Durmaz Uğurcan

11:30 - 12:30 **Yenidoğan döneminde oksijen kullanımı**

Oturum Başkanları: Eren Özek, Zeynep İnce

Olmazsa olmaz

Olmasa da olur

A. Yağmur Baş

Canan Aygün

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:30 **Organik besinler ve genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO)**

Oturum Başkanları: Abdulkadir Bozaykut, Vefik Arıca

Mühendis gözüyle

Diyetisyen gözüyle

Osman Sağdıç

Funda Elmacioğlu

14:30 - 15:00 **Lenfadenopati yönetimi (olgularla)**

Oturum Başkanları: Zeynep Karakaş, Alp Özkan

Konuşmacı: Bahar Genç

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Çevresel tehditler**

Oturum Başkanları: Ferhan Karademir, Dilek Toprak

Sosyal tehditlerden korunma

Fiziksel risklerden korunma

Figen Şahin Dağlı

Selda Karaayvaz

16:30 - 17:30 **Ödüllü Yarışma " Asistanlar Yarışıyor "**

D. Bahar Genç, Merih Çetinkaya

(A Salonu)

17:30

Kapanış



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



10 MART 2018, CUMARTESİ

D SALONU

09:00 - 10:00 **Hastanede yaşam: Asistan olmak**

Oturum Başkanları: Adem Karbuz, Canan Caymaz

Yurtta Asistan, Dünyada Asistan

Video gösterisi (Asistanın 24 saati)

Eren Alkan
Gözde Gürpınar

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**

10:30 - 12:30 **Asistan gözüyle problem nasıl çözülür? (Olgu sunumları)**

Oturum Başkanları: A. Merve Usta, Ferah Genel

12:30 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 14:30 **Kistik fibrozis**

Oturum Başkanları: Refika Ersu, Derya Büyükkayhan

Taramada neredeyiz? Tarama ile gelen hastaya yaklaşım
Kistik fibrozlu hasta yönetimi (Olgularla)

Nilay Baş
Ela Erdem

14:30 - 15:00 **Pediatride pratik radyoloji**

Oturum Başkanları: Muzaffer Başak, Sultan Kavuncuoğlu

Konuşmacı: M. Şükrü Ertürk

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Hipertansiyon**

Oturum Başkanları: Aysel Kıyak, Hasan Dursun

Hipertansiyonda yeni klavuzlar ne diyor?

Hipertansiyon tedavisi (Olgularla)

Nilüfer Gökner
Sevgi Yavuz

16:30 - 17:30 **Ödüllü Yarışma "Asistanlar Yarışıyor"**

D. Bahar Genç, Merih Çetinkaya

(A Salonu)

17:30 **Kapanış**



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



10 MART 2018, CUMARTESİ

E SALONU

HEMŞİRELİK OTURUMU

09:00 - 10:00 **Yeni teknolojilerin kullanıldığı hastalarda hemşirelik bakımı**

Oturum Başkanları: Birsen Mutlu, Fatma Işık

Nazal yüksek akışlı oksijen tedavisinde hemşirelik bakımı

Çocuk yoğun bakım ünitelerinde hemofiltrasyon uygulaması

Nagihan Eyi
Tülay Yakut

10:00 - 10:30 **Kahve Arası**

10:30 - 12:00 **Hemşirelik uygulamalarında yeni teknolojik yaklaşımlar**

Oturum Başkanları: Suzan Yıldız, Demet Yurtsever

Hemşirelik uygulamalarında simülasyon

Dijital uygulamalarda hemşireliğin yeri

İnovasyon ve patent alma

Sema Kuşuoğlu
Nuran Aydın
Yeliz Doğan

12:00 - 12:15 Neden çocuk hemşiresiyim? Çünkü... video gösterisi

Döndü Koçak Kaymaz

12:15 - 13:30 **Öğle Yemeği**

13:30 - 15:00 **Hemşirelikte kanıta dayalı güncel yaklaşımlar**

Oturum Başkanları: Sema Kuşuoğlu, Ali Bülbül

Fizyoterapinin yenidoğan yoğun bakımdaki rolü

Yenidoğan PICC uygulamalarında hemşirenin rolü

Ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik yöntemler ve travmatik bakım

Özlem Mutluer
Melek Selalmaz
Sevil İnal

15:00 - 15:30 **Kahve Arası**

15:30 - 16:30 **Teknoloji bağımlılığı**

Oturum Başkanları: Serap Balcı, Azime Türköz Arar

Cep telefonu kullanımı

Çocuklarda internet bağımlılığı

Çağrı Çöven Özçelik
Alis Onar

16:30 - 17:30 Ödüllü yarışma - " Hemşireler yarışıyor "

Döndü Koçak Kaymaz

17:30 **Kapanış**



Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



TARTIŞMALI POSTER OTURUMLARI

9 MART 2018

CUMA

12:30 - 13:30

E-POSTER ALANI

Oturum Başkanları		
1. Grup	Halil Çeliksoy	Ebru İmamoğlu
2. Grup	Asuman Kırıl	Heves Kırmızıpekmez
3. Grup	Nilgün Karadağ	Meltem Erol
4. Grup	Muhammed Karabulut	Hatice Gülhan Sözen
5. Grup	Hande Özgün Karatepe	Pelin Ayyıldız Hacıömeroğlu

10 MART 2018

CUMARTESİ

12:30 - 13:30

E-POSTER ALANI

Oturum Başkanları		
1. Grup	Canan Yolcu	Sevilay Topçuoğlu
2. Grup	Bağdagül Aksu	Ebru Türkoğlu Ünal
3. Grup	Elif Özalkaya	Öykü Tosun
4. Grup	Aylin Canbolat Ayhan	Ayşe Şahin
5. Grup	Umut Zübarioğlu	Esra Polat



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü



KONUŞMA ÖZETLERİ



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TEKNOLOJİ VE YOĞUN BAKIM

Ebru Türkoğlu Ünal

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Günümüzde her alanda teknolojik gelişmeler hızla ilerlemektedir. Neonatoloji alanında, 1878'de ilk inkübatörün fikrinin Tarnier (1828-1897) tarafından akla gelmesi ile başlamıştır. 1880 yılında, ilk küvöz Paris Kadın Doğum Hastanesi'nde iki prematüre bebekte kullanıldı ve sağkalımda dramatik bir artış sağlanmıştır. Daha sonra, Amerika ve diğer Avrupa ülkelerinde, 1950'li yıllarda küvöz kullanımı artmıştır. Ülkemizde ilk kez Hacettepe Tıp Fakültesi'nde 1957 yılında küvöz kullanıldı. 1970-1980'lerde ise modern küvözler yenidoğan yoğun bakım ünitesindeki yerini almıştır. Günümüzde, küvöz bakımında ileri düzey küvözler geliştirilerek neonatoloji alanında yerini aldı.

Yine neonatolojide hayat kurtarıcı bir teknolojik buluş olan mekanik ventilatörlerden önce, İskoç obstetrisyen Blundell tarafından 1800'lü yıllarda bebeklerin yaşaması için trakeal entübasyonda ilk mekanik cihazları kullandı. 1930-1950 yılları arasında, oldukça önemli yenidoğanlarda uzun süreli yardımcı solunum desteği çalışmaları yapıldı. 1960'lı yıllarda, daha fazla ünite, solunum desteği uygulamaya başladı. Ülkemizde ise ilk kez 1971'de yenidoğan bebekler için geliştirilen ilk ventilatörlerden Bournes BP Hacettepe Üniversitesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde kullanıma girdi. Mekanik ventilasyon alanında teknolojik ilerlemelerle, konvansiyonel mekanik ventilasyonun yanısıra hibrid modlar tedaviye girdi. Neonatolojide, non invaziv mekanik ventilasyon uygulaması giderek önem kazanmakta ve tercih edilmektedir.

Neonatolojide çığır açan tedavilerden biri de şüphesiz surfaktan tedavisidir. Respiratuvar distres sendromunda, hyalin membran oluşumu 1903 yıllarda tanımlansa da postnatal surfaktan tedavisi ile ilgili ilk klinik çalışmalar 1980'de yapılmış ve 1989-1991 yıllarda ilk ticari surfaktan preparatları bulunmaya başladı. 1990 lı yıllarda ilk piyasaya giren doğal surfaktanlar yanısıra sentetik surfaktan preparatlarına da geliştirildi.

Fototerapi ilk kez 1956 yılında bir yaz günü İngiltere'nin Essex kentinde, Rochford General Hospitalde başlamıştır. 1968 yılında Lucey ve arkadaşları fototerapinin yenidoğan sarılığı tedavisindeki etkinliği ve güvenilirliği konusunda yayın yaptıktan sonra başlamıştır. Son 50 yılda LED fototerapi cihazlarının da geliştirilmesi ile kan değişim sıklığında, akut bilirubin ensefalopatisi ve kernikterus oranlarında belirgin azalma sağlanmıştır.

Yenidoğanın nakil işlemi ilk kez 1900 yılında Şikago'da Dr. Joseph DeLee tarafından ilk mobil küvözün geliştirilmesiyle başlamıştır. Evde doğan bebeklerin hastaneye taşınmasında "el ambulansları" kullanılmış, 1948'de New York'ta ilk organize transport servisi kuruldu. 1958'den sonra yenidoğan naklinde hava yolu kullanılmaya başlandı. Neonatal transport konusunda pekçok aşama kaydedilmiş, ülkemizde 2001 yılında ilk kez İzmir'de başlayan neonatal transport ile ilgili düzenlemeler tüm illerimize yayılmıştır.

Günümüz teknolojik gelişmeler bize hasta başı monitorizasyonu yanısıra invaziv monitorizasyona da olanak sağlamaktadır. Yine, near infrared spektroskopisi (NIRS) ile noninvaziv doku oksijenizasyon ölçümü ve noninvaziv kardiyak output ölçümü pratikte kullanımı kolay ancak etkinliği ile ilgili ileri çalışmalara gereksinim vardır. Hasta başı amplitüd EEG ölçümleri, konvulsiyon ve hipoksik iskemik ensefalopati gibi birçok durumda oldukça yararlı olmaktadır.

Yoğun bakımlarda, görüntüleme yöntemleri (ultrasonografi, ekokardiografi, Bilgisayarlı tomografi, MR, anjiyografi ve venografi ve Difüzyon MR) hem tanı koymada hem de prognozu belirlemede bize son derece önemli bilgiler sundu. Teknolojik gelişmeler, bu görüntüleme sistemlerinin yatak başında yapılmasına da olanak sağlayarak morbidite ve mortaliteyi azaltmıştır.

Hipoksik iskemik ensefalopati, yenidoğan yoğun bakımda teknolojik ilerlemelere karşın yenidoğanda önemli morbidite ve mortalite nedendir. Hipotermi tedavisinin, perinatal asfiksidede yararlı olduğu 1955 yıllarda Westin ve ark tarafından gösterildi. Ancak, 1990'lı yılların sonundan itibaren selektif baş soğutma ve total vücut soğutma asfiktik bebeklerde tartışılmaya başlandı. Orta ve ağır asfiktik bebeklerde hipotermi tedavisi, HIE'de mortalite ve morbiditeyi azaltmada son derece önemli bir teknolojik gelişmedir.

Son yıllarda 2000 li yıllardan itibaren ECMO, inhale nitrik oksit ve hemofiltrasyon tedavileri gerek yenidoğan yoğun bakım gerekse çocuk yoğun bakımda kullanımı artmaktadır.

Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesi'nde teknoloji, yaşam sınırındaki immatür bebekler başta olmak üzere kritik hasta birçok yenidoğanda mortaliteyi azalttı. Ancak, sağ kalımın artması ile birlikte beraberinde etik, morbidite ve maliyet etkinliği gibi sorunları da getirdi. Teknoloji ile birlikte, neonatologlar ve yoğun bakım uzmanları, bu sorunların yönetiminde de rol alacaktır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



BEBEK VE ÇOCUKLARDA D VİTAMİNİ ÖLÇÜMÜ, PROFİLAKSİSİ, D VİTAMİNİ EKSİKLİĞİNİN TANIMLANMASI VE TEDAVİSİ, D VİTAMİNİ İNTOKSİKASYONUNUN ÖNLENMESİ

Şükrü Hatun

Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi

- Serum 25-Hidroksi Vitamin D ölçümü:** Sağlıklı bebek ve çocuk izleminde rutin olarak serum 25-Hidroksi Vitamin D (25-OHD) düzeyine bakmaya gerek yoktur. Yalnızca eksiklik riski taşıyanlarda serum 25-OHD düzeyi bakılabilir. Bu durumlar;
 - Rikette zemin yaratacak beslenme öyküsü olan bebekler ve rikette ait klinik bulguları (el bilek genişliği, raşitik rosary, bacak deformitesi vb.) olanlar,
 - Osteoporoz, düşük enerjili kırık öyküsü olanlar,
 - Kronik böbrek yetmezliği, kronik karaciğer hastalığı ve malabsorpsiyon ile ilişkili hastalıkları (Çölyak hastalığı, kistik fibrozis, inflamatuvar barsak hastalığı) olanlar,
 - Anti epileptik ya da steroid içeren ilaçların uzun süreli kullanımı durumunda,
 - Koyu ciltli olanlar, yüz dahil tüm vücudu örtecek şekilde giyimi tercih edenler,
 - Mental Motor Retardasyon (MMR), serebral palsi gibi gelişme geriliği ile giden ve güneş ışığından yoksun bir yaşam sürmeye neden olan durumlar,
 - Alkalan Fosfataz (ALP) ve/veya Paratiroid Hormon (PTH) yüksekliği olanlar.
- Serum 25-OHD düzeyinin değerlendirilmesi:** Serum 25-OHD düzeyi aşağıdaki tabloya göre değerlendirilmelidir.

Serum 25-OHD düzeyine göre D vitamini durumunun değerlendirilmesi (Kaynak 2).

	Serum 25- Hidroksi D vitamini Düzeyi (ng/ml)
Eksiklik	<12
Yeter-sizlik	12-20
Normal	20-100
D vitamini intoksikasyonu	>100 + Hiperkalsemi (hiperkalsüri ve PTH supresyonu ile birlikte)

- Bebek ve çocuklarda serum 25-OHD düzeyinin >20 ng/ml üzerinde tutulması yeterlidir. Daha çok erişkinler için söz konusu edilen 30 ng/ml veya daha üzerine çıkarmak şeklinde bir hedef belirlemeye gerek yoktur.
- D vitamininin iskelet dışı etkileri konusunda veriler yeterli değildir ve bu olası etkiler için ayrı (ya da daha yüksek) bir serum 25-OHD eşiği belirlenmesi için çocukluk çağında yeterli kanıt yoktur. Bu etkiler için yüksek dozda D vitamini verilmesine gerek yoktur.
- Serum 25-OHD düzeyi'nin <12 ng/ml nin altında bulunması D vitamini eksikliği olarak kabul edilmekle birlikte, rikets ile uyumlu klinik bulgular çoğunlukla 10 ng/ml'nin altında ortaya çıkmaktadır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



3. **D vitamini eksikliğinin önlenmesi (Profilaksi) :** Bebeklik döneminde D vitamini eksikliğinin önlenmesi için bütün yeni doğanlara beslenme biçimine bakılmaksızın yaşamın ilk gününden itibaren günde 400 ünite D vitamini ağızdan verilmelidir. D vitamini preparatları (400U/3damla) Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanmakta ve Aile Hekimlerince dağıtılmaktadır. Bir yaşından sonraki dönem için D vitamini ihtiyacı günde 600 ünite olarak belirlenmiştir. Bu ihtiyaç besinlerle ve/veya ağızdan D vitamini suplementasyonu ile sağlanabilir.

- D vitamini damlası başlanması için eski yıllardan kalan bir alışkanlıkla 2-3 hafta beklemeye gerek yoktur. Ülkemizde gebelik döneminde D vitamini eksikliği sık olduğu için yaşamın ilk gününden itibaren D vitamini damlası verilmelidir.
- İklim ve sosyo-ekonomik özelliklerine bakılmaksızın bütün bölgelerdeki aile hekimleri, bütün bebeklerin bir yaşın sonuna kadar günde düzenli olarak 400 ünite D vitamini almalarını sağlamakla görevlidir. Bunu sağlamak üzere, her çocuk sağlığı izlem ziyaretinde D vitamini desteği verilip, verilmediği sorgulanmalıdır.
- İlk 12 aylık dönemde profilaksi için 400 üniteden daha yüksek dozlarda D vitamini vermeye gerek yoktur; ayrıca profilaksi için D vitamini ampül içirilmesi yoluyla yüksek doz D vitamini vermeye kesin olarak gerek yoktur. Bu şekildeki tutumlar D vitamini intoksikasyonu için risk oluşturmaktadır.
- Fontanelin erken kapanması ya da fontanel küçüklüğü gibi nedenlerle D vitamini profilaksisinin bırakılmasına gerek yoktur. Ağızdan günde 400 ünite D vitamini alan çocuklarda çok nadiren (D vitamini metabolizmasındaki bazı genetik bozukluklara bağlı olarak) hiperkalsemi gelişebilir. Bu durumda D vitamini kesilebilir. Bu konudaki değerlendirmenin bir çocuk endokrinoloji uzmanınca yapılması gereklidir.
- Göçmenlerin bebek ve çocuklarında D vitamini eksikliği ve rikets sıklığı yüksektir. Ülkemizde ilk 1 yaşta uygulanan program, göçmenler için de önerilmelidir.

4. **D vitamini eksikliğine bağlı nutrisyonel rikets tedavisi:** D vitamini eksikliği derinleştiğinde ve/veya kalsiyum eksikliği ile birlikte olduğunda riketse neden olmaktadır. Rikets tanısı, klinik olarak rikets düşünülen olgularda radyolojik ve biyokimyasal bulgularla doğrulanır. Riketsli olgularda 25-OHD düzeyi genellikle 10 ng/ml in altında bulunmaktadır. Ancak rikets varlığında 25-OHD düşüklüğüne, alkalen fosfataz (>450 U/L) ve PTH yüksekliği (> 65 pg/ml) eşlik eder.

Rikets tedavisinde önerilen D vitamini tedavisi dozları (Ya günlük doz ya da tek doz sütunlarından birisi tercih edilmelidir) (Kaynak 2).

	Günlük doz, 90 gün süreyle, Ünite	Tek doz, Ünite	İdame dozu, Ünite
<3 aylık	2000	Kullanılmaz	400
3-12 ay	2000	50.000	400
12 ay-12 yaş	3000-6000	100.000	600
>12 yaş	6000	150.000	600
Yorum	Vitamin D2 veya D3 kullanılabilir	Vitamin D3 tercih edilmelidir	Vitamin D2 veya D3 kullanılabilir

- Nutrisyonel riketsdeki tedavi dozları yukarıdaki tabloda belirtilmiştir. Hekimler günlük veya tek doz şeklinde tercih yapabilirler. Bu şekilde tedavi verilen bebeklere ve çocuklara besinlerle veya ilaç olarak günde 500 mg kalsiyum tedavi süresince sağlanmalıdır.
- Düşük 25-OHD düzeyleri D vitamini suplementasyonu gerektirir. Ancak rikets tedavisinde kullanılan dozlarda veya tek yüksek doz (stoss) tedavi sadece D vitamini düşüklüğü yanı sıra ALP yüksekliği ve/veya PTH yüksekliği olan hastalarda verilmelidir. İstisna olarak D vit <12 ng/ml altında ise ALP ve PTH yüksekliği olmadan da yüksek doz tedavi verilmesinin bir sakıncası yoktur.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



- c. Göçmenlerde D vitamini eksikliği ve rikets sıklığı yüksek olup, bu gruptaki çocukların rikets bulguları bakımından daha dikkatli değerlendirilmesi ve 25-OHD <12 ng/ml olan vakalarda başka bir bulgu olmasa bile yukarıdaki tedavi dozlarında D vitamini verilmesi uygundur.

5. **D vitamini intoksikasyonu ve önlenmesi:** D vitamini intoksikasyon kararı için serum 25-OHD>100 ng/ml olması yanında hiperkalsemi (hiperkalsiüri ve PTH supresyonu ile birlikte) gereklidir. Bu kararın bir çocuk endokrinoloji uzmanı tarafından verilmesini sağlamak üzere 25-OHD>100 ng/ml olan vakalar uygun merkezlere sevk edilmeli ve/veya bir çocuk endokrinoloji uzmanı ile konsülte edilmelidir.

- Başta ilk 12 aydaki bebekler olmak üzere bütün yaşlarda nutrisyonel rikets tanısı kesinleştirmeden tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- Yalnızca serum 25-OHD düzeyine göre (ALP ve/veya PTH yüksekliği olmadan) tedavi dozunda D vitamini verilmesinden kaçınılmalıdır.
- Diş çıkarmada gecikme, bacak eğriliği ve/veya geç yürüme gibi nedenlerle laboratuvar bulgusu olmadan tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- Profilaksi ve D vitaminin kemik dışı etkileri için tek yüksek doz (stoss tedavi) D vitamini kullanılmamalıdır.
- Eczanelerden çocuklara reçetesiz D vitamini ampül verilmesi kesin şekilde önlenmelidir.
- Piyasadaki D vitamini ampüllerinde bir ampülde 100.000 ünite içerecek şekilde pozoloji değişikliği yapılmalıdır.

Kaynaklar

- Kemik sağlığı ve D vitamini eksikliği. Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği Uzlaşısı Kitabı, 2015
- Munns CF, Shaw N, Kiely M, Specker BL, Thacher TD, Ozono K, Michigami T, Tiosano D, Mughal MZ, Mäkitie O, Ramos-Abad L, Ward L, DiMeglio LA, Atapattu N, Cassinelli H, Braegger C, Pettifor JM, Seth A, Idris HW, Bhatia V, Fu J, Goldberg G, Sävendahl L, Khadgawat R, Pludowski P, Maddock J, Hyppönen E, Oduwole A, Frew E, Aguiar M, Tulchinsky T, Butler G, Högl W. Global Consensus Recommendations on Prevention and Management of Nutritional Rickets. J Clin Endocrinol Metab. 2016;101(2):394-415.
- Ross AC, Manson JE, Abrams SA, Aloia JF, Brannon PM, Clinton SK, Durazo-Arvizu RA, Gallagher JC, Gallo RL, Jones G, Kovacs CS, Mayne ST, Rosen CJ, Shapses SA. The 2011 report on dietary reference intakes for calcium and vitamin D from the Institute of Medicine: what clinicians need to know. J Clin Endocrinol Metab. 2011 Jan;96(1):53-58.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



ERİŞKİN YAŞTA TANI ALAN BİR ÇOCUKLUK ÇAĞI HASTALIĞI: SEREBROTENDİNÖZ KSANTOMATOZİS

Tanyel Zübarioğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Serebrotendinöz ksantomatozis (CTX), *CYP27A1* genindeki homozigot ya da birleşik heterozigot mutasyonlara ikincil gelişen otozomal resesif kalıtmı bir doğumsal metabolizma hastalığıdır. Klinik bulgularındaki çeşitliliğe bağlı olarak pediatri, nöroloji, ortopedi, oftalmoloji gibi farklı disiplinlerle ilgilenen klinisyenlerin ortak çalışma grubunda olan bu hastalıkta, semptomlar çocukluk döneminde başlamasına rağmen tanı sıklıkla yaşamın 3. dekadından sonra konulmaktadır. Geri dönüşümsüz nörolojik bulguların ortaya çıkmasından önce tedavi başlanması durumunda nörokognitif gerilemenin önlenemediği göz önüne alındığında çocukluk çağı CTX vakalarının tanınması büyük önem taşımaktadır.

CYP27A1 genindeki mutasyonlar, mitokondriyal sterol 27-hidroksilaz enzim aktivitesinde azalmaya yol açarak kolesterol metabolizması ve safra asidi sentezinde görevli hidroksilasyon reaksiyonlarındaki bozulmayla sonuçlanır. Hastalığın klinik bulgularından azalmış primer safra asit sentezi ile başta santral sinir sistemi olmak üzere dokulardaki kolestanol ve kolesterol birikimi suçlanmaktadır.

Hastalığın klinik bulguları nörolojik ve nörolojik olmayan bulgular olmak üzere 2 ana başlıkta toplanır. Sık görülen nörolojik semptomlar kognitif ve gelişimsel gerilik, serebellar bulgular, piramidal bulgular, ekstrapiramidal bulgular, demans, psikiyatrik bozukluklar, periferik nöropati ve epilepsi olarak sayılabilir. Ksantomlar sıklıkla yaşamın 2-3. dekadında ortaya çıkar. Juvenil katarakt, süt çocukluğu döneminde başlayan dirençli ishal ve uzamış sarılık ise hastalığın erken dönem çocuk çağı semptomları olarak belirlenmiştir. Supratentorial ve infratentorial atrofi, periventriküler ak madde lezyonları ve serebellar dentat nükleus ile serebellar ak madde tutulumu sık görülen radyolojik bulguları oluşturur.

Biyokimyasal olarak yüksek doku ve plazma kolestanol seviyesinin hastalığın tanısı için oldukça spesifik ve sensitif bir metabolik belirteç olmasına karşın kesin tanı *CYP27A1* geninin moleküler analizi ile konulur. Nörodejeneratif bir hastalık olan CTX vakalarında kalıcı nörolojik hasar gelişmeden başlanan kenodeoksikolik asit tedavisinde nörolojik bulguların gelişimi engellenebilmekte, semptomatik vakalarda başlanan tedavide ise yeni bulguların tabloya eklenmesi önlenabilmektedir.

Çoğunluğu erişkin vaka serilerine göre bildirilmiş olan yaklaşık 2 dekatlık tanısız gecikmenin önlenmesi için 2014 yılında hastalıkla ilgili bir şüphe indeksi oluşturulmuş, yakın zamanda çıkan pediatrik serilerde özellikle mental retardasyona eşlik eden serebellar bulguların, iskelet sistemi bulgularının ve polinöropatinin çocukluk çağı döneminde erken tanı için ipucu olabileceği üzerinde durulmuştur. Bu konuşmada, CTX hastalığında tanı ve tedavi gecikmesinin önlenmesi açısından farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



DOĞUMHANEDE BİR ŞEYLER DEĞİŞTİ Mİ? KORDON KLEMPLER ZAMANI

Ayşegül Zenciroğlu

SBÜ Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları SAUM Yenidoğan Kliniği

Doğum sonrası kordun klemplenme zamanı uzun zamandır bir tartışma noktası olagelmıştır.

Term ulaşmış fetö-plasental üniteye yaklaşık 105-110 ml/kg kan bulunur. Bunun 2/3'ü fetusta, 1/3'ü plasentadadır. Yani termdeki fetüsün kanının yaklaşık 1/3'ü plasentadadır.

Doğum eylemi ve doğum esnasında uterin kontraksiyonların etkisiyle plasentadan önemli bir miktarda kan fetusa/bebeğe geçer. Bu transfüzyon, doğumun olduğu andan itibaren, eğer kendi seyrine bırakılacak olursa 1-3 dakika, yani pulsasyon durana kadar sürer. Term bebeklerde kord klemplenmeden beklenirse ilk bir dakikada plasental volümün yaklaşık % 50'si, süre üç dakikaya uzatılırsa ek olarak 20-35 ml/kg kan daha bebeğe transfüze edilir. Bu miktar yaklaşık 80-90 ml'dir.

Çok gibi görünmemekle beraber, 80-90 ml kan, bebeğin yaklaşık üç aylık demir (Fe) gereksinimini karşılar. Demirin beynin büyümesi ve gelişimi için kritik öneme sahip olduğu bilinmektedir. Demir eksikliği bebeklerde kognitif ve sosyo-emosyonel bozuklukların önemli bir nedenidir ve kalıcı olabilir. Anne sütü, tek başına, bebeğin Fe gereksiniminin hepsini karşılayamadığı için çeşitli çalışmalarda kordun geç klemplenmesinin getireceği ek Fe açısından çok önemli olduğu vurgulanmaktadır.

Çok önceleri kordun kesilip bağlanmasından önce genellikle pulsasyonun durmasına imkân verilirdi. Aristotle and Hippocrates dâhil diğer bazı tıp ve bilim adamları da bu uygulamayı onaylayacak şekilde yazmışlardır.

"Kordun pulsasyonun bitmeden kesilmesi" kavramı ilk kez 1600'lü yıllarda, erkek ebelerin ortaya çıkması, sırtüstü doğum pratiğinin ve forsepsin gündeme gelmesi ve doğumun 3. evresinin yönetiminde değişikliklerin olmasıyla uygulanmaya başlanmıştır.

"Erken kord klemplenmesi" (EKK) tanımı önceleri daha çok "kordun pulsasyonun bitmeden kesilmesi" anlamında kullanılırken, bazı yayınlarda daha çok doğum sonrası 30 saniyeden önce kesilmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak Dünya Sağlık Örgütü (WHO-DSÖ) (2012), bir dakika öncesi kesilmeleri "EKK" olarak tanımlamaktadır.

"Geç kord klemplenmesi" (GKK) ise önceleri pulsasyon durduktan sonra kordun kesilmesi anlamında kullanılırken, günümüzde DSÖ, doğum sonrası kordun 1-3 dakika arasında kesilmesi olarak tanımlamaktadır. Ancak bazı çalışmalarda bu süre 30 saniyenin üzeri olarak alınmaktadır.

Erken klemplenme giderek popülerite kazanmasına karşın, başlangıcından itibaren karşıt görüşler de ortaya çıkmaya başlamıştır. Örneğin meşhur bir İngiliz hekim olan E. Darwin 1790'lı yıllarda yazdığı kitabında geç klemplemeyi savunmuştur. "Primat ve diğer memelilerde yavru yenidoğan canlandırmasını" örnek göstererek "Doğa doğru yolu biliyor" demiştir. Erken klemplemeyi "çok zararlı bir şey" olarak nitelemiş ve bebekleri olması gerekenden çok daha zayıf bıraktığını öne sürmüştür.

Yirminci yüzyıl boyunca EKK karşısında bilgiler birikmeye başlamasına karşın, pratiğe yansımamıştır. Erken klemplenmenin bir sonucu olarak anemi, 1940'larda ilk kez iddia edilmiştir. Amerikan Obstetri ve Jinekoloji Derneğinin 1950 yılında yaptığı bir ankete katılanların 2/3'ü kordun kesilme zamanının önemli olmadığını söylemişlerdir. Yine Amerika'da 2000 yılında ebeler arasında yapılan bir çalışmada, katılımların çoğu geç klemplenmenin hiçbir faydası olmadığı, ama polistemi ve sarılık riskini arttırdığı şeklinde görüş bildirmişlerdir. İngiltere merkezli olarak farklı ülkelerden kadın doğum ünitelerinin alındığı geniş katılımlı, 2009 yılında yayınlanan bir çalışmada, katılımcıların % 37'si hiç uygulamadıklarını, % 53'ü ise bazen uyguladıklarını belirtmişlerdir. İngiltere 2007 intrapartum bakım rehberinde ise (The National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE) EKK önermiştir.

Geç klempleme önerisi, yaklaşık son 10 yıldır, bazı rehberlerde yer almaya başlamıştır. Dünya Sağlık Örgütü (2012) de, bir dakikadan az olmamak üzere, anne ve bebek sağlığı ve nutrisyonu açısından olumlu etkileri olması nedeniyle klemplenmenin geciktirilmesini önermektedir.

ILCOR (International Liaison Committee on Resuscitation) (2015), canlandırma gerektirmeyen tüm term ve preterm bebeklerde göbeğin en erken 30 saniye sonra klemplenmesini önermektedir.

Yapılan randomize kontrollü çalışmalar, geç klempleme ile ilk 24 saatlik dönemde ortalama kan basıncının ve serebral oksijenizasyonun kordonu hemen klempe edilenlere kıyasla daha yüksek, arttırılan kan hacmine bağlı olarak sol ventrikül diyastolik fonksiyonunun daha uzun, takiplerde ise demir depolarının daha iyi, transfüzyon ihtiyacı, intraventriküler kanama (İVK) ve nekrozitan enterokolit (NEK) görülme sıklığının daha az olduğunu göstermektedir.

Halen hâkim olan görüş "mümkün olan durumlarda, klemplemeden önce bebeğin, en az 30 saniye (120 saniyeye kadar uzatılabilir) anne seviyesinde veya altında tutularak plasento-fetal transfüzyona izin verilmelidir" şeklindedir.

Geç klempleme ile ilişkili bilinen tek olumsuz durum, daha yüksek bilirubin seviyelerinin ortaya çıkmasıdır. Polistemi ile ilişkisi tam gösterilememiştir.

Anneye acil girişim gerektiren kanamalı veya operasyon alanı içinde bebeğe canlandırma işleminin uygun yapılamadığı durumlarda ise kordonun klemplenme zamanı henüz netleştirilememiştir. Canlandırma gereken yenidoğmuş bebeklere, kord henüz kesilmeden ventilasyonun uygulandığı bir çalışmada ise bunun mümkün olduğu, ancak hemen doğum sonrası klinik olarak herhangi ölçülebilir bir düzelme ya da daha sonraki neonatal mortalitede bir azalma olmadığı bildirilmektedir.

ILCOR-2015 sürenin daha kısa tutulması için preterm bebeklerde sıvazlama yönteminin (bebeğin anne ile olan seviyesine bakılmaksızın, kordonun bebeğe doğru 3-4 defa sıvazlanması ya da sıyrılması) kullanımı ve güvenilirliği konusunda şüpheler ortaya koymaktadır. Anneye acil girişim gereken veya operasyon alanında bebeğe canlandırma işleminin uygun yapılamadığı durumlarda,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



uygulama süresi daha kısa olduğu için, hem term hem de pretermelerde sıvazlama yönteminin tercih edilmesi de önerilmektedir. Kordun göbek hizasından 20 cm uzaklıktan 2-4 kez sağılması da aynı etkiyi gösterebilir denilmekle beraber bu konudaki çalışmalar devam etmektedir.

Bu yıl yayınlanan son bir metaanalizde pretermelerde geç klempleme uygulamasının hastane mortalitesini azalttığı bildirilmektedir. Geç klemplemenin "hayat kurtarıcı olduğu", dünya çapında pretermelerde uygulanması ile yılda yaklaşık 10 000-100 000 arası bebeğin kurtarılacağı de öne sürülmektedir.

Kadın doğum ve pediatri hekimlerinin term ve preterm bebeklerde plasental transfüzyona izin verecek şekilde bir konsensus geliştirmeleri ve bu protokole tüm ekibin uyması için gerekli eğitimlerin de yapılması gerekliliği üzerinde durulmaktadır. Ancak bir yandan da bu uygulamanın fayda ve zararlarının karşılaştırılması için de veri toplanmaya devam edilmesi gerekmektedir.

Kaynaklar:

1. Muza S. New Cochrane Review: Delayed Cord Clamping Likely Beneficial for Healthy Term Newborns. Science & Sensibility. Online yayın tarihi: July 24, 2013| **Updated:** February 1, 2017
2. Kohn A.*Time to Delay: A Literature Review of Delayed Cord Clamping. J Neonatal Biol 2013, 2:2
3. Perlman JM, Wyllie J, Kattwinkel J, et al. Resuscitation Chapter Collaborators. Part 7: Neonatal Resuscitation: 2015 International Consensus on Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care Science with Treatment Recommendations. Circulation 2015;132(16 Suppl 1):S204-41.
4. Oygür N, Önal E, Zenciroğlu A. Türk Neonatoloji Derneği Doğum Salonu Yönetimi Rehberi 2016, p:1-41.
5. Rabe H, Diaz-Rossello JL, Duley L, Dowswell T. Effect of timing of umbilical cord clamping and other strategies to influence placental transfusion at preterm birth on maternal and infant outcomes. Cochrane Database Syst Rev. 2012;8:CD003248.
6. Tarnow-Mordi W, Morris J, Kirby A, et al. Australian Placental Transfusion Study Collaborative Group. Delayed versus Immediate Cord Clamping in Preterm Infants. N Engl J Med. 2017 Oct29. doi: 10.1056/NEJMoa1711281.
7. Alan S, Arsan S, Okulu E, et al. Effects of umbilical cord milking on the need for packed red blood cell transfusions and early neonatal hemodynamic adaptation in preterm infants born ≤1500 g: A prospective, randomized, controlled trial. J Pediatr Hematol Oncol 2014;;36(8):e493-8.
8. Katheria A, Poeltler D, Durham J, et al. Neonatal Resuscitation with an Intact Cord: A Randomized Clinical Trial. J Pediatr. 2016 November; 178: 75-80.e3. doi:10.1016/j.jpeds.2016.07.053.
9. Downey CL, Bewley S. Historical perspectives on umbilical cord clamping and neonatal transition. J R Soc Med 2012; 105: 325-329. doi 10.1258/jrsm.2012.110316
10. Fogarty M, Osborn DA, Askie L, et al. Delayed vs early umbilical cord clamping for preterm infants: a systematic review and meta-analysis. Am J Obstet Gynecol. 2018 Jan;218(1):1-18. doi: 10.1016/j.ajog.2017.10.231.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



ANTENATAL STEROİD UYGULAMASI

Ayhan Taştekin

İstanbul Medipol Üniversitesi

Antenatal steroid uygulamasının (ASU) Respiratuar Distres Sendromu (RDS) ve mortalite oranını azaltıcı etkisi olduğunun ilk kez 1972 yılında gösterilmesinden sonra çok sayıda randomize kontrollü çalışma bu yararlı etkiyi doğrulamıştır. Sonraki çalışmalarda RDS dışında nekrotizan enterokolit (NEK) ve intraventriküler kanama (İVK) üzerinde de koruyucu etkisi olduğu saptanmıştır.

ETKİ MEKANİZMASI

ASU, akciğer ve akciğer dışı dokularda gen ekspresyonu ve fizyolojik işlevleri uyarmak yolu ile organların maturasyonu artırır. Akciğerlerde tip 1 ve tip 2 pnömositlerin gelişiminin hızlanması yapısal ve biyokimyasal değişikliklerle birlikte akciğer mekaniklerini (maksimum akciğer hacmi ve kompresyon) ve gaz alışverişini düzeltir. ASU'nun bu etkilerinin bir kısmı reversibl, bir kısmı kalıcıdır. Örneğin sürfaktan protein üretiminin uyarılması geçici iken yapısal maturasyon kalıcıdır.

ETKİSİ

Yenidoğan hastalıklarını (RDS, Mekanik ventilasyon gereksinimi, İVK, NEK, Neonatal mortalite, sepsis) %50 oranında azaltır. Olumlu etkilerin bir kısmı RDS azalması ile ilişkili olabileceği gibi bağımsız etki de söz konusu olabilir.

UYGULAMA ZAMANI

23 0/7-33 6/7 arası gebelik

7 gün içinde erken doğum ihtimalinin yüksek olduğu düşünülüyor ise ASU yapılması önerilir. 22. haftada eğer doğum sonrası müdahale düşünülüyor ise ASU yapılabilir. Yeterli alveol olmadığı için 22 haftadan önce etkisizdir.

≥34 0/7 gebelik

Etkinlik önceki gebelik haftalarına göre daha düşük, aksine uzun dönem ve özellikle de nörogelişimsel sorun riski daha yüksek olduğu için bu dönemde kullanımı tartışmalıdır. SMFM, ACOG, NICE rehberlerinde bazı koşullara uymak kaydıyla (erken doğum ihtimalinin yüksek olması, kürü tamamlamak amacı ile tokoliz yapılmaması, daha önce kür aldı ise verilmemesi gibi) yapılması önerilmekte iken bazıları az bir fayda için uzun dönem nörogelişimsel riskleri almaya değer bulmamaktadırlar.

ZAMANLAMA

Maksimum etki ilk dozdan sonraki 2-7 gün içinde görülür. Bu ideal aralıkta doğum oranı %25'tir. Ancak yine de ilk steroid dozundan sonra saatler içinde etki başlayıp giderek artmaktadır. Tek doz betametazon alıp 2. dozdan önce doğanlar hiç almayanlara göre daha az sorun yaşar.

İLAÇ SEÇİMİ VE DOZ

Betametazon ve deksametazon etkinliği benzerdir, ancak deksametazonun uzun dönem sonuçları ile ilgili çalışma sayısı azdır. Betametazonda enjeksiyon sayısı daha azdır. Betametazon, 12 mg, 24 saat ara ile 2 kez, Deksaametazon 6 mg, 12 saat ara 4 kez v e IM olarak uygulanır. Standart dozlar aşırı kilolu gebelerde de yeterli etki oluşturur.

TEK KÜR TEDAVİNİN GÜVENLİĞİ VE YAN ETKİLERİ

34 haftadan önce betametazon veya deksametazon kullanımı fetüs/infant ve anne için güvenli kabul edilmekle birlikte bazı yan etkiler görülebilir. Geç gebelikte kullanımında bebek güvenliği ile ilgili kaygılar bulunmaktadır.

Fetusta en sık görülen yan etki, ilaç verilmesinden sonra 2. veya 3. gün ortaya çıkan variabilitede azalmadır. İnfantlarda tek kür ASU yan etkiye (neonatal enfeksiyon, SGA, HPA işlevi, hava kaçağı) neden olmamıştır. Çocuk ve erişkinlerde olası uzun dönem yan etkiler ile ilgili veriler yeterli olmamakla birlikte büyüme, akciğer işlevi, psikoseksüel, motor, kognitif, nörolojik veya oftalmolojik olumsuz bir etki bildirilmemiştir. Ancak özellikle geç gebelik döneminde ASU'nun nörogelişim üzerinde olumsuz etki oluşturabileceği ile ilgili kaygılar devam etmektedir. Kür sayısının artırılması yan etki riskini artırabilir. Anne açısından bakıldığında çoğu anne tek kür steroidi sorunsuz tolere eder, koryoamniyotit, endometrit ve maternal ölüm riskinde bir artışa neden olmaz.

KÜR TEKRARI

Güvenli kür tekrarı sayısı, kürler arasındaki süre ve optimum doz ile ilgili yeterli veri olmamakla birlikte 34 hafta altındaki gebelerde 7 gün içinde kuvvetle doğum bekleniyor ve önceki kürün üzerinden 14 gün geçti ise tekrar kürü uygulanması önerilmektedir. Tekrar kürünü ilk tedavi gibi 2 doz uygulayanlar olduğu gibi tek doz ile yeterli etki sağlandığı için 2. Dozu önermeyenler de vardır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TEKRAR KÜRÜN ETKİLERİ

Yenidoğan

RDS ve ciddi herhangi bir olumsuz sonuç (perinatal ölüm, BPD, ağır İVK, NEK, sepsis, PVL, VE/VEYA ROP) azalır. Ancak tek tek bakıldığında bir fark saptanmamıştır. Ortalama doğum ağırlığı azalır

Anne

Koryoamniyonit ve Puerperal sepsis artmaz

Çocuk

Zararı olmadığı gibi faydası da yoktur

Çok sayıda tekrar kürü SGA oranında artış ve serebral palsi riskinde hafifçe artış gibi yan etkiler nedeni ile önerilmez.

ÖZEL DURUMLAR

Çoğul gebelik

Standart tedavi uygulanır

Hipertansiyon

Betametazon düşük mineralokortikoid etkisinden dolayı güvenli kullanılabilir.

Diyabet

ASU yapılmalı ancak gebe hiperglisemi yönünden takip edilmelidir.

Erken membran rüptürü

ASU yenidoğan için faydalıdır ve neonatal veya maternal enfeksiyon riskini artırmaz

KAYNAKLAR

1. Lee MJ, Guinn D. Antenatal corticosteroid therapy for reduction of neonatal respiratory morbidity and mortality from pre-term delivery. Uptodate.com
2. Committee Opinion No. 713: Antenatal Corticosteroid Therapy for Fetal Maturation.
3. Committee on Obstetric Practice. Obstet Gynecol. 2017;130(2):e102-e109.
4. Roberts D, Brown J, Medley N, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2017; 21;3:CD004454.
5. Kamath-Rayne BD, Rozance PJ, Goldenberg RL, Jobe AH. Antenatal corticosteroids beyond 34 weeks gestation: What do we do now? Am J Obstet Gynecol. 2016;215(4):423-30.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



OLGULARLA FABRY HASTALIĞININ BİLİNMEYEN YÖNLERİ

Tanyel Zübarioğlu

İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Hastanesi

Fabry hastalığı, GLA genindeki X'e bağlı mutasyonlara ikincil gelişen bir doğumsal metabolizma hastalığıdır. Hastalık ilk tanımlandığında X'e bağlı resesif kalıtıldığı belirtilmiş olsa da heterozigot kadın hastalarda medikal tedavi gereksinimi olması ve hayati tehdit eden komplikasyonların gözlenmesi heterozigot mutasyon taşıyan hastaların sadece taşıyıcı olarak kabul edilemeyeceğini ortaya çıkarmış, hastalığın terminolojisi değişmiştir. İlerleyici böbrek yetmezliği, kardiyak tutulum, serebrovasküler olaylar, periferik nöropati, cilt lezyonları gibi farklı klinik bulguların bir arada görüldüğü multisistemik bir hastalık olan Fabry hastalığında klasik formlarda semptomlar sıklıkla çocukluk ve adolesan dönemde başlamasına rağmen tanı sıklıkla komplikasyonların gelişiminden sonra konulmaktadır.

GLA genindeki mutasyonlar, alfa-galaktozidaz A (α -Gal A) enzim aktivitesinde azalmaya yol açarak glikosfingolipidlerin katabolizmasındaki reaksiyonlarda bozulmayla sonuçlanır. Hastalığın klinik bulgularından hücre, doku ve organ düzeyindeki sistemik globotriaosilseramid (Gb3) ve diğer glikosfingolipidlerin birikimi sorumlu tutulmaktadır.

Hastalığın klasik formu, α -Gal A enzim aktivitesinin %1'den az görüldüğü erkek hastalarda tanımlanmış olup temel klinik bulguları çocukluk ve adolesan dönemde ortaya çıkar. Ekstremitelerde karıncalanma ve uyuşma şeklinde hissedilen akroparestezi, anjiokeratomlar, terleme bozuklukları (sıklıkla anhidroz/hipohidroz, nadiren hiperhidroz), korneal opasiteler ve proteinüri hastalığın erken bulgularıdır. İlerleyen dönemde akroparestezi yerini ağrı krizlerine bırakırken, yaşamın 3-5. dekadında böbrek fonksiyonlarındaki ilerleyici bozulma ile son dönem böbrek yetersizliği gelişir. Renal tutulum, kardiyak tutulum ve serebrovasküler olaylar hastalığın temel morbidite ve mortalite nedenini oluşturur. Enzim aktivitesinin %1'den fazla olduğu erkeklerde, izole serebrovasküler ataklar; kardiyomiyopati, aritmi ve sol ventrikül hipertrofisi ile karakterize izole kalp tutulumu ya da anjiokeratomların ya da ağırlı atakların eşlik etmediği izole renal tutulumla karakterize varyant formlar tanımlanmıştır. Heterozigot kadınlarda semptomlar sıklıkla daha geç yaşta ve daha hafif seyrete de, klasik formlara benzer semptomların bildirildiği kadın hastalar mevcuttur.

Erkek hastalarda tanı azalmış α -Gal A enzim aktivitesinin plazma ya da lökosit örneklerinde gösterilmesi ile konulabilmekle birlikte kesin tanı için GLA geninin moleküler analizi gerekmektedir. Heterozigot kadın hastalarda ise tanıda enzim aktivitesinin ölçümü yanlış negatif sonuçlara yol açabileceğinden şüphe halinde GLA geni moleküler analizi önerilmektedir. Akraba evliliğinin yüksek olduğu ülkelerde indeks vaka belirlendikten sonra çizilecek ayrıntılı pedigrilerle aile taramalarının yapılması hasta bireylerin tanımlanmasında büyük önem taşımaktadır.

Fabry hastalığında enzim replasman tedavisinin hastalığın temel komplikasyonları olan kalp ve böbrek tutulumu üzerine olan etkinliği kanıtlanmamıştır. Ancak ağırlı ekstremitte krizleri, terleme bozuklukları, gastrointestinal semptomlar gibi subjektif yakınmalar üzerine olan olumlu etkileri hastalar tarafından iyi tanımlanmış ve yaşam kalitesini artırıcı etkinliği literatürde bildirilmiştir.

Bu konuşmada, nefroloji, dermatoloji, oftalmoloji, pediatri, nöroloji, kardiyoloji gibi farklı disiplinlerin ortak vaka havuzunda bulunan Fabry hastalığında tanı ve tedavi gecikmesinin önlenmesi açısından farkındalığın artırılması amaçlanmış, pedigr çizimleri ile aile taramasının önemi vurgulanmıştır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



FETAL HAYATTA DUYGUSAL VE ZİHİNSEL GELİŞİM, ANNE- FETUS BAĞLANMASI

Petek Feriha Arıoğlu
Okan Üniversitesi Hastanesi

Tıp dünyasının en hızlı gelişen alanlarından ikisi, nöropsikoloji ve genetik/epigenetik/çevresel mekanizmaların incelendiği evrimsel gelişim biyolojisi

Son yıllarda insanda benlik gelişiminin nörobiyolojik temellerini, evrelerini araştıran, Portekiz kökenli Amerikalı bilimadamı, nörobilim, psikoloji ve felsefe profesörü Dr. Antonio Damasio'nun "Self comes to Mind" isimli kitabında beden, beyin ve benliğin biyolojik ilişkileri ile ilgili kuramı anlatılmaktadır.

Canlıları tanımlayan temel özellikler şunlardır: Hücresel yapılanma, üreme, metabolizma, kalıtım, uyarlabilirlik, büyüme ve gelişme, uyum ve evrim ile HOMEOSTAZ.

Damasio canlılığın sürdürülmesi için elzem olan homeostazın, yaşamı mümkün kılan hassas fiziksel ve kimyasal ortamın korunmasının, çok hücreli canlılarda sinir sisteminin görevi olduğunu, öncelikle beden ile sinir sistemi arasında bir eşleşme olduğunu açıklar. İnsanda bu eşleşme beyin sapındaki tektum bölgesindedir. Bu bölgenin felci bilincin yok olması ile sonuçlanır. Bu bölgenin hemen üstünde ilişkili olduğu yapı, duyguların oluşturulduğu talamus ve limbik sistemdir. Korku, öfke, üzüntü, mutluluk temel duygulardır ve görevleri organizmanın korunmasını sağlamaktır.

Beynin embriyogenezi ve omurgalıların sinir sistemleri incelendiğinde bu bölgelerin erken gelişen ve korunmuş bölgeler olduğu izlenmektedir. Beynin gelişmiş üst katmanlarında bedenden gelen duyu bilgilerin işlendiği, saklandığı, karmaşık hafıza ve kontrol bölgeleri bulunmaktadır.

Bu yapılar ile Benlik 3 katman şeklinde gelişir. Ön (proto) benlik, Temel (core) benlik ve Otobiyoğrafik benlik. Embriyogeneze baktığımızda 10-12. Gebelik haftasında beden ve sinir sistemi arasındaki bağlantı kurulmaya başlamıştır. 4. Aydan sonra kaçınma hareketleri izlenmektedir.

Beyin geliştikçe temel ve otobiyoğrafik benlik gelişir.

Bebeğin özelliklerini belirleyen etkenler kalıtsal ve çevresel olabilmektedir. Bu özellikler birbirlerinden ayrı etkiler gösterebilmekle birlikte, aynı zamanda birbirleriyle etkileşim içindedirler.

İnsan Genom Projesi 20. yy'ın sonuna damgasını vurmuş, bilim ve tıp dünyasında çığır açmıştır. Ancak tüm insan genom dizilimi açığa çıktığında, bilimadamları bir o kadar gizemin önlerinde olduğunu gördüler. 46 kromozomumuz içinde 20-25000 gen var ve sadece %1.5'i proteinlerin kodlanmasında rol alıyor.

Genlerin kontrol mekanizmalarının çevresel faktörlerden kalıcı olarak etkilendiği ilk olarak Dr. David Barker'ın BK'da yaptığı bir gözlem ile ortaya çıktı. Barker metabolik sendrom prevalansının yüksek olduğu bölgelerin 40 yıl önce açlık ve kıtlıkla yüzyüze olan, 2. Dünya Savaşı'ndan en çok etkilenen, SGA bebeklerin dünyaya geldiği bölgeler olduğunu tespit etti. Metabolik sendromu olanların doğdukları yıllara tekabül ediyordu bu dönem. Acaba bu insanların metabolik ayarları anne karnındaki kısmi açlık nedeniyle değişmiş olabilir miydi? Barker Hipotezi. Halen, NIH başta olmak üzere, birçok merkez, artık kabul gören bu hipotez ile, erişkin hastalıkların fetal orijinlerini araştırmaktadır.

Fetal hayatta sinir sisteminin gelişimine etki eden önemli mekanizmalardan biri de, aynı bebeklik ve ergenlikte olduğu gibi, sinaptik bağlantıların kurulması ve düzenlenmesidir. Beynin temel yapılarının ötesinde, benlik ve kişiliğimiz konektomumuz ile ilişkilidir. Vücudumuzda bir diğer araştırılmakta olan, fiziksel ve ruhsal sağlık ve hastalığımıza etki eden sistem mikrobiyomumuz. Steril olduğunu düşündüğümüz birçok doku ve organımızı etkileyen mikroorganizmaların sayısı kendi hücrelerimizden fazladır. Bildiğiniz gibi bu mikroorganizmaların en fazla bulunduğu gastroentestinal sistemimiz "2. Beyin" olarak nitelendirilmektedir.

İnsanda nörosensoryel, nöromotor ve bilişsel gelişimin doğum ile başladığını düşünmek gerçekçi değil. Hatta bu gelişimin en hızlı olduğu dönem fetal hayat. Bu nedenle korunuyor. Bu sisteme nüfuz eden olumlu ve olumsuz etmenler gelişimde belirleyici olabiliyor. Şimdi tıbbi gerekçelerle, ama tarihten beri içgüdüsel olarak, gebelik sürecinde hem gebe hem çevresi koruyucu bir yaklaşım içindedir. Bu döneme hazırlık ayrıca büyük önem taşımakta. FIGO ergenliği her türlü önleyici sağlık hizmetleri için hedef yaşam dönemi olarak belirledi. Bu dönemdeki kadın ve erkeklerin sağlık ve eğitimlerine yapılacak yatırım gelecek nesillerin sağlığında belirleyici olacaktır.

Anne-fetus bağlanmasının anne-bebek bağlanmasına doğrudan etkili olduğu araştırmalarla ortaya konulmuştur. Eksik bağlanma hem anne, hem de bebek için riskleri arttırmaktadır.

Ossa'nın Şili'de gerçekleştirdiği bir araştırmada anne-fetus bağlanmasını olumsuz etkileyen faktörlerin düşük sosyoekonomik seviye, depresyon, stres, istenmeyen gebelik ve yetersiz sosyal destek olduğu tespit edilmiştir. Anne-fetus bağlanmasında önemli mihenk taşları vardır. Gebeliğin tespiti, kalp atışlarının tespiti, fetal hareketleri hissedilmesi ve fetal ultrasonografi.

Malm'ın yaptığı bir araştırmada fetal hareketlerin daha çok hissedilmesi anne-fetus bağlanmasını olumlu olarak etkilemektedir. Araştırmacı annenin fetal hareketlere odaklanmasının bağlanmaya katkıda bulunabileceğini önermektedir. Ülkemizde Üstünsöz ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada, anne-fetus bağlanmasının anne yaşı, gebelik sayısı, riskli gebelik durumu ile ters, planlı gebelik durumu, baba-fetus bağlanması ile doğrudan ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Özellikle baba-fetus bağlanmasının anne-fetus bağlanmasına etkisi yüksek bulunmuştur. Çalışan anne olmasının ise bağlanma ile ilişkisi görülmemiştir.

Anne-fetus bağlanması sigara içme ve emzirme davranışını etkilemektedir. Önceki gebelikte fetal kayıp yaşanması anne-fetus bağlanmasını olumsuz etkilemektedir. Fetal anomalilerde anne-fetus bağlanması yüksek olmakla birlikte, kaygı, kendine zarar verme ve ilişkilerinde sorun yaşama olasılığı yükselmektedir.

Fetal nörogelişimsel araştırmalarda annenin stres hormonlarının yükselmesi ile fetal taşikardi olduğu izlenmektedir. Bebek doğduğunda anne, kadın sesine ve anadiline yanıt verir. Bir araştırmada ise anne karnına dokunduğunda anneye doğru uzandığı ancak bir yabancı dokunduğunda kaçınma davranışı sergilediği ultrasonografik olarak tespit edilmiştir.

Özetle insan benlik ve kişiliğinin gelişimi anne karnında hatta anneannenin karnında başlar. İnsan sağlığının değerlendirilmesi, iyileştirilmesi, mutluluk ve dayanıklılığının artırılması için tıbbi yaklaşımızı bu perspektif üzerine oturtmalıyız. Geçmişten geleceğe aktarımdaki rolümüzle, umulur ki, bu şekilde bir fark yaratabiliriz.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



KUSAN ÇOCUK

Günsel Kutluk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Reflü sonucu kusma mide içeriğinin regürjitasyonu ile olur, genellikle beslenmeyi izler. Refleks kusma ise kusma merkezinin uyarılması ile bulantı, diyafram ve interkostal ve karın ön duvarı kaslarının kasılmalarıyla mide içeriğinin zorlu dışa atılması sonucunda olur, beslenme ile ilgili değildir.

Regürjitasyon bebeklerde fizyolojik olarak sık rastladığımız bir özellik olmakla birlikte gece uykularını sık sık bölüyorsa, büyümenin duraklaması, demir eksikliği anemisi, hematemez, özofajit, özofagus darlığı, apne ve solunum belirtilerine yol açıyor ise “gastroözofajiyal reflü hastalığı” söz konusudur.

Kusma yakınması ile başvuran bir çocukta;

1. Dehidratasyon ve elektrolit denge bozukluklarını tanımalı, değerlendirmelidir
2. Altta yatan özgül nedeni ortaya çıkarmaya çalışmalı ve nedene yönelik tedavi planlanmalıdır.
3. Genel durumu bozan kusma durumunda etiolojiye yönelik tetkikler yapılırken semptomatik tedavi ile çocuk rahatlatılabilir.

Dikkatli alınan öykü ve fizik muayene çoğu kez nedeni ortaya çıkarabilir. Kusma ile birlikte karın ağrısı olması organik bir etkene işaret eder. Şiddetli karın, göğüs ağrısı, merkezi sinir sistemi belirtileri, ateş, immünosüpresyon, hipotansiyon varlığı önemlidir.

Gastroözofajiyal reflü, regürjitasyon, ruminasyon (geviş getirme); eforsuz kusmaya neden olur. Projektil kusma, üst GİS obstrüksiyonunda, kafa içi basınç artması sendromunda görülür. KİBAS’ ta fundoskopi, fontanel kabarıklığı tanıya yarayabilir. Müköz kusma, alerjiyi, sinüziti akla getirir. Safıralı kusma, postampüller obstrüksiyonu, sıklık kusma sendromunda olur. Kanlı kusma, özofajitte, Mallory Weis hasarında, alerjide, kanama diyatezinde olur. Sindirilmemiş besinleri içeren kusma, akalazyada, gastropareziye görülebilir. Berrak ve bol miktarda kusma, Menetrier hastalığında, Zollinger-Ellison sendromunda; fena kokulu kusma, H.pylori enf., giardiazis, kontamine ince barsak sendromu, kalın barsak tıkanıklıklarında görülür. Sabahları uyanırken kusma, subtentorial kafa içi kitlelede, sinüzitte, sıklık kusma sendromunda olmaktadır. Beslenme ile yakından ilgili kusma; kolesistit, pankreatit, besin alerjisi, früktoz intoleransı ve gastroözofajiyal reflü hastalığında olur.

Kusan çocuklara midneyi çabuk terk edebilen yağsız serin içecekler verilmelidir. Semptomatik tedavide; Metoklopramid (Metpamid, Primperan), Trimetobenzamid (Emedur, Ametik), 5HT3 antagonistleri Ondansetron (Zofran, Zofer, Zoltem), Granisetron (Kytril, Setron), Tropisetron (Navoban) kullanılmakla birlikte etiolojiyi belirledikten sonra nedene yönelik tedaviyi planlanmalıdır.

Kemo veya radyoterapiye bağlı kusma, oyun çocukluğu çağında, kızlarda, hızlı infüzyonlarda, bazı ilaçlarda (sisplatin > siklofosamid > metotreksat) daha çok görülür. Tedavide 5-HT3 antagonistleri kullanılır.

Postoperatuvar kusma, iki yaşından büyüklerde, kızlarda, kulak-boğaz, üreter ve şaşılık operasyonlarından sonra, opioid kullanılanlarda, daha önce postop kusmuş olanlarda daha sık gözlenmektedir. Tedavide 5-HT3 antagonistleri kullanılır.

Sistemlere ve yaş gruplarına göre sık rastlanan (+) ve bazen etken olabilen (±) kusma nedenleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Sistemlere ve yaş dönemlerine göre kusma nedenleri

	Yenidoğan	Sütçocuğu	Çocuk	Adolesan
Milkoza hasarı				
GORH özofajit, striktür	+	+	+	+
Gastrit±H.pylori enf			+	+
Peptik ülser			+	+
Besin hipersensitivitesi	+	+	+	
Çölyak hast.		±	+	+
Kr.granülomatöz hast., Tiflit			+	±
Menetrier hast. (hipertrofik gastropati)			+	±
Crohn hast.		±	+	+
Ulseratif kolit			+	+
GI motilite bozukluğu				
Orofarinijal diskordans	+	+	+	±
Akalazya			±	+
Gastroparezi			±	+
Paralitik ileus	+	+	+	+
Hirschprung hast.	+	+	±	±
Psödoobstrüksiyon	+	+	±	±
Familiyal dizotomomi		+	+	+
GI iç organ hastalıkları				
Kolesistit, kolelityaz			±	+
Safra kesesi diskinezi				+
Koledok kisti	+	+	±	
Pankreatit			+	+
Anatomik bozukluklar				
Atrezi, stenoz, TOF, web, düplikasyon, imperfore anüs	+	+	±	±
Mekonyum ileusu veya eşdeğeri	+	+	+	+
Inguinal herni	+	+	+	+
Malrotasyon, volvulus	+	+	+	+
Intususepsiyon		+	+	±
Appendisit			+	+
Süperior mezenterik arter sendromu				+
Bezoar		+	+	
Düodenal hematom		+	+	+

Diğer nedenler				
Aşırı beslenme		+		
Toksinler, besin zehirlenmesi, Ruminasyon			+	+
Kurşun zehirlenmesi			+	±
Psikojenik kusma			+	+
Bulimi				+
Sıklık kusma sendromu		+	+	+
Munchausen by Proxy (ipeka şurubu ile)			+	



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



KOROZİV MADDE İÇEN ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Tufan Kutlu

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Koroziv maddelerin yanlışlıkla içilmesi çocukluk çağında oldukça sık olarak görülür. Yurdumuzda hastalık kayıtlarının sağlıklı olmaması nedeni ile gerçek sıklığı iyi bilinmemektedir. Koroziv madde içen çocukların çoğunun 3 yaş altında ve erkek olduğu gösterilmiştir. Tarafımızdan değişik tarihlerde yapılan çalışmalarda da koroziv madde içme nedeni ile getirilen çocukların çoğunluğu erkek olup ortalama yaşları 3,7 olarak saptanmıştır.

Küçük çocuklar ve zeka geriliği olan büyük çocuklar koroziv maddeleri yanlışlıkla ve az miktarda içerler. Adolesan ve erişkinlerde ise intihar amacıyla ve daha fazla miktarda içme ve sonucunda daha ağır yanıklar söz konusudur.

Koroziv maddelerin içilmesinden sonra dudaklar, ağız içi, farenks ve larenkste hasar oluşabilir ancak özofagusta ortaya çıkan yanıklar ciddi akut ve kronik komplikasyonlara yol açabilmesi nedeni ile daha önemlidir. Koroziv madde içen çocukların % 18-46'sında özofagusta çeşitli derecelerde yanıkların olduğu bildirilmiştir. Koroziv yanıklara neden olabilen çok sayıda sıvı, katı ve toz halinde madde vardır. Katı haldeki koroziv maddeler mukozaya yapışarak derin ağız içi ve özofagus yanıklarına neden olabilirler, ancak mideye ulaşmaları ve zarar vermeleri daha güçtür. Toz halindeki deterjanlar daha çok üst solunum yollarına zarar vererek epiglotit ve stridor gelişmesine yol açabilirler.

Yurdumuzda çocuklar tarafından yanlışlıkla içilen koroziv maddeler bölgelere göre değişmekle birlikte kliniğimizde yaptığımız çalışmalarda koroziv madde içme ile getirilen olguların çoğunluğunu çamaşır suyu içen çocukların oluşturduğunu gördük. İkinci sırada saptanan yağ çözücüler ise ağır yanıklara ve darlık gelişmesine neden olduğu için çok daha önem arz etmektedir.

Koroziv madde içiminden sonra midede gelişen lezyonlarla ilgili pek fazla şey yazılmamıştır. Bu durum ilk dönemlerde kullanılan rijid endoskopların mideye kadar ilerletilememesi veya midede ortaya çıkan lezyonların daha hafif olması ile ilgili olabilir. Fleksibl endoskoplarla yapılan bir çalışmada koroziv madde içen 156 çocuğun % 11'inde aynı anda hem özofagus hem de midede, %9'unda ise sadece midede yanık saptanmıştır. Çok miktarda (200-300 ml) alkali madde içenlerin ise % 86'sında ağır gastrik lezyonlar bildirilmiştir. Gastrik hasarın özellikle sülfirik asit gibi asit maddelerle daha ciddi olarak geliştiği ve pilorda obstrüksiyona yol açabildiği bilinmektedir.

Asit ve alkali koroziv maddelerin zarar verme mekanizmaları farklıdır. Alkali maddelerin pH'sı 7'den büyük olup likefaksiyon nekrozu yaparak mukozanın tüm katlarına zarar verebilir ve perforasyona yol açabilirler. pH'sı 9-11 arasında olan maddeler evde kullanılan deterjanlar gibi maddeler olup ancak çok miktarda alınırsa ciddi yanıklara neden olabilirler. pH 11'in üzerine çıkarsa az miktarda koroziv madde bile ağır yanıklara neden olabilir. Sonuçta oluşan hasar koroziv maddenin yoğunluğu ve mukozaya ile temas süresi ile orantılıdır.

Asitler yani pH'sı 7'den düşük olan maddeler koagülasyon nekrozu oluştururlar. Özofagusun yüzeyinde oluşan koagulum olayın daha derinlere ilerlemesine engel olur. Özofagusun alkali pH'sı ve skuamoz epiteli de özofagus asitlerin etkisinden bir ölçüde korunur. Bunun neticesinde asitler mideye daha fazla miktarda ulaşarak alkali maddelerden daha fazla oranda hasar oluşturabilir ve hatta gastrik perforasyona yol açabilirler. Asit maddelerin midede oluşturduğu lezyon daha çok prepilorik bölgede yer alır. Her ne kadar asit koroziv maddeler daha çok mideye zarar verirse de olguların % 6-20'sinde özofagusta da belirgin yanıklar oluşabilir. Bu maddeler üst solunum yollarına da zarar verebilirler.

Saat, hesap makinesi gibi aletlerde kullanılan küçük piller de çocuklar tarafından yutulabilir ve özofagus ile midede yanıklara yol açabilirler. Bu pillerin büyük bir kısmı 7,9 ile 11,6 mm arasında değişen bir çapta olduklarından özofagus ve sindirim sisteminden semptom yaratmadan geçip dışkı yoluyla dışarı atılabilirler. Büyük piller ve özellikle 15,6 mm çapından büyük olanlar özofagusta takılabilir ve içlerindeki korozif maddeler (civa oksit, gümüş oksit, mangan dioksit, çinko veya lityum) dışarı akarak özofagus yanıklarına yol açabilir.

Koroziv madde içen çocuklar ağızdan salya akma, disfaji, retrosternal ağrı, karın ağrısı, stridor, burun kanadı solunumu ve interkostal çekilme gibi üst solunum yolları veya özofagus hasarını gösteren yakınma ve bulgularla getirilebilir. Kusma ve hematemez daha çok özofagus hasarının göstergesidir, ancak bazan üst solunum yolları zedelenmesine de eşlik edebilir. Üst solunum yollarına ait bulgular genellikle hemen ortaya çıkarsa da toz halinde koroziv maddeler alınması durumunda 1-2 saatlik gecikme görülebilir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



Disfaji koroziv madde içilmesinden sonra sık olarak ortaya çıkan semptom olup özofagus hasarına bağlı olarak peristaltik hareketlerdeki değişim sonucunda gelişir. Disfaji ağır özofagus hasarı olmadan da görülebilir. Gaudreault ve ark. koroziv madde içme sonrasında disfaji ile başvuran 106 hastanın % 75'inde çok hafif düzeyde veya hiç özofagus hasarı olmadığını göstermişlerdir. Akut fazda yapılan çalışmalarda koroziv madde içimi sonrasında özofagus motilitesinin azaldığı ve pasajının yavaşladığı gösterilmiştir. Ağır yanıklardan sonra bu durum haftalarca sürebilir. Disfaji eğer akut dönemden sonra da devam ederse derin kas tabakalarında gelişen fibrozis ile ilgilidir.

Yukarıda bahsedilen semptomların herhangi biri özofagus yanıklarına eşlik edebilir ancak bu semptomların varlığı özofagusta gelişmiş olan lezyonun varlığı veya ağırlığının göstergesi olamaz. Yapılan bir çalışmada koroziv madde içme yakınması ile getirilen 378 çocuğun % 12'sinde hiçbir klinik semptom olmaksızın ağır özofagus yanığı saptanmış ancak başvuru sırasında çeşitli semptomlar saptanan çocukların ise % 82'sinde özofagusta ya minimal değişimler saptanmış ya da özofagus normal olarak bulunmuştur.

Koroziv madde içen çocuklarda ağız ve çevresinde saptanan yanıkların özofagustaki hasarın göstergesi olamayacağı bildirilmiştir. Yapılan bir çalışmada koroziv madde içme nedeni ile getirilen 489 çocuğun ağız içinde yanık olmayanlarının % 45'inde ciddi özofajit görülürken, ağız içinde yanık saptananların ise % 55'inde özofajit geliştiği gösterilmiştir. Ağır özofagus yanıkları perforasyon, mediastinit ve trakeoözofageal fistül ile sonlanabilir.

Koroziv madde içme şüphesi ile getirilen çocuğun öncelikle genel durumunun değerlendirilmesi gereklidir. Eğer üst solunum yollarında ağır yanıklar varsa veya aspirasyon söz konusu ise hastada dispne görülebilir. Ağız çevresi, dudaklar ve ağız içinin dikkatli muayenesi sonrasında eğer gerek görülürse farenks ve larenks muayenesi de yapılmalıdır. Solunum sıkıntısı varsa veya akciğerlerde krepitasyonlar duyulursa akciğer grafisi de çekilerek infiltrasyon olup olmadığı araştırılmalıdır.

Koroziv madde içtiği şüpheli olan, oral lezyon saptanmayan, disfaji, kusma ve ağızdan salya akma gibi semptomları olmayan çocukların gözlenmesi ve sıvı gıdaları problemsiz şekilde içebildikleri görülünce endoskopi yapılmasının gereksiz olduğunu öne süren yazarlar vardır. Ayrıca çamaşır suyu içen çocuklarda nadiren ağır lezyon gelişmesi nedeni ile her olguya endoskopi yapılmasının şart olmadığı söylenmektedir. Ancak çamaşır suyu içtikten sonra striktür gelişen ve cerrahi girişim gerektiren olgular da bildirilmiştir. Bu nedenle özellikle kontrolsüz olarak satılan markasız çamaşır sularından içen çocuklara mutlaka endoskopik inceleme yapılmalıdır. Koroziv madde içme yakınması ile getirilen çocuklarda bazan semptomlar çok belirsiz olabilir. Küçük çocuklarda ise bazan sorgulama yapmak bile olanaksızdır. Bu durumda sadece ağız etrafında, dudaklarda, ağız içinde ve solunum yollarındaki yanıklar özofagus veya midede oluşmuş olan hasarın göstergesi olamaz. Sonuç olarak koroziv madde içme yakınması veya şüphesi ile getirilen her çocuğa, özofagus ve midedeki lezyonların varlığı ve derecesini öğrenebilmek için, ağızda yanık olsun veya olmasın, endoskopik inceleme yapılması gereklidir.

Endoskopik inceleme özofagus ve/veya midede oluşmuş hasarların gösterilebilmesi için en geçerli yöntemdir ve ilk 24-48 saatte gerçekleştirilmelidir. Rijid endoskoplar ile perforasyon riski mevcut olduğundan günümüzde fleksibl fiberoptik endoskoplar tercih edilmekte ve güvenle kullanılmaktadır. Üst solunum yollarında ağır yanıklar olduğu düşünülen ve solunum sistemi ile ilgili semptomları olan hastalarda endoskopi genel anestezi altında yapılmalı ve üst solunum yolları korunmalıdır. Endoskopi sırasında özofagusta yanık saptanırsa mutlaka evresi belirlenmelidir (Tablo I). Bu şekilde, tedavi gerektiren, striktür riski yüksek olan, stent konması gereken veya tedavisiz evine gönderilecek hastaların ayrımı yapılabilir.

Koroziv madde içilmesinden sonra akut dönemde radyolojik inceleme çok yararlı olamaz. Ancak radyoloji striktür geliştiği düşünülen olguların tanı ve takibinin yapılmasında vazgeçilemez bir yöntemdir.

Kliniğimizde gerçekleştirdiğimiz retrospektif bir çalışmada 1995-2003 yılları arasında koroziv madde içme yakınması ile getirilen 473 olgu değerlendirilmiş olup ortalama yaşlarının 3.7 yaş, % 60'ının da erkek çocuk olduğu saptandı. En sık rastlanan koroziv maddeler çamaşır suyu (% 36,6) ve yağ çözücülerdi (% 23). Tüm olgulara endoskopik inceleme yapılmış olup sadece 94'ü tamamen normal olarak bulunmuştu. Geri kalan olguların 148'inde evre I, 77'sinde evre IIa, 131'inde evre IIb, 23'ünde evre III özofajit saptanmıştı. Antibiyotik, antiasit ve steroid ile tedavi edilen hastaların 11'inde özofagusta, 2'sinde pilorda darlık gelişmişti. Bir olguda özofagus perforasyonu gelişmişti. Pilorda darlık saptanan bir olgu ise cerrahi girişim öncesinde sepsis nedeni ile kaybedilmişti.

Koroziv madde içme şüphesi ile getirilen bir olgunun endoskopi yapıp özofagus ve/veya midedeki lezyonların ağırlık derecesi tespit edilene kadar gözlem altında bulundurulması gerekmektedir. Bazen aile bireyleri veya bazı hekimler tarafından zararlı maddeyi uzaklaştırmak amacıyla kusturma denenmektedir. Halbuki kusma sırasında koroziv madde tekrar özofagusa geri dönmekte ve bu durum da dokudaki hasarın artmasına yol açmaktadır. Ayrıca kusma sırasında aspirasyon riski de vardır. Bu çocuklara dilüsyon veya nötralizasyon amacı ile içirilen su ve süt gibi sıvıların da kusmayı kolaylaştırması veya asit-alkali reaksiyonu ile ısı artışına yol



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



açarak özofagus hasarını arttırması nedeniyle verilmemesinin uygun olduğu düşünülmektedir. Midedeki zararlı maddeyi boşaltmak için nazogastrik tüp konulmasını önerenler de vardır ancak bu yöntem perforasyona yol açabileceğinden kullanılmamalıdır.

Eğer üst solunum yollarında ileri derecede ödem ve solunum güçlüğü varsa entübasyon hatta trakeostomi gerekebilir. Kortikosteroid tedavinin bu durumda yararlı olduğu bilinmektedir. Ayrıca aspirasyon pnömonisi saptanırsa geniş spektrumlu antibiyotikler kullanılmalı ve solunum desteği sağlanmalıdır.

Ağır özofagus hasarı varlığında, ilave olarak sirküler yanık da saptanmışsa hem beslenmeyi sağlamak hem de striktür geliştiği durumda açık bir kanal sağlayabilmek amacıyla, özofagusa endoskopi altında uygun silikondan yapılmış 5-10 mm çapında bir nazogastrik tüp (stent) yerleştirilebilir. Bu lumen striktür gelişmesi durumunda dilatasyonlar sırasında da yardımcı olacaktır. Özofagusa konan stentin gastroözofageal reflüye yol açabildiği, ayrıca enflamasyonu arttırarak fibröz doku ve dolayısıyla striktür gelişme şansını da arttırdığı da öne sürülmüştür.

Koroziv madde içilmesinden sonra özofagusta striktür gelişmesini engellemek için kortikosteroid kullanılması tartışmalıdır. Bazı çalışmaların sonuçlarına göre kortikosteroid kullanımının yararlı olmadığı ve özofagus yanıklarında, tedavi ne olursa olsun % 20 ile 38 arasında değişen oranda striktür geliştiği öne sürülmüştür. Yapılan prospektif, randomize kontrollü bir çalışmada 60 çocuğa plasebo veya 3 haftalık prednizolon verilmesi sonrasında kortikosteroidlerin ilave yarar sağlamadığı gösterilmiştir. Bu çalışma sonucunda yazarlar striktür gelişiminin sadece yanığın ağırlık derecesi ile ilişkili olduğunu öne sürmüşlerdir. Kortikosteroid kullanımı bazan yarardan çok zarar getirebilmektedir. Üçüncü derece yanıklarda striktür ve perforasyon gelişme riski yüksektir. Bu durumda steroid kullanımı enfeksiyon ve mediastinit gelişimini gölgeleyebilir.

Bazı çalışmalarda birinci ve ikinci derece özofagus yanıklarında kortikosteroid kullanılması durumunda % 0-25 arasında, kullanılmadığı durumda ise % 88 oranında striktür geliştiği bildirilmiştir. Bazı yazarlara göre ise kortikosteroidler, ne kadar erken başlanırsa o kadar etkilidir prensibinden yola çıkılarak, hasta korozif madde içerek başvurur başvuramaz kullanılmaya başlanmalı ve eğer endoskopide yanık saptanmazsa tedavi kesilmelidir. Yüksek dozda steroid kullanımının yararlı olabileceğine dair az sayıda yayın bulunmaktadır.

Yaptığımız çok merkezli bir çalışmada koroziv özofajit saptanıp standart doz steroid ile tedavi edilen ve steroid verilmeyen olgularda striktür gelişmesinin farklı olmadığı gözlemlendi. Daha sonra gerçekleştirdiğimiz ikinci bir çalışmada ise yoğun yüksek doz steroid verilmesinin striktür gelişmesini engelleyebildiği kanısına varıldı. Bu ikinci çalışmanın daha çok sayıda olgu ile desteklenmesinin gerekli olduğunu düşünüyoruz.

Koroziv madde içen olgularda rutin olarak antibiyotik kullanımı gereksizdir. Ancak ileri evre özofajitlerde mikroorganizmalar nekrotik dokuları kolayca aşip mediastinit, septisemi ve şok sonucunda ölüme yol açabilirler. Bu durumda, geniş spektrumlu, ayrıca anaeroblara da etkili antibiyotiklerin kullanılması şarttır.

Koroziv madde içen olgularda antiasitlerin kullanımı ile ilgili çok fazla veri bulunmamaktadır. Ancak ağır özofagus yanıklarında gastroözofageal reflü de gelişebildiğine göre, mide asiditesinin azaltılmasının yararlı olabileceği söylenebilir. Sükralfat kullanımının koroziv özofajitlerde mukoza koruyucu rolü ile yararlı olabildiği yazılmıştır.

Striktür gelişmesi koroziv madde içilmesinin başlıca komplikasyonu olup başvuruların % 2-38'i özofagusunda hasar saptananların % 3-57'sinde görülür. Üçüncü derece sirküler yanıkların çoğu, tedavi ne olursa olsun striktürle sonuçlanır ancak ikinci derece yanıklarda striktür gelişme riski daha azdır. Pilor stenozu hem asit hem de alkali maddelerin içilmesinden sonra ortaya çıkabilen bir komplikasyon olup özofagus hasarına eşlik edebilir. Midede oluşan ağır yanıklar sonrasında 3-10 hafta içinde oluşur.

Koroziv özofajit sonrasında özofagus kanseri gelişmesi riski % 2-8 arasında olup bu durumun 16 ile 42 yıl sonra ortaya çıktığı bildirilmiştir. Bu olguların 30 yıl izlenmesi ile gerçek sıklığın % 30'a ulaştığı da öne sürülmüştür. Bazı yazarlar, kanser gelişimini engellemek için zor olsa da kolon interpozisyonu esnasında özofagusun rezeksiyonunu önermektedirler. Kostik madde içme öyküsü olan ve geç dönemde disfaji ortaya çıkan her olguda karsinom aranmalıdır.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KAYNAKLAR

1. Adam JS, Birck HG. Pediatric caustic ingestion. Ann Otol Rhinol Laryngol 1982;91:656-8
2. Anderson KD, Rouse TM, Randolph JG. A controlled trial of corticosteroids in children with corrosive injury of the esophagus. N Engl J Med 1990;323:637-40
3. Ball WS, Strife JL, Rosenkrantz J et al. Esophageal strictures in children: Treatment by balloon dilatation. Radiology 1984;150:263-4
4. Baskin D, Urgancı N, Abbasoğlu L, et al. A standardised protocol for the acute management of corrosive ingestion in children. Pediatr Surg Int 2004;20:824-8
5. Berthet B, Di Costanzo J, Arnaud C, Ledoray V, Choux R, Assadourian R. Traitement des brûlures caustiques de l'oesophage par l'interféron gamma. Gastroenterol Clin Biol 1994;18:680-6
6. Betalli P, Falchetti D, Giuliani S, et al. Caustic ingestions in children: is endoscopy always indicated ? The results of an Italian multicenter observational study. Gastrointest Endosc 2008;68:434-9
7. Boukthir S, Fetni I, Mazigh Mrad S, Mongalgi MA, Debbabi A, Barsaoui S. Corticotherapie a forte dose dans le traitement des oesophagites caustiques sévères chez l'enfant. Arch Pediatr 2004;11:13-7
8. Cadranet S, Di Lorenzo C, Piepsz A, et al. Caustic ingestion and esophageal function. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1990;10:164-8
9. Cleveland WW, Thornton N, Chesney JG, et al. The effect of prednisone in the prevention of esophageal stricture following the ingestion of lye. South Med J 1958;51:861-4
10. Dalzell AM, Shepherd RW, Cleghorn GJ, Patrick MK. Esophageal stricture in children: Fiberoptic endoscopy and dilatation under fluoroscopic control. J Pediatr Gastroenterol Nutr 1992;15:426-30
11. Doğan Y, Erkan T, Çullu Çokuğraş F, Kutlu T. Caustic gastroesophageal lesions in childhood: an analysis of 473 cases. Clin Pediatr 2006;45:435-8
12. Doğan Y, Gülcan M, Urgancı N, Önal Z, Erkan T, Çokuğraş FÇ, Kutlu T. The effect of steroid therapy on severe corrosive oesophageal burns in children: a multicentric prospective study. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2005;40:656 (abstract)
13. Doo EY, Shin JH, Song HY. Oesophageal strictures caused by the ingestion of corrosive agents: effectiveness of balloon dilatation in children. Clin Radiol 2009;64:265-71
14. Einhorn A, Horton L, Altieri M, et al. Serious respiratory consequences of detergent ingestions in children. Pediatrics 1989;84:472-4
15. Erdoğan E, Eroğlu E, Tekant G, et al. Management of esophagogastric corrosive injuries in children. Eur J Pediatr Surg 2003;13:289-93
16. Ferguson MK, Migliore M, Staszak VM, et al. Early evaluation and therapy for caustic esophageal injury. Am J Surg 1989;157:116-20
17. Ferry GD. Caustic ingestion. Wyllie R, Hyams JS (Eds). In: Pediatric Gastrointestinal Diseases Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1993:337-41
18. Friedman EM. Caustic ingestions and foreign bodies in the aerodigestive tract of children. Pediatr Clin North Am 1989;36:1403-10
19. Gaudreault P, Parent M, McGuigan MA, et al. Predictability of esophageal injury from signs and symptoms: A study of caustic ingestion in 378 children. Pediatrics 1983;71:767-70
20. Gündoğdu HZ, Tanyel FC, Büyükpamukçu N, Hiçsönmez A. Conservative treatment of caustic esophageal strictures in children. J Ped Surg 1992;27:767-70
21. Haller JA, Bachman K. The comparative effect of current therapy on experimental caustic burns of the esophagus. Pediatrics 1964;34:236-45
22. Haller JA, Andrews HG, White JJ, et al. Pathophysiology and management of acute corrosive burns of the esophagus: Results of treatment in 285 children. J Pediatr surg 1971;6:578-83
23. Han MT. Ileocolic replacement of esophagus in children with esophageal strictures. J Pediatr Surg 1991;26:755-7
24. Hawkins DB, Demeter MJ, Barnett TE. Caustic ingestion: controversies in management: A review of 214 cases. Laryngoscope 1980;90:98-100
25. Hawkins DB. Dilatation of esophageal strictures: Comparative morbidity of antegrade and retrograde methods. Ann Otol Rhinol Laryngol 1988;97:460-5
26. Herrington JL. Stenosis of the gastric antrum and proximal duodenum resulting from the ingestion of a corrosive agent. Am J Surg 1964;107:580-5



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



27. Hodgson JH. Corrosive stricture of the stomach: case report and review of literature. *Br J Surg* 1959;46:358-61
28. Kay M, Wyllie R. Caustic ingestions in children. *Curr Opin Pediatr* 2009;21:651-4
29. Kirsh MM, Ritter F. Caustic ingestion and subsequent damage to the oropharyngeal and digestive passages. *Ann Thorac Surg* 1976;21:74-82
30. Kiviranta UK. Corrosion carcinoma of the esophagus. *Acta Otolaryngol* 1952;42:89-95
31. Kutlu T, Çullu F, Erkan T, Aji D, Tümay GT. Koroziv madde içen çocukların endoskopik olarak değerlendirilmesi. *Türk Pediatri Arşivi* 1998;33:92-8
32. Kutlu T. Çocuklarda koroziv özofajitler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Gastrointestinal Sistem Hastalıkları Sempozyumu 2001:169-77
33. Lamireau T, Lianas B, Deprez C, et al. Gravit  des ingestions des produits caustiques chez l'enfant. *Arch P diatr* 1997;4:529-34
34. Lan LCL, Wong KKY, Lin SCL, et al. Endoscopic balloon dilatation of esophageal strictures in infants and children: 17 years experience and a literature review. *J Pediatr Surg* 2003;38:1712-5
35. Leape LL, Ashcraft KW, Scarpelli DG, et al. Hazard to health-liquid lye. *N Engl J Med* 1971;284:578-81
36. Litovitz TL. Battery ingestions: Product accessibility and clinical course. *Pediatrics* 1985;75:469-76
37. Litovitz TL, Bailey KM, Schmitz BF, et al. 1990 Annual Report of the American Association of Poison Control Centers National Data Collection System. *Am J Emerg Med* 1991;9:461-509
38. Middelkapm JN, Cone AJ, Ogura JH, et al. Endoscopic diagnosis and steroid and antibiotic therapy of acute lye burns of the esophagus. *Laryngoscope* 1961;71:1354-62
39. Moazam F, Talbert JL, Miller D, et al. Caustic ingestion and its sequela in children. *South Med J* 1987;80:187-90
40. Moore WR. Caustic ingestions: Pathophysiology, diagnosis and treatment. *Clin Pediatr* 1986;25:192-6
41. Moulin D, Bertrand JM, Buts JP, et al. Upper airway lesions in children after accidental ingestion of caustic substances. *J Pediatr* 1985;106:408-10
42. Muhlendal KEV, Oberd sse U, Krienke EG. Local injuries by accidental ingestions of corrosive substances by children. *Arch Toxicol* 1978;39:299-314
43. Mutaf O. Çocuklarda kostik  zofagus yanıkları. *Pediatrick Cerrahi Dergisi* 1988;2:69-85
44. Nuutinen M, Uhari M, Karvali T, Kouvalainen K. Consequences of caustic ingestions in children. *Acta Paediatr* 1994;83:1200-5
45. Previtera C, Giusti F, Guglielmi M. Predictive value of visible lesions (cheeks, lips, oropharynx) in suspected caustic ingestion: May endoscopy reasonably be omitted in completely negative pediatric patients? *Pediatr Emerg Care* 1990;6:176-8
46. Riffat F, Cheng A. Pediatric caustic ingestion: 50 consecutive cases and a review of the literature. *Dis Esoph* 2009;22:89-94
47. Romanczuk W, Ryszard K. The significance of early panendoscopy in caustic ingestion in children. *Turk J Pediatr* 1992;34:93-8
48. Roy CC, Silverman A, Alagille D. Esophageal burns and foreign bodies. In: *Pediatric Clinical Gastroenterology*. Mosby-Year Book Inc. St Louis. 1995:153-8
49. Sato Y, Frey EE, Smith WL, et al. Balloon dilatation of esophageal stenosis in children. *Am J Roentgenol* 1988;150:639-42
50. Ti TK. Esophageal carcinoma associated with corrosive injury: prevention and treatment by esophageal resection. *Br J Surg* 1983;70:223-5
51. Spitz L, Lakhoo K. Caustic ingestion. *Arch Dis Child* 1993;68:157-8
52. Tewfik TL, Schloss MD. Ingestion of lye and other corrosive agents: A study of 86 infants and child cases. *J Otolaryngol* 1980;9:72-7
53. Trabelsi M, Loukhil M, Boukthir S, Hammami A, Bennaceur B. Ingestion accidentelle de caustiques chez l'enfant tunisien. A propos de 125 cas. *P diatrie* 1990;45:801-5
54. Treem WR, Long WR, Friedman D, et al. Successful management of an acquired gastric outlet obstruction with endoscopy-guided balloon dilatation. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 1987;6:992-6
55. Usta M, Erkan T,  ullu- oku ra  F, Urgancı N,  nal, Kutlu T. High doses of methyl prednisolone in the management of caustic esophageal burns. *Pediatrics* 2014;133:1518-24
56. Viscomi GJ, Beekhuis GJ, Whitten CF. An evaluation of early esophagoscopy and corticosteroid therapy in the management of corrosive injury of the esophagus. *J Pediatr* 1961;59:356-60
57. Wason S. The emergency management of caustic ingestions. *J Emerg Med* 1985;2:175-82
58. West KW, Vane DW, Grosfeld JL. Esophageal replacement in children: Experience with thirty-one cases. *Surgery* 1986;100:751-7



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



59. Wijburg FA, Heymans HSA, Urbanus NAM. Caustic esophageal lesions in childhood: prevention of stricture formation. J Pediatr Surg 1989;24:171-3

60. Zargar SA, Kochhar R, Mehta S, Mehta SK. The role of fiberoptic endoscopy in the management of corrosive ingestion and modified endoscopic classification of burns. Gastrointest Endosc 1991;37:165-9

Tablo I. Korozi özofajitlerin endoskopik olarak evrelemesi

Evre 0	Normal mukoza
Evre 1	Mukozada ödem ve hiperemi
Evre 2a	Erozyon, yüzeysel ülserasyonlar, kanama, beyaz membranlar
Evre 2b	Evre 2a'ya ilave olarak derin veya halkavi ülserasyon
Evre 3a	Müльтиpl ülserasyonlar ve nekrotik alanlar
Evre 3b	Yaygın nekroz



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUKLARDA PEDIATRİK ARİTMİK ACİLLER

Yakup Ergül

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

ÖZET

Pediyatrik aritmik acillerde en sık acil başvuru nedeni çarpıntı ve senkopdur. Çarpıntı/senkop yakınması ile gelen hastanın başlangıç değerlendirmesi iyi bir öykü, fizik muayene ve bazal EKG kaydıyla başlamalıdır.

Çarpıntıda hastanın öyküsünde dört nokta önemlidir;

- Çarpıntıya yol açan ritim anormalliği hayatı tehdit eden bir durum mu?
- Ritim anormalliği neye benziyor ?. Taşikardi ?, bradikardi ? veya prematür vuru ?
- Semptomlar egzersizle ilişkili mi?
- Altta yapısal veya edinsel bir kalp hastalığı var mı?

Senkoplarda kardiyak etyoloji için ipuçları :

- Egzersiz, aşırı gürültü, korku, anksiyete ve aşırı emosyonel stres anında olması
- Senkop öncesi çarpıntı ve göğüs ağrısının olması
- Öncesinde prodromal belirtilerin olmaması ve senkopun yaralanma ile sonlanması
- Yüzerken aniden senkop ve kollaps olması
- Senkop anında kardiyopulmoner canlandırma gereksinimi
- Senkopun nörolojik sekelle sonuçlanması
- Senkop anında veya hemen sonrasındaki ritim anormalliği, patolojik üfürüm, anormal kalp sesleri gibi fizik muayene ve EKG anormalliklerinin olması

Fizik muayenede yapısal bir kalp hastalığı olup olmadığına bakılmalıdır. Hastanın tanısında ve özellikle medikal tedavisinin planlanmasında elektrokardiyografik tanı hayati önem taşır. Taşikardinin varlığı, dar veya geniş QRS'li olduğu, uzun QTc varlığı ve WPW paterni olup olmadığı araştırılmalıdır. Çarpıntının bazen yavaş hızla seyreden AV tam blok veya sinüs nod disfonksiyonunun da bir bulgusu olduğu unutulmamalıdır.

Eğer bir çarpıntı atağında atakla ilişkili senkop veya presenkop varsa, ciddi göğüs ağrısı ve egzersizle ilişki varsa, altta doğumsal pre-postoperatif kalp hastalığı varsa, başarısızlıkla sonlanmış bir ani ölüm söz konusu ise veya ailede uzun QT sendromu veya açıklanamayan ani ölüm söz konusu ise yaşamı tehdit eden bir ritim bozukluğundan şüphe edilmelidir. Bu hastalar mutlaka pediyatrik kardiyoloji ile beraber değerlendirilmeli, uzun QT varlığı, WPW varlığı araştırılmalı, yapısal kalp hastalığı açısından EKO yapılmalı ve gerekli olgularda ritim bozukluğunu ortaya koymak için uzun süreli EKG kayıtları ve egzersiz testi yapılmalıdır. Bütün bu tetkiklerle sonuca ulaşılamayan hastalara invaziv elektrofizyolojik çalışma gerekebilir.

Acile çarpıntı/senkop yakınmasıyla gelen hastalar kritikse; hipoksemi, şok, hipoglisemi açısından acil değerlendirme yapılmalı ve tam kan sayımı, serum glikoz, kalsiyum, potasyum ve sodyum değerleri, arter kan gazı ve nabız oksimetrik oksijen konsantrasyonları alınmalıdır. Beraberinde ateş ve solunum yolu enfeksiyon bulguları acil hekime akut romatizmal ateş ve miyokarditi düşündürmelidir. Klinik olarak ateşle uyumsuz taşikardi, solukluk, siyanoz, akciğer ödemine bağlı dispne ve taşipne, derinden gelen kalp sesleri, gallop ritmi ve EKG'de düşük voltaj ve ST-T dalga değişiklikleri miyokarditi düşündürmeli ve EKO yapılmalıdır.

Tedavi:

Tedavi tamamen altta yatan nedene yönelik olarak yapılmalıdır;

- ⟨ Eğer çarpıntı anında ritim kaydı yapılmış ve 24 saat Holter monitorizasyonunda sadece sinüs taşikardisi söz konusu ise, diğer açılardan normal bir kişide bunun normalin bir varyantı olduğu aileye ve hastaya anlatılmalı ve aile sakinleştirilmelidir.
- ⟨ İzole atriyal ekstrasistollerde ve ventriküler ekstrasistollerde çoğu zaman kafein, enerji içecekleri ve diğer stimülan ilaçlardan kaçınmak dışında yapılacak bir şey yoktur. Eğer ventriküler ekstrasistoller (VES) çok sıkısa, semptomatikse, couplet veya triplet VES şeklinde ise, "R on T" fenomeni varsa veya öncesinde VT tanılı bir hastaysa acilde lidokain ve uzun dönemde beta bloker ilaçlarla tedavi edilebilir. Çoğu zaman karar vermek zor olduğunda yaklaşım ve tedavi noktasında pediyatrik kardiyolojiye yönlendirilebilir.
- ⟨ Eğer çarpıntı şikayeti anında ciddi bir taşiaritmi, bradiaritmi veya AV ileti bozukluğu söz konusu ise mutlaka pediyatrik kardiyoloji ile beraber değerlendirilmelidir. Acil ve uzun süreli tedavisi aritmiler bölümünde tartışıldığı gibi yapılmalıdır.
- ⟨ Senkoplu her hastada EKG çekilmeli ve olası kardiyak ipuçları gözden geçirilip her aşamada Pediyatrik Kardiyoloji ile beraber hasta yönetilmelidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



AKUT KONJESTİF KALP YETERSİZLİĞİ

İ. Kemal Yücel

Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Akut konjestif kalp yetersizliği kalp kasının hasarlanması ve/veya kalbin iş yükünün artması gibi nedenlere bağlı nörohormonal, hemodinamik, moleküler bozukluklar sonucu ortaya çıkan, vücudun metabolik gereksinimlerinin karşılanamadığı klinik bir sendromdur. Akut kalp yetersizliği acil tedavi gerektiren yüksek riskli bir durum olduğundan tanı ve tedavideki gecikmeler mortalite ve morbiditede artışa neden olmaktadır. Kalp yetersizliği nedene bağlı olarak üç tipe ayrılabilir. Tip I'de kalp kası normaldir ancak kalbin iş yükü artmıştır. Bu iş yükü artışı volüm yüküne ve/veya basınç yüküne bağlı olabilir. Tip II'de myokardın kontraksiyonları bozulmuştur (sistolik fonksiyon bozukluğu). Tip III'te ise kalbin dolumu bozulmuştur (diastolik fonksiyon bozukluğu). Nedenlerine baktığımızda fetal dönemde ağır anemi (hemoliz, fetus anne transfüzyonu), taşıartimiler, komplet AV blok, ağır Ebstein anomalisi neden olabilir. Prematür yenidoğanda patent duktus arteriosus, ventriküler septal defektler, sıvı yüklenmesi veya pulmoner hipertansiyon konjestif kalp yetersizliği yapabilir. Yenidoğan döneminde asfiktik kardiyomyopati, arteriyovenöz malformasyon, sol kalp obstrüktif lezyonları (aort koarktasyonu, hipoplastik sol kalp), viral myokardit, süt çocuğu ve çocukluk döneminde ise sol-sağ şanlı kalp hastalıkları (VSD, AVSD, A-P pencere), anormal sol koroner arter (ALCAPA), taşıaritmler, Kawasaki hastalığı, romatizmal ateş, myokardit, genetik/metabolik kardiyomyopatiler (Dilate, hipertrofik) neden olabilir. Tanı koymada klinik bulgular oldukça önemlidir ve miyokard performans bozukluğu, pulmoner konjesyon, sistemik venöz konjesyon bulgularına bağlıdır. Myokard performans bozukluğuna bağlı kardiyomegali, taşikardi, gallop ritmi, zayıf periferik nabızlar ve buna bağlı soğuk ve soluk ekstremiteler, pulsus paradoksus, pulsus alternans, artmış sempatik uyarı bulguları (gelişme geriliği, terlemede artış, soğuk ve nemli cilt) görülür. Pulmoner konjesyona sekonder takipne, hışıltı, raller, siyanoz, efor dispnesi ve paroksizmal nokturnal dispne saptanır. Sistemik konjesyona bağlı olarak da çocuklarda genellikle periferik ödem ve hepatomegali saptanır. Laboratuvar olarak rutin testlerin yanı sıra natriüretik peptidler (BNP, NT pro BNP) kronik kardiyak disfonksiyonda ve dispne nedeninin kalp kökenli olup olmadığının ayrılmasında önemli testlerdir. Yine etyoloji için rutin olarak elektrokardiyografi (EKG), telekardiyografi, ve ekokardiyografi istenmelidir. Akut dekompanse kalp yetmezliğinin tedavisi, yetersizliğinin kontrol altına alınması, yetersizliği artıran faktörlerin ortadan kaldırılması, esas nedene yönelik tedavi olarak üç ana başlıkta incelenebilir. Amaç kontraktiletiyi arttırmak, ardyükü azaltmak, önyükü optimize etmek ve kompensatuvar nörohormonal aktivasyonu süprese etmektir. Tedaviye başlamadan önce kalp yetmezliğinin derecesini ve hastanın klinik tablosunu değerlendirmek için konjesyon varlığı ve perfüzyon durumlarının değerlendirilmesi önem arz etmektedir. Konjesyon varlığında diüretik tedavi başlanmalıdır. İlk seçenek furosemid olmalıdır. Konjesyon yanında hipotansiyon/taşikardi, soğuk ekstremiteler, bilinç bulanıklığı gibi doku perfüzyon bozukluğu gibi bulgular olduğunda ise mutlaka IV inotropik vazodilatör tedavi başlanması gerekmektedir. Bu tedaviye cevap vermeyen olgularda ise IV adrenalin başlanarak endotrakeal entübasyon yapılmalıdır. Bu tedavilere de cevap vermeyen olgularda mekanik destek cihazları ve transplantasyon düşünülmelidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



ÇOCUKLARDA ENÜREZİS NOKTURNA

Nurver Akıncı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: İdrar kaçırma çocuklarda sık görülen bir problemdir. Beş yaş çocukların %15'inde idrar kontinansı gelişmemiştir, bununda büyük çoğunluğu izole enürezis nokturnadır. (=monosemptomatik enürezis nokturna). Enürezis nokturna (EN), ≥5 yaşta aralıklı epizodlar ile uykuda yatak ıslatma şeklinde tanımlanabilir.

TERMİNOLOJİ: Enürezis (=intermittan nokturnal inkontinans) Beş yaş ve sonrasında uykuda aralıklı idrar kaçırmadır. İki formu vardır:

Monosemptomatik enürezis (M-EN), gece yatağı ıslatma dışında başka semptom yoktur. EN'lı çocukların %80'idir. İki formu vardır:

Primer enürezis, mesane kontrolü hiçbir zaman kazanılmamıştır. Vakaların %80'ni oluşturur.

Sekonder enürezis, en az 6 ay kuru kaldıktan sonra tekrar idrar kaçırmaya başlanması durumudur.

Polisemptomatik enürezis (non-monosemptomatik enürezis) (**NM-EN**), enürezise gündüz semptomları ve alt üriner sistem semptomları eşlik eder:

- < işeme sıklığında artma (≥8kez/gün) veya azalma (≤3kez/gün)
- < gündüz kaçırma
- < ani sıkışma hissi, acil idrar yapma ihtiyacı
- < kesik işeme, zayıf akımlı işeme
- < işemeyi başlatmak ve devam etmek için karın kaslarını kullanma
- < idrarı tutma manevraları
- < işeme sonrası damlatma
- < genital veya alt üriner sistemde ağrı
- < tam boşaltamama hissi

Enürezis nokturnaya gündüz semptomları eşlik ediyorsa, bu durum **işeme disfonksiyonu (=kompleks veya komplike enürezis)** olarak adlandırılır.

Ayrıca gece alt ıslatan çocukların %15'de **dışkı kaçırma (enkoprezis)** eşlik eder.

MONOSEMPTOMATİK ENÜREZİS NOKTURNA

EPİDEMİYOLOJİ:

EN sıklığı yaş arttıkça azalmaktadır. Beş yaşındaki çocukların %16'ı yatağını ıslatırlar. Altı yaşında %13, 7 yaşında %10, 8 yaşında %7, 10 yaşında %5, 12-14 yaşta %5, ≥15 yaşta %1-2 nokturnal enürezis görülmektedir. Artan yaş ile çocuklar her yıl %15 oranında kendiliğinden kuru kalmaktadır. M-EN erkek çocuklarında 2 kat fazla görülür.

ETYOLOJİ:

1. Matürasyon Gecikmesi

EN'nin normal gelişimin geçikmesine bağlı olduğu düşünülmektedir. EN'lı çocuklarda geçikmiş motor fonksiyon ve geç konuşma sıklığının artmıştır. Ayrıca EN'nin büyük çoğunluğunun spontan düzelmeside bu fikri desteklemektedir.

2. Genetik

EN'lı çocukların %65-85'inde pozitif aile öyküsü saptanmıştır. Ebeveynler enüretik değilse bu risk %15 olarak bildirilmiştir.

3. Azalmış mesane kapasitesi

Anatomik olarak değil, fonksiyonel olarak azalmadır. Fonksiyonel mesane kapasitesi, mesanenin boşalma anındaki volümüdür. Kabızlık ve sistit ile birlikte olan sık idrara gitme, mesane kapasite azaldığını gösteren klinik bulgulardır.

4. Detrusor overaktivitesi

M-EN'lı çocuklarda ürodinamik olarak tespit edilen inhibe edilemeyen detrusor kasılma oranı, enürezis olmayanlardan farklı değildir (%3-5). Fakat enüretik dönemde detrusor kasılma sıklığı enüretik olmayanlardan fazla saptanmıştır. Detrusor inhibisyonunun sirkadian ritmi bozulmuştur. Pelvik taban aktiviteside bu dönemde artmıştır.

4. Nokturnal Poliüri

Gece yatmadan önce artmış sıvı alınması, ADH'a yetersiz yanıt, azalmış ADH sekresyonu nokturnal poliüriye neden olabilir. ADH sekresyonunun mesane distansiyonuna yanıt olarak arttığı ve mesanenin boşalmasıyla azaldığı gösterilmiştir. Mesane boşalması ile ADH sekresyonu düşerse, düşük nokturnal ADH seviyesi EN'nin sebebi olmaktan daha çok sonucu olduğunu düşünülebilir. Ayrıca sabah idrar osmolalitesinin yaşla giderek artması, ADH sekresyon yanıtında yaş ile matürasyonunun bir kanıtı olabilir.

5. Uyku bozuklukları

M-EN'li çocuklar uykuda mesane dolgunluğunun hissedemez ve tualete gitmek için uyanamaz. Enürezisin derin uyku sırasında ortaya çıktığı ileri sürülmüştür. Enüretik çocuklar uykudan uyandırmak için yapılan uyarılara, normal çocuklara göre daha az yanıt verirler. Bu çocuklar kendiliğinden uyanamazlar, ancak yatağı ıslattıktan sonra uyanabilirler. Uyanma yeteneği santral sinir sistemi matürasyonu ile düzelir.

6. Psikolojik faktörler:

Psikolojik sorunlar bir nedenden çok sonuçtur. Nokturnal enürezisli çocuklarda emosyonel problemlerin insidansında artış saptanmıştır.

AYIRICI TANI:



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Tanı için, organik nedenlere bağlı enürezisin dışlanması gerekir.

- **Mesanenin yetersiz boşalması:** Mesanenin tam olarak boşalmaması sık idrar yapmaya yol açabilir. Alt üriner sistem obstrüksiyonu, nörojenik mesane ve disfonksiyonel işeme en önemli nedenlerdir.
 - **Poliüri:** Aşırı idrar yapımı sonucu gece idrar yapma ihtiyacı da artar. Diabetes mellitus, diabetes insipidus, orak hücreli anemi, gece alkol ve kafein alımı ve psikojen polidipsi poliüri yapar.
 - **İdrar Yolu Enfeksiyonları (İYE):** Mesane mukozasını irrite ederek sıkışma hissine neden olur.
 - **Kronik böbrek yetmezliği:** Solüt ve su diürezine neden olarak enürezis oluşturur.
 - **Nörolojik bozukluklar:** Meningomyelom, spinal kord tümörleri, konvülsiyonlar, nörojen mesane yapan hastalıklar.
- Ayrıca eşlik eden durumlarında belirlenmesi gerekir.
- Nöropsikiyatrik problemler (hiperaktivite sendromları, zeka geriliği gibi)
 - Obstrüktif uyku apnesi, geçici sfinkter tonus kaybına yol açar.
 - Parazitler: Oksiyuriasis üretrada irritasyona yol açarak enürezise neden olabilir.

NOKTURNAL ENÜREZİSLİ ÇOCUĞUN DEĞERLENDİRİLMESİ:

Monosemptomatik enürezis nokturalda organik bir neden saptanmaz. Gece idrar kaçırma vardır. Gündüz kaçırma yoktur yada çok enderdir. Dışkılama bozukluğu eşlik etmez. Hastaların en az %50'inde aile öyküsü bulunur. Sık işeme olabilir. Laboratuvar tetkikleri ve nörolojik muayene normaldir. Tanımlamalar net olsa bile öykü alma (ve fizik muayene) belli bir düzen içinde yapılmalıdır. Geçerliliği gösterilmiş sorgulama (skorlama) formları öykünün şekillendirilmesinde çok yararlıdır. Tek başına kullanılamazlar, daha objektif bir inceleme ile birleştirilmelidir (mesane güncesi, üroflow). Bu yaklaşım ile MEN tanısı güvenilir olarak konulabilir.

Öykü

- Gündüz ıslatma veya diğer semptomlar (sık veya az idrar yapma, ıknarak idrar yapma, idrara başlarken *güçlük yaşama*, *çaprazlama*, *çömelleme*, *İYE*)
- Daha önce uzun süre kuru kalma dönemleri
- Enürezis nokturala ilişkin aile öyküsü
- Enürezis noktural sıklığı (haftalık ıslak gece sayısı, gecede işeme sayısı, her işemenin yaklaşık hacmi)
- Sıvı alım güncesi
- İşeme güncesi (gündüz işeme sayısı, gündüz her işeme hacmi, işeme arası süre, işlemeye başlarken veya dururken *güçlük* olup olmadığı, damlatma)
- Dışkılama güncesi (konstipasyon, enkoprezis)

Fizik muane

- Batın: dolu mesane, fekalom varlığı
- Bel: kemik patolojisi, sakral dimple, lipom, kıl yumağı, renk değişikliği gibi gizli spinal disrafizm bulguları
- Genital : labial füzyon, himen pozisyonu, meatal stenoz
- Nörolojik: S1-S4 sakral segmentler tarafından beslenen perineal duyu ve perineal reflekslerin muayenesi , parmak ucunda durma varlığı, bulbokavernozus refleksi ve anal sfinkter tonusu muanesi

Tetkik

- İdrar özellikle gecedan sonra değerlendirilir, dansite ve osmalirite bakılır. Glukozurinin olmadığı kanıtlanmalıdır.
- Eğer gün boyu semptom yok, fizik muayene normal, TİT ve idrar kültürü normal ise üriner sistem patolojileri açısından ileri değerlendirme gerekli değil .
- Renal US büyük çocuklarda ve tedaviye cevap vermeyen çocuklarda yapılması uygun.

TEDAVİ

Amaçlar:

- Belirli durumlarda kuru kalmak (Yatılı gezme, kamp)
- Kuru gecelerin sayıya azalması
- Enürezisin çocuk ve aile üzerindeki etkisini azaltmak
- Nüksü önlemek

Patogeneze göre tedavi:

- Nokturnal poliüri → desmopressin
- Uyanma güçlüğü → alarm tedavisi
- Detrusor instabilitesi → antikolinerjikler ve mesane fonksiyonları düzenlenmesi

Genel prensipler:

- Tedavide en iyi yaklaşım anne ve babaya bu durumun kendiliğinden düzeleceği güveni verilmeli ve cezalandırıcı ölçümlerden kaçınılması gerektiği vurgulanmalıdır. Aksi taktirde çocuğun fizyolojik durumunu etkileyebilir.
- Sıvı alımı akşam 6-7 den sonra sıvı alımı kısıtlanmalıdır.
- Akşam saat 4'den sonra şeker alımı ve kafein alımından kaçınmanın faydası vardır.
- Horlama varsa adenoid hipertrofisi yönünden değerlendirilmelidir, gerektiğinde opere edilmesi faydalı olabilir.
- 6 yaşından küçüklerde aktif tedaviden kaçınılmalıdır. Daha büyük çocuklarda başarı daha fazladır.
- İlk tedavi motivasyon tedavisidir ve kuru kaldığı her bir gün için yıldız verilir.
- Uyuduktan birkaç saat sonra uykudan kaldırıp idrar yaptırılabilir.

Tedavide davranışçı teknikler

- **Kayıt tutma ve ödüllendirme (motivasyon tedavisi)**

Motivasyon tekniğinde çocukta bir takvim tutması, her güne kuru yada ıslak anlamında bir işaret koyması beklenir. İşaret



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



kesinlikle çocuk tarafından konmalıdır. Bunun amacı motivasyon yanı sıra çocuğun tedaviye katılması ve sorumluluk almasıdır. Haftalık kontroller ile kuru günler çok ise çocuk ödüllendirilir. Duygusal içeriği olan ödüller, oyuncak gibi somut ödüllerden daha etkilidir.

Beş-yedi yaş arası küçük çocukta ve her gece ıslatmayan çocukta öncelikle tercih edilebilir. Başarı: 14 ardışık gün kuru kalma olarak tanımlanır.%25 çocukta başarı, relaps oranı %5'dir. Relaps: iki haftada iki kez ve üzeri kaçırma. Motivasyon tedavisi 3-6 ay denenir, etkili olmazsa diğer tedavi alternatiflere geçilir.

- **Sıvı kısıtlaması ve gece uyandırma**

Akşam yemeğinin susatmayacak nitelikte olması, yemekten sonra sıvı kısıtlaması gece idrarını azaltır. Bu konuda çocukla anlaşmak ve yeni bir inatlaşma odağı haline getirmemek önemlidir. Uyuduktan 1-1.5 saat sonra tam uyandırılarak tuvalete götürülür. Gece boyunca pek çok kez uyandırmak uyku sağlığı için kötü ve gereksizdir.

- **Aileye danışmanlık ve aile terapisi**

Aile ile ilk görüşmede çocuk yetiştirmek ile ilgili genel tutumları, kaka kaçırma ile ilgili duygu düşünce ve davranışları anlaşılma-ya çalışılmalıdır. Belirti konusunda aşırı hoşgörölü ve cezalandırıcı tutumlar önlenmeye çalışılır. Aileye soğuk kanlı ve tutarlı bir davranış modeli oluşturması için rehberlik edilir. Çocuğun işemesine karşılık ailenin duygu, düşünce ve davranışları incelenmelidir. Aile öfke, utanç, usanç duyabilir, çocuğu cezalandırabilir, utandırabilir, kardeşleri ve arkadaşları ile kıyaslayabilir. Bazı aileler de bez bağlayarak enürezisi destekleyici bir tutum sergileyebilir. Cezalandırıcı ya da destekleyici tutumlar hatalı olup, aileye cezanın- da sevecenlikle ödüllendirmeninde hatalı olduğu anlatılmalıdır. Aile içi ilişkiler çevresinde enürezise çözüm aramak, diğer tedavi yöntemlerinin etkisini artırabilir.

Alarm tedavisi

Çocuk ıslanır ıslanmaz alarm zili çalar ve çocuk uyanır.Başarı şansı %30-60 dır. Yan etkisi, alarmla diğer çocuk ve aile fertlerinde uyanmasıdır. Bu tedavi büyük çocuklarda daha başarılıdır. Yedi yaş üstü tercih edilir. Uzun etkili tedavidir. Tedaviye motive aile ve çocukta, haftada 2 den fazla kaçırma çocukta daha etkilidir. Tedavi 14 ardışık gün kuru kalana kadar devam eder. Bu genelde ortalama 12-16 hafta (5-24 hafta) sürer.Max 3 ay beklenir , etki yoksa diğer tedaviye geçilir. Relaps olursa tekrar tedavi başlanır, yanıt daha çabuk olurRelaps: 2 haftada 2 kez ve üstü kaçırma olarak tanımlanır.

Farmakolojik Tedavi

İkinci basamak tedavidir. Küratif değildir. Zil tedavisiyle karşılaştırıldığında farmakolojik tedavi ile başlangıçtaki başarısı aynı olsa da farmakolojik tedavinin başarısı geri dönüşümlü olabilir.

- **Desmopresin asetat**

Sentetik vasopressin analogudur. Tableti vardır ve 120 µg gece yatmadan 30-60 dk önce verilir. Hiponatremi olmaması için, ilaç alındıktan sonraki ilk 8 saat max 240 cc sıvı alınmalıdır. Kusma ishal durumlarında kullanılmaz. Sprey kullanan birkaç çocukta hiponatremi bildirilsede tablet kullananlarda bildirilmemiştir.14 gün sonra etki yoksa max 240 mikrogram artırılır. İlaç kullanırken tetkik yapmaya gerek yoktur. Tedaviye yanıt 1 veya 2 haftada başlar. Yanıt varsa 3-6 ay tedaviye devam edilir. Kesileceği zaman 2 hafta yarı doz azaltma yapılır, sonra kesilir. Azaltılma aşamasında enürezis tekrarlırsa ilk doza geçilir. Uzun süreli kullanımının yan etkisi yoktur. Nokturnal poliüri ve normal mesane fonksiyonu olanda en etkilidir. Kısa sürede etkili ama relaps riski fazladır. Pahalı bir tedavidir. Çabuk ve geçici etki istenen durumlarda (yatılı gezi, yolculuk) ve diğer tedavilere dirençli enüreziste tercih edilir. Etki %30 tamamen kuruluk, %40 kaçırma azalması şeklindedir. Relaps %60-70 oranındadır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



ALT ÜRİNER SİSTEMİN NON-NÖROPATİK DİSFONKSİYONU

Kaya Horasanlı

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Bu grupta pek çok klinik tablo bulunmaktadır. Ortak özellikleri herhangi bir anatomik yada nörolojik patoloji olmaksızın acil işeme hissi, bununla birlikte idrar kaçırma, zayıf idrar akımı, işemeye başlamakta zorlanma, idrar sıklığında artış ve tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonları ile karakterize fonksiyonel işeme bozuklukları olmalarıdır.

Uluslararası Çocuk Kontinans Topluluğu'nun (ICCS) en yeni bildirgesinde, "Day-time LUT Condition (gündüz alt üriner sistem semptomları)", çocuklarda fonksiyonel inkontinans problemlerini tanımlayan yeni terim olarak belirlenmiştir. Altta yatan herhangi bir üropati veya nöropati olmaksızın çocuklarda idrar kaçırma problemi "Day-time LUT Condition" kategorisinde gruplanır. Gece altını ıslatma 'enürezis' olarak bilinir.

Mesane ve barsak arasındaki ilişki nedeniyle, mesane ve bağırsak rahatsızlıkları mesane bağırsak disfonksiyonu (MBD) olarak adlandırılmıştır.

Kesin veriler mevcut olmamasına rağmen, Day-time LUT Condition görülme sıklığının arttığı düşünülmektedir. Bildirilen prevalans oranı % 2 ile % 20 arasındadır. Bu geniş oran aralığı, kullanılan tanımlamalardaki varyasyonu da yansıtmaktadır. Yakın tarihli çalışmalarda, alt üriner sistem (AÜS) işlev bozukluğu çeken çocukların yarısından çoğunda barsak disfonksiyonu da gözlenmiştir.

Genel popülasyona kıyasla AÜS şikayetleri olan çocuklarda, 'Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu' gibi komorbiditelerin yaygınlığı daha yüksektir.

SINIFLANDIRMA

Mesane fonksiyonunun normal gündüz kontrolü, iki ila üç yaş arasında olgunlaşırken, gece kontrol normalde üç ila yedi yaş arasında sağlanır. Alt üriner sistem disfonksiyonlarının (AÜSD) iki ana grubu vardır: dolum fazı işlev bozuklukları ve işeme fazı işlev bozuklukları.

Dolum fazı işlev bozuklukları

Doldurma fazındaki işlev bozukluklarında, aşırı aktif mesanede AAM olduğu gibi detrusör aşırı aktif olabilir veya detrusör kontraksiyon yetersizliği görülebilir. Bazı çocuklara alışkanlık olarak çişini tutarak idrarı erteleyebilirler.

Boşaltma fazı işlev bozuklukları

Boşaltım fazı işlev bozukluklarında temel işlev bozukluğu detrusör kontraksiyonu sırasında sfinkter ve pelvik taban etkileşim disfonksiyonudur. Bu durumun genel terimi disfonksiyonel işemidir. İşeme sırasında zayıf kasılmalar kesikli işeme ile sonuçlanırken, güçlü kasılmalar ise işemede kesinti ve gerginlik hissine neden olur.

TANI

Anamnez, klinik muayene, üroflovetri, ultrasonografi ve işeme günlüğü gibi non-invaziv tarama testleri tanı için gereklidir. Anamnezde hem anne - baba hem de çocuğun birlikte ele alındığı pediatrik yaş grubuna göre yapılandırılmış bir değerlendirme formunun kullanılması önerilir. Anamnezde bağırsak fonksiyonunun değerlendirilmesi de olmalıdır. Çocuğun işeme sıklığını ve boşaltılan hacimleri ve çocuğun içme alışkanlıklarını belirlemek için işeme günlüğü gereklidir. Yakın zamanda geliştirilmiş ve onaylanmış bazı disfonksiyonel işeme skorları mevcuttur. Çocuklarda bağırsak fonksiyonunun değerlendirilmesi için Bristol Dışkılama Skalası, kullanımı kolay bir araçtır.

Klinik muayenede, belirgin üropati ve nöropatiyi dışlamak için genital muayene ve lumbosakral omurganın ve alt ekstremitelerin değerlendirilmesi gereklidir. USG üst üriner sistemde (ÜÜS) ikincil anatomik değişiklikleri görüntülemeyi sağlarken, boşalma sonrası rezidü (PMR) ve üroflovetri boşaltma yeteneğini değerlendirmeyi sağlar. Bir işeme günlüğü depo fonksiyonu ve inkontinans sıklığı hakkında bilgi sağlarken, ped testi idrar kaçırmayı nicelleştirmeye yardımcı olabilir.

İlk tedaviye direnç durumunda veya tedavinin başarısız olması durumunda yeniden değerlendirmeye ihtiyaç duyulmaktadır. Bu aşamada video-ürodinamik (VUD) çalışmaları da düşünülmelidir. Bazen, altta yatan ürolojik veya nörolojik bir problem olabilir ve bunlar sadece VUD'de bulgu verebilir. Bunun yanında, sosyal stresin değerlendirilmesi için psikolojik görüşmeler de yapılmalıdır. Posterior üretral valv problemleri, siringoseller, konjenital obstrüktif posterior üretral membran (COPUM) veya Moormann halkası gibi anatomik problemlerde, daha ileri sistoskopik değerlendirme yapılması gerekebilir. Nöropatik hastalıktan şüpheleniliyorsa, lumbosakral spinal MR tethered kord, lipom veya diğer nadir patolojileri dışlamaya yardımcı olabilir.

TEDAVİ YÖNETİMİ

AÜSD tedavisi, çoğunlukla üroterapi olarak adlandırılan AÜS rehabilitasyonundan oluşur. Bu terapi cerrahi olmayan, farmakolojik olmayan, AÜS'in işlevsel tedavisi anlamına gelir. Bu tedavi şekli, çok geniş bir terapi alanı olup, üropaterapistler ve diğer sağlık uzmanları tarafından kullanılan birçok tedaviyi içermektedir. Bağırsak problemlerine bağlı komorbidite durumunda bağırsak sorunları beraberinde bir mesane problemine neden olabileceği için barsak sorunlarını öncelikle tedavi etmeniz önerilir. Üroterapi, standart terapi ve spesifik tedaviler olarak iki gruba ayrılabilir.

Standart terapi

Standart üroterapi AÜSD için cerrahi dışı, farmakolojik olmayan tedavi olarak tanımlanmaktadır. Aşağıdaki bileşenleri içerebilir:

- Normal AÜS fonksiyonları ve bu fonksiyonların kaybı hakkında bilgi içeren açıklama (İşemenin yeniden öğretilmesi)
- Var olan sorunların çözümü için idrar tutma aşamasında ve işeme sırasında yapması / yapmaması gerekenler (örneğin; idrar tutma manevralarından vazgeçilmesi, işemelerin zamanlaması, süresi, işeme sırasında uygun postürün anlatılması gibi) konusunda eğitim verilmelidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



- Sıvı alımına, kabızlığı önlemeye vb. ilişkin yaşam tarzı değişiklikleri ile ilgili öneriler.
- Mesane günlükleri veya sıklık-hacim çizelgeleri kullanarak semptomların ve işeme alışkanlıklarının kaydedilmesi.
- Düzenli takip ve destek

Üroterapi programları için, program bileşenlerinden bağımsız olarak % 80'lik bir başarı oranı tarif edilmiştir. Bununla birlikte, üroterapi programlarının çoğunda yapılan çalışmalar retrospektif ve kontrol grupları olmadığından, kanıt seviyesi düşüktür. Kognitif tedavi, plasebo, oksibutinin, mesane ve pelvik taban eğitiminin karşılaştırıldığı yakın zamanda yayınlanmış çok merkezli kontrollü bir çalışmada, oksibutin ve pelvik taban eğitiminin standart terapiden daha iyi sonuçlar vermediği bildirilmiştir.

Spesifik tedaviler

Üroterapinin yanı sıra fizyoterapi (örneğin pelvik taban egzersizleri), biofeedback, alarm terapisi ve nörostimülasyon da dahil olmak üzere bazı spesifik tedaviler vardır. Bu tedavi yöntemleri ile iyi sonuçlar bildirilmesine rağmen, yalnızca birkaç randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yayınlandığından, kanıt seviyesi düşük kalmaktadır. Nöropatik hastalığı olmayan, hipoaktif mesane üzerine iki RKÇ yakın tarihte yayınlanmıştır. Bu çalışmalarda transkutanöz interferansiyel elektrik stimülasyonu, pelvik taban egzersizi ve hareketli biofeedbackle yapılan tedavilerin etkili olduğu gösterilmiştir. Bununla birlikte bazı durumlarda bu tedavilere farmakoterapi de eklenebilir. Kanıt seviyesi düşük olmasına rağmen, antispazmodikler ve antikolinergiklerin etkili olduğu gösterilmiştir.

Botulinum toksini enjeksiyonu umut vericidir. Sakral sinir stimülasyonu gibi diğer yeni tedavi yöntemleri yalnızca vaka serilerinde açıklanmıştır ve bunların yararlılığına dair hiçbir kanıt bulunmamaktadır. Bu yeni tedavi yöntemleri ancak standart tedaviye dirençli olgularda önerilebilir.

ALT ÜRİNER SİSTEMİN NÖROPATİK DISFONKSİYONU

Sinir sistemindeki herhangi bir seviyedeki bir lezyonun sonucu olarak nörojenik detrusor-sfinkter fonksiyon bozukluğu (NDSD) gelişebilir. Bu durum, idrar kaçırma, İYE, VUR ve renal skara yol açabilecek çeşitli AÜSD larına sebep olabilir. Düzgün yönetilmezse, NDSD potansiyel olarak diyaliz veya transplantasyon gerektiren böbrek yetmezliğine neden olabilir. Tedavinin başlıca hedefleri üriner sistemin bozulmasının önlenmesi ve uygun yaşta kontinansın sağlanmasıdır. Bir başka deyişle üst üriner sistemin yüksek mesane basıncının zararlı etkilerinden korunması ve hastanın kuru kalması amaçlanır.

Doğumda en sık rastlanan nörolojik prezentasyon miyelodisplazidir. Miyelodisplazi terimi, nöral tüp kapanışındaki kusurlardan kaynaklanan bir grup gelişimsel anomaliyi içerir. Lezyonlar spina bifida occulta, meningocele, lipomyelomeningocele veya myelomeningocele içerebilir. Myelomeningocele en çok görülen ve en zararlı defektir. Serebral palsili olan hastalarda, genellikle inhibe edilemeyen mesane kontraksiyonları ve idrar kaçırma şeklinde olan çeşitli derecelerde işeme disfonksiyonu görülebilir.

SINIFLANDIRMA

Nörolojik defisit niteliğine göre, mesane ve sfinkter aşırı aktif veya hipoaktif durumda olabilir:

- mesane; artmış kontraksiyonlar, düşük kapasite ve kompliyans ile seyreden aşırı aktif mesane şeklinde olabilir veya etkili kontraksiyonların olmadığı hipoaktif mesane şeklinde olabilir.
- mesane çıkımında (üretra ve sfinkter) aşırı aktiviteden bağımsız olarak fonksiyonel bir obstrüksiyon görülebilir veya akım drenajının olmadığı paralizik bir şekilde olabilir;

Bu iki yapıda oluşacak patolojilerin kombinasyonları göz önüne alındığında pek çok farklı klinik tablo ortaya çıkacaktır. Bütün bu tablolar arasında en kötüsü detrusör ve sfinkterin koordinasyonunun bozulduğu detrusör-sfinkter dissinergisidir. Bu gerçekleştiği takdirde üst sistem bozulma oranı yüksektir.

TANI

Doğumdan sonra mümkün olan en kısa sürede alınan abdominal bir USG, hidronefrozu veya diğer üst üriner sistem patolojisini tespit edecektir. USG sırasında rezidü idrarın ölçümü de yapılmalıdır. Bu çalışmalar üst ve alt idrar yollarının temel görüntülenmesini oluşturur, hidronefroz veya VUR'un teşhisini kolaylaştırabilir, üst üriner sistemin bozulması ve böbrek fonksiyonlarının bozulması riski altındaki çocukların belirlenmesine yardımcı olabilir.

Üroflovetri, tüm ürodinamik testlerin en az invaziv olduğu için, bir başlangıç tarama aracı olarak kullanılabilir. Ancak non-nörojenik işeme disfonksiyonu olan çocukların aksine üroflovetri, nörojenik mesaneli çocuklarda tek bir araştırma aracı olarak nadiren kullanılır, çünkü mesane kapasitesi hakkında bilgi vermez, ancak işemenin takibinde çok pratik bir yöntemdir.

Nörojenik mesanedeki her çocuğun değerlendirilmesinde iyi bir ürodinamik çalışma zorunludur. Ürodinamik altın standart olsa da test sırasında saptanan parametreler doğal dolumu tam olarak taklit edemediği için hata payının yüksek olabileceği göz ardı edilmemelidir. Ancak halen elimizdeki en değerli tanı aracıdır. Ürodinamik bir çalışma aynı zamanda takipte vesikoüretral ünitenin tedaviye yanıtı hakkında da klinisyene bilgi verir.

İlk ürodinamik çalışmanın zamanlaması net olmamakla birlikte, ilk tedaviye yanıt vermeyen veya tedavide değişim veya girişim planlanan nörojenik mesaneli çocuklarda tekrarlayan çalışmalar yapılmalıdır.

TEDAVİ YÖNETİMİ

Tedavinin zamanlaması uygun yöntemin seçilmesi kadar önemlidir. Örneğin miyelodisplazili yenidoğanda agresif tedaviye erken başlanması uzun dönemde üst sistemin korunmasının yanısıra ögmentasyon ihtiyacını da azaltacaktır. Miyelodisplazili bireyde doğar doğmaz uygulanmaya başlanan bu multidisipliner yaklaşım proaktif tedavi olarak adlandırılır.

Bir başka örnek ise travma sonrasında erken dönemde (spinal şok dönemi) elde edilen ürodinamik bulguları ve yapılacak tedavinin, 6 ay sonra tekrarlanacak ürodinamide farklılık gösterebileceği ve tedavinin yeniden planlanması gerekebileceği gerçeğidir. Alt



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



üriner sistem nöropatik disfonksiyonunun tedavisinde beklenen son noktalara göre tedaviyi planlamak doğru olacaktır. Buna göre karşılaşılabilecek sorun ve tedavi yöntemleri şöyle özetlenebilir:

1. Vezikoüreteral Reflü (VUR): Tedavisi uygun planlanmamış çocuklarda VUR insidansı %60'lara kadar çıkabilmektedir. En riskli tablo detrüsor-sfinkter dissinerjisidir. Tedavide;

- Depolama basıncını düşürülmeli: Bunun için uygulama sırasıyla antikolinerjikler, botulinum toksin ve mesane kapasite ve kompliansını artırıcı ameliyatlar (öğmentasyon sistoplasti gibi) yapılmalıdır.

- Uygun boşalma sağlanmalı: Temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) öncelikli seçenektir. Mesanenin düşük basınçta dolum ve boşalmasının sağlanmadan reflü için yapılacak düzeltici cerrahinin başarısız olması kaçınılmazdır.

2. Kontinans:

- İstemsiz kasılmalarla birlikte düşük komplianslı mesane nedeniyle olan inkontinanstaki antikolinerjikler, botulinum toksin ve mesane öğmentasyonu tedavi seçenekleridir.

- Düşük üretral kapanma basıncı nedeniyle olan inkontinanstaki seçenekler varsa düşük kompliansın düzeltilmesini takiben periüretral madde enjeksiyonu, üretral askı ameliyatları ve artifisyonel üretral sfinkterdir.

- Mesanenin uygun boşalmaması nedeniyle olan inkontinanstaki TAK etkili yöntemdir.

3. Üriner Sistem Enfeksiyonu: Oluşmasını engellemek için alınacak en etkin yöntem mesanenin doğru zaman aralıklarında tam olarak boşalmasının sağlanmasıdır. Bu sağlandığı takdirde profilaktik antibiyotik kullanımının ek katkısı olmayacağı gibi oluşacak dirençli enfeksiyonlar morbidite ve mortaliteyi de arttıracaktır.

4. Kabızlık: Nöropatik mesanesi olan çocuklarda bir diğer tedavi hedefi düzgün aralıklarla tam olarak barsak boşalmasının sağlanmasıdır. Bu amaçla gıda alımının düzenlenmesi, laksatifler, enemalar (retrograd ya da antegrad) sırasıyla uygulanması gereken yöntemlerdir.

5. Cinsel Yaşam: Hem erkek hem kız çocuklarına cinsel eğitim ve danışmanlık adolesan döneminden başlayarak verilmelidir.

6. Özgüven: Üriner sistemde karşılaşılan sorunların tedavisinin yanı sıra bu sorunların ve diğer sistemlere ait sorunların yol açacağı özgüven eksikliği göz ardı edilmemeli ve hastalar bu alanda destek için yönlendirilmelidir.

TAKİP

Nörojenik mesane hastaları ömür boyu takip gerektirir ve böbrek ve mesane fonksiyonlarının izlenmesi son derece önemlidir. Üst sistem değişiklikleri, böbrek ve mesane fonksiyonları- nın durumunun periyodik olarak araştırılması zorunludur. Bu nedenle tekrarlayan ürodinami testlerinin görülmesi gerekir. Hastanın semptomlarında bir değişiklik olduğunda veya herhangi bir nöroşirürji prosedürüne tabi tutulduğunda, tekrar ürodinamik bir çalışma gereklidir. Üst veya alt üriner sistem de belirgin değişiklikler veya nörolojik semptomlarda meydana gelen değişiklikler durumunda, ürodinami ve spinal MR'yi içeren daha ayrıntılı bir muayene endikedir. Alt üriner sistemin nöropatik disfonksiyonu hayat boyu sürecek multidisipliner bir yaklaşımı gerektirmektedir.

Kaynaklar;

1-EAU 2017 Klavuzu temel alınmıştır.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUKLARDA SIK GÖRÜLEN DERMATOLOJİK SORUNLAR(OLGULARLA)

Burçe Can Kuru

Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

İmpetigo

Derinin yüzeysel bulaşıcı bir enfeksiyonudur. Büllöz ve büllöz olmayan iki klinik formu mevcuttur. Büllöz olmayan impetigo grup A beta hemolitik streptokoklar ve staph.aureus ile oluşur. Klinik olarak bal rengi bir krut oluşturan, küçük vezikül veya püstüller şeklinde görülür. Post-streptokokal akut glomerulonefrit nadir görülen komplikasyonlarından. Büllöz impetigonun etkeni staph.aureus'tur. Nadiren streptokoklara bağlı görülür. Burada görülen gevşek büll staph.aureus tarafından üretilen epidermolitik toksine bağlı oluşur. Büller büyüktür ve daha yavaş rüptüre olur. Başlangıçta berrak olan sıvı zamanla nötrofil ve lenfosit birikimine bağlı bulanıklaşır. Tedavide hafif ve orta şiddetli lokalize vakalarda topikal mupirosin ve fusidik asit, yaygın ve şiddetli olgularda sistemik penisilin, tetrasiklin ve kinolon kullanılır.

Verruka(siğil)

Etkenin Human Papilloma Virus(HPV) olduğu sık görülen bir enfeksiyon. Kutanöz ve genital lezyonlara yol açar. Bulaşma enfekte olmuş deri ve mukoza lezyonlarına direkt temas ile olur. Kontamine olmuş kişisel eşyaların kullanımı ile de bulaşır. Otoinokülasyon yoluyla farklı deri bölgelerine yayılım görülür. İnkübasyon süresi 2-9 ay arasında değişir. Kutanöz siğillerin 2/3'sinin 2 yıl içinde kendiliğinden gerilediği bilinir. HPV 16,18,31,33,45 onkojenik potansiyeli olan tiplerdir. Verrukalar 5 tipe ayrılır;verruka vulgaris, verruka plana, verruka plantaris, verruka filiformis ve verruka anogenitalis(kondiloma akuminatum)'dır. Verruka vulgaris çocuklarda sık görülür. Atopik dermatit ya da hücrel immünite zayıfladığında daha yaygın seyredebilir. Klinik olarak deri renginde deriden kabarık papüllerle seyreder. Papüllerin yüzeyi hiperkeratotik, vegetatif karakterde olabilir. En sık el sırtı, parmaklar, avuç içi ve parmak uçlarında görülür. Subjektif bir semptomla yol açmaz. Verruka plana yüz,alın ve el sırtında görülür. 2-4mm çapında yüzeyleri düzdür. Verruka plantaris ayak tabanında yerleşen verruka tipidir. Üzerine basmakla ağrılıdır, nasırdan ayırt edilmelidir. Verruka filiformis saplı, ipliksi uzantıları olan tipidir. Verruka anogenitalis (kondiloma akuminatum) genital ve perianal bölgede yerleşen siğillerdir. Cinsel yolla bulaşır. Erken yaşta cinsel ilişki, çok sayıda eş risk faktörleri arasında yer alır. Klinik olarak düzgün yüzeyli ve pigmente, bazen lobüler hiperkeratotik papül şeklinde görülür. En sık etken HPV 6 ve 11'dir. HPV 16 ve 18 de etken olabilir. Tedavide verruka vulgariste kriyoterapi, elektrokoterizasyon, salisilik asit, bleomisin ve cerrahi tedaviler denenebilir. Verruka plana tedavisinde spontan düzelmeye bırakılabilir, kriyoterapi, salisilik asit, tretinoin, 5-FU denenebilir. Verruka plantaris tedavisinde kriyoterapi, elektrokoterizasyon, salisilik asit, bleomisin ve lazer uygulanabilir. Verruka filiformis tedavisinde ise elektrokoterizasyon ve kriyoterapi denenebilir. Verruka anogenitalis için kriyoterapi, elektrokoterizasyon, imikuimod, podofilin ve lazer uygulanabilir.

Molluskum contagiosum

Etkenin Pox virüs olduğu enfekte bireyler ya da kontamine yüzeylerle temas sonrası bulaşan bir viral hastalıktır. Sıklıkla okul çağı çocuklarında görülür. Klinik olarak deri renginde ya da hafif pembe, yuvarlak ve göbekli papüller şeklinde ortaya çıkar. Tedavide lezyonun penset ile sıkıştırılarak ekstirpasyon işlemi, topikal tretinoin, imikuimod, %10 potasyum hidroksit, kriyoterapi denenebilir.

Herpes simpleks virüs enfeksiyonları

Etken bir DNA virüsüdür. Tip 1 ve Tip 2 olmak üzere iki antijenik tipi vardır. Primer olarak epidermisi veya mukozal yüzeyleri tutar. Tip 1 klasik olarak yüzde, Tip 2 ise genital bölgede gözlenen enfeksiyonlardan sorumludur. Primer enfeksiyon daha çok çocuklarda oral mukoza, farenks, dudaklar ve gözleri etkiler. Primer enfeksiyondan sonra virüs arka kök ganglionlarında latent olarak kalır ve kişi taşıyıcı hale gelir. Virüs değişik faktörlerle (travma, stres, güneş maruziyeti, menstrüasyon) aktive olarak periferik sinirler yoluyla giriş bölgesinin derisine gelerek nökslere yol açar. **Primer herpes simpleks enfeksiyonları;** Herpetik gingivostomatit 10 ay -5 yaş arası sıklıkla HSV Tip 1 enfeksiyonuna bağlı, oral mukozada eritematöz zeminde küçük veziküller ile başlar, ağrılı erozyon ve ülserasyonlara neden olur. İnkübasyon periyodu 3-6 gündür. Servikal ve submandibular lenfadenopati eşlik edebilir. Herpetik keratokonjunktivit gözün primer HSV enfeksiyonudur. Pürülan konjunktivit, ödem, eritem ve vezikülasyon görülür. Korneada ülserler gelişebilir. Herpes labialis dudaklarda oluşan herpes enfeksiyonudur. Yanma, batma, kaşıntı şikayeti ile başlar. En sık görülen rekürren herpes enfeksiyonudur. Primer herpes genitalis enfeksiyonunun büyük çoğunluğundan Tip 2 virüs sorumludur. İnkübasyon dönemi yaklaşık 5 gündür. Eritemli zeminde ağrılı veziküller ile başlayıp, veziküller hızlıca rüptüre olup ağrılı erozyon ve ülserlere dönüşür. Herpetik paronşi, distal falanksın bulbusunu tutan HSV enfeksiyonudur. Otoinokülasyon ile bulaşır. Tek veya birkaç parmakta derin yerleşimli, ağrılı, eritemli zemin üzerinde vezikül veya büll ile karakterizedir. **Rekürren herpes simpleks enfeksiyonları;** Rekürren enfeksiyonlar latent dönem oluştuktan sonra ortaya çıkan virüs aktivasyonuna bağlı gelişir. Önceden klinik veya subklinik olarak enfekte olmuş kişilerde görülür. Rekürren enfeksiyonlar genel olarak konstitüsyonel belirtilerin bulunmaması, lezyonların küçük, grube oluşu, ağrı olmaması gibi özellikler ile primer enfeksiyondan ayrılır. Tedavi; topikal olarak asiklovir %5 krem 5x1 ve pensiklovir %1 krem 2 saatte bir uygulanabilir. Sistemik tedavi aşağıdaki gibidir;



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



*asiklovir 200 mg cps

≥2 yaş

400 mg,800 mg tb

200 mg/5 ml susp

200 mg 5 kez/gün primer GH;10 gün

200 mg 5 kez/gün rekürren GH;5 gün

400 mg 2 kez/gün supresyon,rekürren GH:12aya kadar

*valasiklovir 500mg, 1g

erişkin, ≥12 yaş HL

1 g 2 kez/gün primer GH;10 gün

500 mg 2 kez/gün rekürren GH:3 gün

500 mg-1g/gün GH supresyon

2 g 2 kez/gün HL;1 gün;erişkin ve ≥12 yaş

Varisella

Etken varisella zoster virüstür. Bir kere geçirildikten sonra duysal ganglionlarda latent kalır. Prodrom döneminde ve deri döküntüsünün ilk üç gününde çok bulaşıcı. Respiratuar damlacık yolu ile bulaşır. Tüm lezyonlar kuruyup krutlanana kadar bulaştırıcılık devam eder. Saçlı deriden başlar, yüz, gövde ve ekstremitelere yayılır. Orofarenks, konjuktiva veya vajinal mukozada enanitem görülebilir. Lezyonlar hipopigmentasyon veya skarlar ile iyileşir. İmmunsuprese hastalarda dissemine varisella görülebilir. Tedavi sağlıklı çocuklarda semptomatiktir. Antiviral ajanlar sağlıklı çocuklar için önerilmemektedir. Oral antiviral tedavi, ciddi hastalık, 12 yaş üzeri özellikle aşısız çocuklarda, kronik deri veya akciğer hastalığı olanlarda, salisilat veya steroid kullananlarda verilebilir. Tedavi ilk 24 saatte başlamalıdır.

Herpes zoster

Varisella zoster virüsünün latent enfeksiyonunun reaktivasyonu sonucu görülür. İmmun yetmezlikli çocuklar, primer intrauterin enfeksiyon veya hayatın ilk bir yılında varisella geçirenlerde görülür. Tamamen sağlıklı çocuklarda da görülebilir. Aşılanmış çocuklarda aşılanmamış olanlara göre %79 daha az görülmekte. Klinikte bir veya daha fazla siniri tutan dermatomal yerleşimli eritem üzerinde veziküller ile karakterizedir. Hiperestezi ve ağrı görülür. Genellikle unilateral, tipik olarak orta hattı geçmez. En sık tutulan bölge torasik dermatomlarıdır. 1-2 hafta içerisinde veziküller krutlanır. Çocuklarda klinik daha hafif olur, iyileşme daha hızlı olur. Çocuklarda postherpetik nevalji nadirdir. Trigeminal sinir tutulumunda kornea tutulur, keratit, üveit, kalıcı hasar oluşabilir. Genikulat ganglion tutulumuna bağlı Ramsey Hunt sendromu görülebilir. İpsilateral fasyal paralizi, sağırılık, vertigo, bulantı-kusma izlenebilir. Tedavinin primer faydası ağrı süresinin kısaltılmasıdır. Antiviral tedaviye ilk 72 saat içerisinde başlanmalıdır. Tedavi şeması aşağıda sunulmaktadır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



El-ayak-ağız hastalığı

Multipl enterovirüslerle özellikle coxsackie 16 ile oluşur. 4 yaş altı çocuklarda sıktır. Genellikle yaz sonu, sonbahar aylarında görülür. 4-6 günlük kuluçka süresini takiben hafif ateş, halsizlik, boğaz ağrısı gibi prodromal belirtilerin ardından ağızda tipik enanem görülür. Ağız lezyonları vezikül olarak başlayıp, birkaç mm ile 2 cm arasında değişen keskin sınırlı ülserler şeklindedir. Döküntüler el ve ayakların dorsalinde 3-7mm arasında değişen veziküller şeklindedir. Tanı klinik olarak konur. Enteroviral enfeksiyonlarda spesifik tedavi yoktur.

	İlaç	Doz	süre
Çocuk	Asiklovir	15mg/kg X 5 p.o	7 gün
		10-15 mg/kg X 3 i.v	5-7 gün
İmmunsupresif hasta			
Çocuk	Asiklovir	10-15 mg/kg X 3 i.v	10 gün



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



BAĞIŞIKLAMADA YENİLİKLER

Zerrin Çiğdem

Hasan Kalyoncu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Bağışıklama hizmetleri; bebekleri, çocukları ya da erişkinleri enfeksiyona yakalanma riskinin en yüksek olduğu dönemden önce aşılayarak bu hastalıklara yakalanmalarını önlemek amacı ile yürütülen önemli bir temel sağlık hizmetidir.

21 yy'da eğilimler yaşam boyu bağışıklama olup; bağışıklama hizmetlerinin çocukluk çağıyla birlikte ergen ve erişkin yaşlarda aşılama, anneyi aşılayarak bebeği dolaylı koruma, önleyici aşılardan tedavi edici aşılar geçiş olmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde aşı ile korunulan hastalıklar ile ilgili ölümlerin küçük çocuklar da azalması ile birlikte, ergen ve yetişkinler de bu hastalıkların morbidite ve mortalitesinde artış görülmesi; ergenlik ve yetişkinlik dönemlerinde bağışıklamanın önemini ve gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Ergenlere sağlık hizmeti verenlerin ergenlik döneminde aşılamanın önemini farkında olmaları ve aşılama ile ilgili bilgilerini güncellemeleri önemlidir. Ergenlerdeki bağışıklama oranlarındaki düşüklük; aşı ile önlenabilir hastalıklar ile ilgili epidemilerin ortaya çıkmasına yol açmaktadır. Eksik aşıli ergenler, o toplumdaki yüksek riskli çocuklar, yetişkinler ve yaşlılar için enfeksiyon kaynağı oluşturmaktadır.

Günümüzde erişkin sağlığının en önemli parçalarından birini oluşturması gereken erişkin aşılması; aşılamanın çocuklardaki gibi erişkin bakımının bir parçası olarak görülmemesi, kişilerin aşıların etkinliği ve yan etkileri konusunda şüpheleri, erişkin aşılması ile ilgili bir sağlık politikasının olmayışı ya da yeterince tanıtılmaması gibi nedenlerden dolayı erişkinlerin halen aşı ile önlenabilir hastalıklardan ölmelerine sebep olabilmektedir.

Ülkemizde ve dünyada aşılama son yıllarda büyük gelişmeler olmuş ve ülkelerin aşı şemasında yer alan aşı sayısı giderek artmıştır. Bağışıklamanın insan sağlığına yönelik yapılan en büyük ve etkili hizmet olması gerçeğinin farkına varılması sonucu, konuya ilgi de artarak devam etmektedir. Ancak gerek aşılama konusundaki gelişmelerin baş döndürücü bir hızlı ilerlemesi, gerekse de kamuoyunun yanlış bilgilendirilmesi sonucu yanlış ve eksik bilgi sorunu da aşılama üzerindeki gelişmeler ile paralel olarak büyümektedir.

Bu sunumda; Ulusal aşı takviminde yer alan aşılar ile yer almayan Rotavirüs, Meningokok, HPV ve Grip aşılarındaki son güncel durumlar, çocuk sağlığını en çok ilgilendiren gruplar olmaları nedeniyle erişkin gruplar içinde yer alan gebe ve sağlık çalışanlarının bağışıklaması ile düzensiz göçmenlerde aşılama çalışmaları ve aşı reddinden söz edilecektir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



BESİN ZEHİRLENMELERİ

Duygu Demir

Haliç Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu

Zehirlenme, tüm yaş gruplarını ilgilendiren genel bir sağlık sorunudur. Ancak bu sorunu daha sık yaşamaları, daha duyarlı olmaları, daha fazla zarar görmeleri gibi nedenler, çocukluk çağına karşılaşılan zehirlenmeleri diğer yaş gruplarında karşılaşılan zehirlenmelerden ayrı kılmaktadır. Zehirlenme çocukların sık karşılaştıkları tıbbi problemlerden biri olduğu için oldukça ciddi ve hayati tehdit edici komplikasyonlara yol açabilirler. Bu nedenle zamanında teşhis edilerek tedavi edilmesi hayat kurtarıcıdır.

Besin zehirlenmesi; bir mikroorganizma ya da toksini ile bulaşmış ya da kendisi toksik etki gösteren bir besini yemiş olan çoğu kez birden çok kişide aynı zamanda ortaya çıkan, sıklıkla mide barsak ve merkezi sinir sistemi belirti ve bulgularının görüldüğü bir hastalık tablosudur.

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, acil servise başvuran zehirlenme olguları arasında besin zehirlenmeleri, ilaç zehirlenmelerinden sonra ikinci sırada yer almaktadır. Zehirlenmeye yol açan etkenler yaşanan bölgeye, toplumun gelenek ve göreneklerine, eğitim düzeyine ve mevsimlere göre değişiklik gösterebilir. Bu nedenle her ülkenin, hatta her bölgenin zehirlenme ile ilgili özelliklerinin belirlenerek öngörülebilir zehirlenmeler engellenmelidir. Besin zehirlenmeleri hafif klinik tablolara yol açabileceği gibi, ölümcül de seyredebilir.

Zehirlenmeler "Bildirimi Zorunlu Hastalıklar" listesinde yer almaktadır. Türkiye'de Zehir Danışma Merkezleri zehirlenme olgularına ilişkin danışmanlık hizmeti vermektedir (Refik Saydam Hıfızısıhha Merkezi Başkanlığı Ulusal Zehir Merkezi (UZEM), Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi İlaç ve Zehir Danışma Merkezi, Uludağ Zehir Danışma Merkezi, Hacettepe İlaç ve Zehir Bilgi Merkezi).

Zehirlenme şüphesi ile getirilen her hasta dikkatle muayene edilmeli, özellikle mental durum, havayolu ve solunum yeterliliği değerlendirilmelidir. Kan basıncı, nabız hızı, solunum hızı ve derinliği, vücut ısısı, pupillaların büyüklüğü ve reaksiyonu, terleme varlığı veya yokluğu, peristaltik aktivitelerin varlığı veya yokluğu gibi parametrelerin değerlendirilmesi, toksikolojik muayenenin temel öğeleridir.

Zehirlenme anamnezinde üzerinde durulması gereken noktalar; toksinin cinsi, alınan miktar, zehirlenme yolu, alınış zamanı, önceden varolan hastalık veya ilaç kullanımı, klinik belirtilerin ortaya çıkışı ve ilerleyiş hızı, uygulanmış olan tedaviler, önceden zehirlenme öyküsü, birlikte zehirlenmiş olabilecek kişiler, zehirlenen kişinin adres ve telefonu.

Besin zehirlenmelerinin çoğu bakteri, kalani kimyasal madde, parazit ve virus kaynaklıdır. Yaz aylarında görülme sıklığı artmaktadır. Besin zehirlenmeleri enfeksiyon etkenlerine bağlı olanlar ve olmayanlar olarak sınıflandırılır.

Enfeksiyon Etkenlerine Bağlı Besin Zehirlenmeleri

- Tifo dışı salmonellalar (Kümes hayvanları, yumurta, et, süt ürünleri, sebze, meyve)
- E.coli (Et, çiğ süt, salam, salata sosu, marul)
- Shigella (Yumurta, sebze)
- Clostridium botulinum (Konserve besinler).

Enfeksiyon Etkenlerine Bağlı Olmayan Besin Zehirlenmeleri

A. Kimyasal Maddelerle Besin Zehirlenmesi

Yiyecek ve içeceklerin kadmiyum, bakır, kurşun, çinko, antimon vb. içeren kaplarda saklanması ile besin zehirlenmesi oluşabilir. Bu maddeler sindirim kanalını zedeleyerek bulantı, kusma ve ishale yol açabilir. Belirtiler 24-48 saat sürer.

B. Uskumrugil Balık Zehirlenmesi

Uskumrugil (scombridae) cinsi bazı balıklar (ton, torik, hamsi, vb) çok yüksek miktarda histidin içerirler. Histidin uygun olmayan koşullarda (20-30 oC) histamine dönüşerek histamin reaksiyonu oluşturur. Balığın yenmesinden 30-120 dakika sonra yüzde ve boyunda kızarma, baş ağrısı, bulantı, kusma ve ishal oluşur. Seyrek olarak bronkospazm ve ürtiker görülür. Bazı olgularda şok ve kalpte ritim bozukluğu gelişebilir.

Deli bal (Acı bal) Zehirlenmesi

Rhodadendron (orman gülü, kumar) türü bitki polenleri grayanotoksin (andromedotoksin) içermektedir. Toksin çiçek özü toplayan arılar aracılığıyla bala karışmaktadır. Akut zehirlenme, bu bal yendikten 30-120 dakika sonra hipotansiyon, bradikardi, ağır çevresinde yanma, duyu kaybı, bulantı, kusma, aşırı terleme, konvülsiyon ve koma ile ortaya çıkar.

C. Patates Zehirlenmesi

Filizlenmiş ve güneşte bekleyerek yeşil renge dönüşmüş patatesin içindeki solanin maddesi zehirlenmeye yol açar. Bu patates yenildikten sonraki birkaç saat içerisinde baş ağrısı, ateş, karın ağrısı, bulantı ve ishal gelişir. Seyrek olarak dalgalılık, apati, sanrılar, parestezi,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



bradikardi, hipotansiyon ve solunum güçlüğü ortaya çıkabilir.

D. Mantar Zehirlenmesi

Mantar zehirlenmeleri en sık yağışların çok olduğu sonbahar ve ilkbahar aylarında görülür. Bu zehirlenmeler klinik belirtilerin ortaya çıkış zamanına göre iki grupta incelenir:

Erken belirti gösteren mantar zehirlenmeleri

- Belirtiler 2-3 saat içinde ortaya çıkar.
- Ölüm oranı çok düşüktür.
- Mide yıkama ve semptomatik tedavi yeterlidir.

Geç belirti gösteren mantar zehirlenmeleri

- Belirtiler 6-24 saat sonra veya daha geç ortaya çıkar.
- Çoğu kez ölümlerle sonlanır.
- Tedavisi güçtür.

Klinik belirtiler 6-24 saat sonra ortaya çıkar. Toksin ne kadar az ise o kadar geç belirti verir.

Klinikte üç evre görülür:

1. **Gastrointestinal evre:** 12-24 saatten 2-4 güne kadar sürer. Karın ağrısı, kusma, kolera tipi kanlı olabilen ishal, dehidratasyon, flok görülür. Ateş yoktur.
2. **Latent evre:** 12-24 saat sürer. Klinik belirti yoktur. Karaciğer enzimleri yükselir.
3. **Hepatorenal evre:** Sarılık, hepatomegali, karaciğer ve böbrek yetersizliği, koagülopati, kardiomyopati, ansefalopati, konvülsiyon, koma ve ölüm görülür.

BESİN ZEHİRLENMELERİNDE TEDAVİ

1. Yaşam Fonksiyonlarının Sürdürülmesi

- Solunum desteğinin sağlanması
- Dolaşım desteğinin sağlanması
- Vücut ısısının sağlanması

2. Toksik Maddenin Vücuda Geçişinin Önlenmesi

- | | |
|------------------|-----------------------------|
| a) Kusturma | d) Tüm Bağırsak İrrigasyonu |
| b) Gastrik Lavaj | e) Katartikler (Müşhiller) |
| c) Aktif Kömür | f) Süt |

3. Toksik Maddenin Atılımının Hızlandırılması

- | | |
|--|--------------------|
| a) İyonize diürez | d) Diyaliz, |
| b) Hemoperfüzyon | e) Hemofiltrasyon, |
| c) Tekrarlanan dozlarda aktif kömür uygulama | |

4. Spesifik Antidot Tedavisi

5. Semptomatik Destekleyici Tedavi

BESİN ZEHİRLENMELERİNDE KORUNMA VE HEMŞİRELİK BAKIMI

Zehirlenmelerin önlenmesi ve erken tedavisi iyi bir eğitimle sağlanabilir. Bu konuda hemşirelere büyük görevler düşmektedir. Zehirlenmelerin önlenmesi tedaviden önce gelir. Zehirlenme gözlenen çocukların aile yaşantılarının ve ebeveynlerinin olası hastalıklarının bilinmesi, risk gruplarının saptanması ve koruyucu önlemlerin alınması bakımından kıymetli ipuçları sunabilir.

Hemşireler aile eğitiminde;

- Zehirlenme durumunda ilk müdahalenin önemi,
- Ulusal zehir danışma merkezinin aranması gerektiği,
- Merkezin numarası mutlaka ailelere öğretmelidir.
- Besinlerin hazırlanmasında dikkat edilmesi gereken hijyen koşullarını içeren ve
- Gıdaların hazırlanması, paketlenmesi, pişirilmesi ve saklanması dikkat edilmesi gerekenleri içeren zehirlenmelerin önlenmesine yönelik hazırlanacak bir broşürün ailelere kontrollerde verilmesi büyük yarar sağlayacaktır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



HIPOGLİSEMİ-HİPERGLİSEMİ

Aysel Kökcü Doğan

İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Hipoglisemi; kan şekerinin mutlak veya göreceli olarak azalması sonucu ortaya çıkan ve çeşitli klinik bulgularla kendini gösteren semptomlar kompleksidir. Genel popülasyondaki spontan hipoglisemi nadir görülürken, çocukluk çağında tip 1 diabetes mellitus (T1DM)'un en sık komplikasyonu ve optimal glisemik kontrolü sağlamayı engelleyen ana faktördür. Tip 1 diyabetiklerde kan glikozu 70 mg/dL (≤ 3.9 mmol/L) altına düştüğünde hipoglisemi olarak tanımlanır. Şiddetli hipoglisemi ise nörolojik bulgularla birlikte 50mg/dL (≤ 2.9 mmol/L) altı glikoz değerlerinin saptanmasıdır. Hipoglisemi yaygın, hayatı tehdit eden ve tedavi edilebilir bir durum olmakla birlikte, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir. Bu nedenle hipogliseminin tanı ve tedavisi önemli ve acildir. Hipoglisemi tip 1 diyabette, tip 2 diyabete göre 2-3 kat daha fazladır. Ama hipoglisemi atakları, tip 2 diyabet prevalansı daha fazla olduğu için daha sıktır. Tip 1 diyabet hastaları yılda yaklaşık 1-3 kez, hipoglisemik atak geçirmektedir. Hipogliseminin nedenleri arasında hormonal yetersizlikler, enfeksiyonlar, uzamış açlık, artmış aktivite, beslenme düzensizlikleri, aşırı insülin alımı v.b sorunlar yer almaktadır. Hipoglisemi belirtileri hafif, orta ve ciddi hipoglisemi arasında farklılık göstermektedir. Hafif hipoglisemide; halsizlik, iritabilite, solgunluk, dudakta ve dilde karıncalanma, baş ağrısı, terleme, çarpıntı; orta hipoglisemi belirti ve bulguları arasında konsantrasyon güçlüğü, yürüme güçlüğü, konuşma bozukluğu, davranış değişikliği, bulanık görme, baş ağrısı, karın ağrısı, uyuşukluk, sinirlilik, taşikardi; ciddi hipoglisemide ise oryantasyon bozukluğu, uyarılara cevap yetersizliği, nöbetler ve bilinç kaybı görülebilir. Hipoglisemiyi tanılama sürecinde öncelikle hastanın hikayesi alınmalı (yaş, risk faktörleri, diyet, egzersiz, insülin kullanımı, hipoglisemi epizodu), fizik muayene bulguları değerlendirilmeli ve laboratuvar tetkiklerine yer verilmelidir.

Başarılı bir glisemik kontrol yapmak ve hipoglisemiyi engellemek için hipoglisemi riskleri ortadan kaldırılmalı, glisemi tedavisi yoğunlaştırılmalı, hipoglisemi ile ilişkili otonom yetersizliği ve geleneksel risk faktörleri değerlendirilmelidir. Yoğun glisemi tedavi prensipleri, hasta eğitimi, sık glikoz ölçümleri, esnek ve uygun insülin rejimlerini, bireyselleştirilmiş glisemik hedefleri ve profesyonel desteğin devamını içermelidir. Acil durumlarda; çocuğa oral ya da parenteral yoldan glukoz tedavisi yapılmalı ve yatak istirahati verilmeli, uzun süreli tedavisinde ise beslenme düzeni sağlanmalıdır.

Hipogliseminin hemşirelik bakımında; hipoglisemi riskine neden olabilecek faktörler belirlenmeli, kan şekeri takibi düzenli aralıklarla yapılmalı, diyetisyenle işbirliği yapılarak diyabete yönelik beslenme planı uygulanmalı, diyabet ve beslenmenin önemi hasta ve ailesi ile tartışılmalı, hipoglisemi belirtileri hasta ve hasta yakınlarına öğretilmeli, insülin kullanımı, hastalığın komplikasyonları, egzersizin önemi konularında hasta ve yakınlarına eğitim verilmeli, hastanın tedavi ve bakımına aktif bir şekilde katılımı sağlanmalıdır.

Hiperglisemi; kan glikoz seviyesinin normal değerlerinin üzerine çıkması ile poliüri, polidipsi, polifaji ve görmede bulanıklık gibi belirtilerle karakterize tedavi edilmezse çocuklarda sıklıkla diyabetik ketoasidoza yol açabilen akut bir komplikasyondur. Diyabetik ketoasidoz (DKA), dolaşımdaki insülin düzeyinin azalması ve düzenleyici hormonların artışı ile ortaya çıkan tip 1 diabetes mellituslu (DM) çocuklarda önemli ölçüde mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Bu nedenle hipergliseminin tanı ve tedavisi önemli ve acildir. İnsülin dozunun atlanması veya araya giren enfeksiyonlar en sık nedenleridir. Tip 1 DM'li vakalarda, tanı anında DKA epizodu %25-30 iken, önceden tanısı konmuş vakalarda bu oran yıllık %0.2-10 olarak bildirilmektedir. Tanı, klinik şüphe ve takiben biyokimyasal doğrulamaya (hiperglisemi, metabolik asidoz, ketonüri/ketonemi) dayanmaktadır.

Tedavi, sıvı ve elektrolit bozuklukların düzeltilmesini, insülin tedavisini, klinik ve laboratuvar verilerinin izlenimini içerir. Diyabetik ketoasidoz tedavisindeki başarı dehidratasyonun, hipergliseminin, ketoasidozun ve elektrolit bozukluğunun düzeltilmesine bağlıdır. Çocuklarda, mortalite sıklıkla beyin ödemeine bağlı olup, tüm diyabetik ketoasidoz epizodlarının %0.5-3'ünü oluşturmaktadır. Tedavi ile serum sodyum değerinde artış gözlemlenmemesi, intravenöz bikarbonat uygulaması, hipokapni ve dehidratasyonun derecesi en önemli risk faktörleridir. Herhangi bir klinik bulgu varlığında mannitol veya %3 sodyum klorür (5-10 mL/kg, 30 dakika) tedavisi acilen verilmeli ve takibinde sıvı hızı azaltılmalıdır. Diyabetik ketoasidoz, hastaların iyi eğitimi ve sağlık hizmetine kolay ulaşım ile önlenabilir bir komplikasyondur.

Hiperglisemi ve ketoasidozun hemşirelik bakımında; Kan glukoz seviyesi, dehidratasyon bulguları ve hiperglisemiye sebep olacak hastalıklar ve enfeksiyonlar kontrol edilmeli, insülin tedavisi yeniden düzenlenmelidir. Hastanın boyu, kilosu ve günlük aktivite düzeyi ile uyumlu beslenmesi sağlanmalı, uygun egzersiz programı planlanarak aktivite düzeyi artırılmalıdır. Kan şekeri seviyesine göre sık sık glukoz ve keton ölçümü yapılmalıdır. Hastanın gereksinimleri doğrultusunda eğitim planlanmalı, tedavi ve bakıma; hasta ve ailesinin katılımı ve uyumu sağlanmalıdır. Hastanın açlık ve tokluk kan şekeri takipleri yapılmalı, hiperglisemi belirtileri yönünden hasta takip edilmeli, çocuğun deri ve doku bütünlüğü korunarak uygun diyet programları oluşturulmalı, yemek saatlerine göre insülin saatleri düzenlenmeli, uygun fiziksel aktivite programları oluşturulmalı, insülin kullanımı hakkında çocuk ve ailesine bilgi verilmelidir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Kaynaklar:

1. Abacı A, Böber E, Büyükgebiz A. Çocukluk Yaş Grubu Diyabetik Ketoasidoz Tedavisi ve Güncel Yaklaşımlar, Türkiye Klinikleri J Pediatr 2010;19(2):127-43.
2. Aehlert B. Diabetic emergencies, Comprehensive Pediatric Emergency Care, Elsevier Mosbyjems, 2007, s.532-539.
3. Arslan E, Arslan M. Tip 1 ve tip 2 diyabette metabolik düzensizlikler, Geçmişten Geleceğe, Diabetes Mellitus, Türkiye Endokrinoloji ve Metabolizma Derneği, ed. Imamoğlu Ş, Satman İ, Akalın S, Salman S, Yılmaz C, BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. 2015, Ankara.
4. Bayraktaroğlu T, Kuzu F, Uygun İlikhan S. Tip 1 Diyabette Hipoglisemi, Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics 2012;5(3):59-65.
5. Bundak R. Ergenlik çağında diyabet yönetimi, Türk Pediatri Arşivi Dergisi, 2011; 46 Özel Sayı: 79-81.
6. Christine N. Endocrine Emergencies, Core Curriculum for Pediatric Emergency Nursing, Jones and Bartlett Publishers Canada, 2003.
7. Çolak R, Hipoglisemi, Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics 2016;9(2):56-65.
8. Hatun Ş, Çizmecioğlu F, Çalıkoğlu AS. Çocukluk çağında diyabetik ketoasidoz ve tedavisi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2006; 49: 50-59.
9. McCrimmon RJ, Sherwin RS. Hypoglycemia in Type 1 Diabetes, Diabetes, vol. 59, October 2010, diabetes.diabetesjournals.org, Erişim tarihi; 14.02.2018.
10. NAR A. Hipoglisemik Koma, Türkiye Klinikleri J Endocrin-Special Topics 2015;8(1):7-11.
11. Philip E. Cryer M.D, Hypoglycemia in Type 1 Diabetes Mellitus, Endocrinol Metab Clin North Am. 2010 September ; 39(3): 641-654.
12. Roche EF, Menon A, Gill D, Hoey H. Clinicalpresentation of type 1 diabetes. Pediatr Diabetes 2005;6:75-8.
13. Sayhan Mb, Salt Ö. Endokrin Aciller, Derman Tıbbi Yayıncılık, 532-536, 2015.
14. Silverstein J, Klingensmith G, Copeland K, et al. Care of children and adolescents with type 1 diabetes: Astatement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2005;28:186-212.
15. Siminerio LM, Albanese-O'Neill A, Chiang JL, et al. Care of young children with diabetes in the child care setting: a position statement of the American Diabetes Association. Diabetes Care 2014;37:2834-2842.
16. Swift PGF. Diabetes Education in Children and Adolescents. Pediatric Diabetes 2009;10 (Suppl. 12):51-57.
17. Zuijdewijk CS, CuerdenM, Mahmud FH. Social determinants of health on glycemic control in pediatric type 1 diabetes. J Pediatr 2013;162: 730-735.
18. <http://care.diabetesjournals.org/American Diabetes Association. Children and Adolescents, Diabetes Care, Volume 38, Supplement 1, January 2015.Erişim tarihi; 14.02.2018>.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



HASTAM KAN ALACAK !

Döndü Koçak Kaymaz

Dr. Nafiz Körez Sincan Devlet Hastanesi

Kan Transfüzyonu: Kan transfüzyonu bir doku naklidir. Kan ve kan ürünleri ile transfüzyon bir çok durumda spesifik etkili ve hayat kurtarıcıdır. Kan gruplarının doğru olarak saptanması, kanın vericiden alınması, kan ve kan ürünlerinin ayrılması, depolanması, alıcısı verilmesi büyük bir sorumluluk ve özen istemektedir. Bu yöntemler tam donanımlı kan bankalarında özel yetiştirilmiş ekiplerce yapılmalıdır. Vericiler kan bankalarına başvurdıklarında ayrıntılı ve bireysel gizlilik ilkesine göre bir sorgulama formu ile araştırıldıktan sonra kabul edilmelidir. Özellikle nadir kan grubundaki vericiler sürekli verici programları çerçevesinde değerlendirilmelidirler. Kan bankalarında acil kan transfüzyonları için 0 Rh negatif kan hazır bulunmalıdır.

Kan ürünleri: Tam kandan hazırlanan kan bileşenleri ile plazmadan elde edilen ürünler akla gelmektedir.

Kan Bileşenleri: Eritrosit, trombosit ve lökosit süspansiyonları, aferez granülosit ile taze donmuş plazma ve kriyopresipitatu kapsar.

1. **Tam Kan:** Transfüzyon için hazırlanan tam kan, uygun bir bağışçıdan, steril ve apirojen antikoagülan ve torba kullanılarak alınan kandır. Temelde kan bileşenlerinin hazırlanması için kaynak olarak kullanılır. Günümüzde kullanımı çok azalmıştır. Özellikle taze tam kanın çocuklarda kullanımı açık kalp operasyonları dışında neredeyse yoktur. Tam kanın başlıca endikasyonları fetüsün veya yenidoğanın hemolitik hastalığı, exchange transfüzyon, kardiyak operasyonlardır. Alerjik reaksiyon ve alloimmünizasyon riski yüksektir. Tam kan (CPD-Adenin-1), donörden alındıktan sonra hiçbir işlem uygulanmadan 63 ml antikoagülan eklenilen, yaklaşık 450 ml'lik üründür. Ürünün hematokriti %35-45 olup, 250 ml'si plazma 200 ml'si eritrositten oluşur. 2- 6 °C arasında ısıda, torbalarda kullanılan koruyucu solüsyona göre 21 veya 35 gün saklanır.
2. **Eritrosit Süspansiyonu:** Günümüzde en sık kullanılan kan ürünüdür. Tam kandan plazmanın uzaklaştırılması dışında herhangi bir işlem yapılmaksızın hazırlanır. Plazmanın ¾ ü uzaklaştırılır. Eritrosit içinde bırakılan 60-90 ml plazma, eritrosit metabolizması ve antikoagülasyonu için gerekli olan ortamı sağlar. Bir ünite eritrosit süspansiyonu 350 ml'dir ve en az 154 ml eritrosit içerir. Verici hemotokritine bağlı olarak değişmekle birlikte hematokrit değeri %50-70'dir. Hemoglobin yaklaşık 15gr/100ml (bir ünite en az 45gr)'dir. Özel bir işlem uygulanmadıysa lökositlerin büyük bir kısmı ve santrifüstasyon yöntemine bağlı olarak değişen miktarlarda trombosit üründe kalır. 2- 6 °C arasında ısıda, torbalarda kullanılan koruyucu solüsyona göre 21 veya 35 gün saklanır. Eritrosit süspansiyonu transfüzyonlarında donör ve alıcı ABO-Rh (D) ve cross-match uyumluluğu olmalıdır. Buzdolabından çıkarıldıktan sonra 30 dakika içinde transfüzyona başlanmalıdır. Eritrosit transfüzyonu çocuklarda 10-15 ml/kg dozunda maksimum 4 saat içinde tamamlanmış olmalıdır.
- **Yıkamış eritrosit süspansiyonu:** Eritrosit süspansiyonunun serum fizyolojik ile 3000 devirde 5 dakika süreyle santrifüj edilmesiyle elde edilir. İşlem sırasında eritrositlerin %10-20 kadarı yıkılır. Kontaminasyon riski yüksektir. Bileşen 2-6 °C arası sıcaklıkta saklanmalıdır. Yıkamadan sonra saklama süresi mümkün olduğunca kısa olmalı açık sistem kullanılacaksa 24 saati geçmemelidir.
- **Aferez Eritrosit süspansiyonu:** Otomatik hücre ayırıcı cihazlarla tek bir bağışçıdan eritrosit aferez yöntemiyle elde edilir. İşlem sırasında ya da sonrasında eritrositlere saklama çözeltisi eklenir. Her bir ünite minimum 40 gr hemoglobin içermelidir.
3. **Trombosit Süspansiyonu:** Çok vericiden veya tek vericiden elde edilen tipleri vardır. Özellikle trompositopeniye bağlı kanamalarda hayat kurtarıcıdır.
- **Tek random donör trombosit süspansiyonu** tam kandan 6 saat içinde 2000 g hızında ve 3 dakika santrifüj edilerek elde edilmektedir. Hacmi yaklaşık 50-70 ml olup, yaklaşık $5,5 \times 10^{10}$ trombosit içerir.
- **Aferez Trombosit Süspansiyonu:** Tromboferez denilen özel bir yöntemle donörün bir kolundan alınan kandan santrifüj sonrası elde edilen trombositler özel bir torbaya toplanırken, eş zamanlı olarak kanın diğer komponentleri diğer koldan donöre geri dönmektedir. Bu işlem için yapılmış özel aferez cihazları kullanılmaktadır. Böylece tek random bağış yöntemine göre daha fazla hücre elde edilebilmektedir. Bu yöntem sayesinde, bir bağışçıdan bir seferde 6-7 kat daha fazla trombosit elde edilebilmektedir.
- Trombositler plazma veya plazma + besleyici çözelti içinde saklanabilir. Kullanılan torbalar trombositlere gereken oksijeni sağlayacak gaz geçirgenliğine sahip olmalıdır. Hazırlanan trombosit süspansiyonu 5 gün süre ile 20- 24 °C sıcaklığı arasında hafif ajitasyonla (belirli devirde sürekli çalkalama) saklanmalıdır. 5 gün sonunda trombositler %20-25 canlılıklarını kaybeder. Bu nedenle trombosit konsantreleri 5 gün içinde kullanılmalıdır. Buzdolabında saklanmamalı ve dondurulmamalıdır. Transfüzyon hastanın kliniğinin el verdiği ölçüde hızla tamamlanmalıdır. Bu süre 2 saati aşmamalıdır. 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 uyumluluğu aranmaz ama özellikle doğurganlık çağındaki hastalarda RhD negatif bir kadına RhD pozitif bir trombosit süspansiyonu verilmemelidir. Trombosit süspansiyonları oda sıcaklığında saklandığı için en yüksek bakteriyemi riskini taşırlar.
4. **Taze Donmuş Plazma (TDP):** Plazmaferez ya da tam kanın şekilli elemanlarının santrifüstasyonu ile elde edilen plazma, alındıktan sonra ilk 6 saat içinde hızla -25 °C'de dondurulursa buna taze donmuş plazma (TDP) denir. Bu sayede pıhtılaşma faktör aktiviteleri azalmaz. Bir ünite TDP 200- 300ml'dir. İçinde tüm pıhtılaşma faktörleri, globulin ve albumin bulunur. TDP -18 ile -25°C'nin arasında 3 ay, 25°C'nin altında 36 ay saklanabilir. Kullanılmadan önce kan merkezinde plazma eritici cihazlar ile 30-37°C arasında ertilmelidir. Eritildikten sonra buzdolabında 2-6°C'de 24 saat saklanabilir ama eritildikten sonraki ilk 6 saat içinde kullanılması önerilir. Bu nedenle plazma uygulamadan hemen önce istenmelidir. Tekrar dondurulmamalıdır. ABO uygun plazma kullanılmalıdır ama uyumluluk /çapraz karşılaştırma testi gerekmez. İçerdiği eritrosit miktarı çok düşük olduğu için Rh uyumu aranmaz. Işınlama ve filtrasyon önerilmez.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



5. **Kriyopresipitat Transfüzyonu:** Taze donmuş plazmanın 1-6 derecede eritilmesi sonucunda elde edilen çökeltilinin az miktarda plazma ile birlikte tekrar -18 °C ve altında dondurulması sonucu üretilir. Hacmi 15 ml'dir. Kriyopresipitat içinde faktör VIII , von willebrand faktör, faktör XIII, fibronektin ve fibrinojen bulunur. -18°C'de ve altında 1 yıl süreyle saklanır. Eritildikten sonra 6 saat içinde tüketilmesi gerekir. Transfüzyon öncesi uygunluk testi gerekmez ama ABO uygun ürün olmalıdır. Rh uyumu aranmaz. Işınlama ve filtrasyon önerilmez.
6. **Aferez Granülosit Transfüzyonu:** Donörlerden aferez yöntemi ile elde edilir. 200-300 cc plazma ile karıştırılır. Tam kan süspansiyonundan "buffy coat" olarak da yeni doğanlar için hazırlanabilir. Granülosit süspansiyonlarının; hazırlanmasının güç olması, yüksek dozda kullanım gerekliliği, maliyetinin yüksekliği ve ciddi yan etkileri nedeni ile kullanım alanları oldukça sınırlıdır. Bu nedenle nadir kullanılırlar. Granülositler ajitasyonda/sallanarak 20- 24 °C'de muhafaza edilmeli ve mümkün olan en kısa sürede hastaya transfüze edilmelidir, saklama süresi toplandığı süreden itibaren 8 saati geçmemelidir. Lökosit filtrelerinin kullanılması kontrendikedir. Graftversus-host hastalığını önlemek amacıyla 2500 cGy ışıniyla ışınlanmalı ve transfüzyon öncesi uygunluk testi yapılmalıdır. Tedaviye yanıtız septik, nötropenik ve febril hematoloji-onkoloji hastalarında kullanılmaktadır.

KAN BİLEŞENLERİNİN İŞINLANMASI

Alicının bağışıklık sistemi zayıf ise immun sistem kendisine yabancı olan kandaki lenfosit ve lökositleri 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. Işınlama ile lenfositler iyonize radyasyona maruz bırakılarak çoğalma fonksiyonu engellenmiş olur. Bu işlem diğer kan bileşenlerine ciddi bir zarar vermediğinden ışınlanmış bir bileşen tüm hastalara güvenle verilebilir. Eritrosit, trombosit ve granülosit süspansiyonları gibi içeriğinde lenfosit bulunan kan ürünlerinin özel aletler ile 2500-3200 cGy dozda ışınlaması önerilir. Plazma ve kriyopresipitat gibi lökosit içermeyen kan ürünleri için ışınlama önerilmez.

Eritrosit süspansiyonları kan bağışından sonraki 14 güne kadar ışınlanabilir. Işılandıktan sonra bağışın 28. Gününe kadar saklanabilir. Işınlanmış trombosit süspansiyonları son kullanma tarihine kadar kullanılabilir.

KAN TRANSFÜZYONLARININ KOMPLİKASYONLARI

Transfüzyona başlamadan önce ve transfüzyon sırasında yapılacak olan bazı basit uygulamalar çok ciddi reaksiyonların gelişmesini önleyebilir. Kan ve ürünleri transfüzyonuna bağlı komplikasyonları erken ve geç olmak üzere ikiye ayırmak mümkündür. Erken transfüzyon komplikasyonlarını immunolojik ve immunolojik olmayanlar şeklinde sınıflayabiliriz. Geç kan transfüzyonu komplikasyonları; Gecikmiş hemolitik transfüzyon reaksiyonu, transfüzyona bağlı Graft-versus-Host Hastalığı (TR-GVHD), post-transfüzyon purpurası, demir yüklenmesi ve transfüzyona bağlı immunomodülasyon olarak sayabiliriz.

TRANSFÜZYON TEKNİĞİ

Transfüzyon tedavisi, transfüzyon kararının alınması ile başlayan ve tedavisi sonrasında da komplikasyonlar ve yarar açısından izlemin de dahil olduğu bir süreçtir. Bu süreç belirli protokoller doğrultusunda uygulanmalıdır. Bölümler halinde incelersek;

1. Transfüzyon Öncesi Hazırlık
2. Hastanın Kimlik Bilgilerinin Kontrolü
3. Transfüzyon Öncesi Gözlem
4. Hastayı ve Gerekli Araçları Hazırlama
5. İlaçlar
6. Kan Ürününün Kontrolü
7. Transfüzyon Sırasında Hasta İzlemi
8. Kayıt Tutma

KAYNAKLAR

1. Altuntaş F. Sarı İ.transfüzyon ilkeleri ve erken komplikasyonlar türk hematoloji derneği - hematolojide destek tedavileri ve enfeksiyonlar kursu 16-18 kasım 2007; 64-77
2. Anak S , Sarıbeyoğlu E. Transfüzyon, Ertuğrul T(ed.), Neyzi O, Pediatri. İstanbul, Nobel Tıp Kitabevleri,2002.ss: 1089-1095
3. Çavuşoğlu H, Güneş Bora N, Pars H. Kan ürünleri ve güvenli kan transfüzyonu. Türkiye Klinikleri J Nurs Sci 2015;7(1) 49-57
4. Çetin T:Kan ve kan ürünleri transfüzyonunda pratik noktalar. XXX. Ulusal Hematoloji Kongresi, Antalya. 25-28 Ekim 2002:35-49.
5. Dikmen Y. Erken Transfüzyon Reaksiyonları. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Herkes İçin Transfüzyon Tıbbi Sempozyum Dizisi No: 44 -Mayıs 2005; s. 223-227
6. Öztürk G. Kanın hazırlanması, saklanması ve nakli. İ. Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum dizisi No: 44-Mayıs 2005; 43-54.
7. Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD) Anestezi Uygulama Kılavuzları. Anestezi ve Yoğun Bakımda Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyon Kılavuzu. İstanbul: Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği; 2013. p.1-118
8. Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi 2011. Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği. Ankara: Çesa Basımevi; 2011. p.1-329.
9. Utku T. Transfüzyon Tekniği. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Herkes İçin Transfüzyon Tıbbi Sempozyum Dizisi No: 44 - Mayıs 2005; 143-150
10. Yenicesu İ. Kan Ürünleri transfüzyonu, Yurdakök M (ed.), Yurdakök Pediatri. Ankara, Güneş Tıp kitabevleri, 2017. ss: 3446-3450



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



YENİDOĞANDA MEDİKAL HİPOTERMİ NE, NEDEN, NASIL?

Ş. Suna Oğuz

SBÜ, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı SUAM, Yenidoğan Kliniği

NE?

Türk Neonatoloji Derneği tarafından 2018 yılında yayınlanan “Neonatal ensefalopati tanı ve tedavi rehberi”n de, neonatal ensefalopati “35.gebelik haftası ve sonrasında doğmuş, erken yenidoğan döneminde ortaya çıkan, bilinç bozukluğu, veya konvülsiyonlarla kendini gösteren, solunum depresyonu ve hipotoni ile karakterize heterojen klinik bir sendrom” olarak tanımlanmaktadır. Bu sendromu neden olan hastalıklar arasında ilk sırada antenatal veya intrapartum gelişen hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) yer almaktadır. Ancak gebelik haftasına ve organogenezis dönemine göre yenidoğanın benin gelişimsel özellikleri ile hastalıkların neden olduğu değişimleri ayırt etmek oldukça güçtür. Bununla birlikte HİE yenidoğanlarda halen sık bir ölüm nedenidir ve sağ kalanlarda önemli nörolojik bozukluklar görülebilmektedir. Hipoksi ve serebral perfüzyon bozukluğuna ikincil iskemiyeye maruz kalan bebeklere mortalite ve morbiditeyi azaltabilmek için mümkün olan en kısa zamanda destekleyici bakımın yanı sıra nöroprotektif tedaviler başlanmalıdır. Nöroprotektif tedaviler arasında hipotermi günümüzde en güvenilir seçenek olarak görülmektedir.

NEDEN?

Hipoksik iskemide beyin hasarı, akut hasar (primer enerji yetmezliği) ve gecikmiş (sekonder) beyin hasarı olmak üzere iki dönemde meydana gelir. Plasentada yetersiz gaz değişimi, perfüzyonun kesilmesi veya postnatal olaylar nedeniyle pulmoner düzeyde ventilasyonun bozulması hipoksida temel nedendir. Sonuç olarak aerobik enerji üretimi için gereken oksijen ve karbondioksit değişimi bozulmakta ve arteriyel hipoksemi, hiperkarbi ve son olarak anaerobik enerji üretimine bağlı asidoz gelişmektedir. Bu duruma bağlı en riskli organ olan santral sinir sisteminde serebral kan akımında değişiklikler ortaa çıkmaktadır. Erken dönemde serebral vasküler direnç düşmekte, kardiyak atım hacmi artırılarak ve sistemik Kan basıncı ile beyin kan akımı artırılmaya çalışılmaktadır. Diğer yandan serebral perfüzyonun azalması ile serebral küçük damarlar dilate olarak serebral kan akımı kompanze edilmektedir. Santral sinir sisteminin önemli bir savunma mekanizması sistemik kan basıncındaki değişikliklere karşı serebral kan akımını koruyan otoregüasyon mekanizmalarıdır. Serebral kan akımını sabit tutarak perfüzyon dengesini sağlar. Hipoksi, hiperkarbi ve hipoglisemi ile birlikte otoregülosyonu olumsuz etkilemekte, serebral kan akımında değişimlere neden olmaktadır.

Akut hasarı takiben gelişen primer enerji yetmezliğinin iki önemli aşaması vardır: reperfüzyon ve reoksijenasyon. Asfiksi, ihtiyacı karşılayabilmek için NAD’ın hızlı bir şekilde NADH’a dönüşmesine sebep olur. Ancak bu mekanizma yeterli oksijen sunumu yoksa enerji ihtiyacı karşılayamaz ve aerobik yol ile glikolizin hızlanmasına ve laktat üretiminin artmasına yol açar. Aynı zamanda Trikarboksilik asit siklusu (TCA) ara ürün konsantrasyonu azalır ve yüksek enerjili fosfat üretimi azalır. Bu değişiklikler fosfokreatinde hızlı düşmeye ve beyin adenozin trifosfat (ATP) konsantrasyonunda azalmaya neden olur. Na⁺-K⁺ pompası, (yüksek hücre içi K⁺ konsantrasyonunu ve düşük hücre içi Na⁺ konsantrasyonunu korumada en önemli transpottur) görevlerini yerine getiremez. Nöronlar da devam eden anoksiye bağlı membran potansiyeli ortadan kalkar ve hücre içine Na⁺, Cl⁻ ve Ca⁺⁺ girişi ve hücreden K⁺ çıkışı olur. Ardından eksitator olan glutamatın salınımı artar ve geri alımı azalır ekstrasellüler glutamattaki artma, glutamat reseptörlerinin aşırı uyarılmasına ve sonuç olarak hücre ölümüne neden olur. Glutamata bağlı iyon kanalları ile fazla miktarda Na⁺⁺ hücre içine girer, beraberinde Cl⁻ ve su hücre içine girerek osmotik lizise neden olur. İntrasellüler Ca⁺⁺’daki sürekli artış toksik kaskadı uyarır, bu da nekrotik hücre ölümüne neden olur.

Gecikmiş, sekonder, fazda yavaş hücre ölümü meydana gelir. Serbest radikaller, inflamatuvar sitokinler ve endojen büyüme faktörleri asfiksi sonrası apoptozu başlatan faktörler olarak değerlendirilmektedir. Serebral perfüzyon ve oksijenasyon normal haline gelince hasarın ikinci aşaması 6-48 saat içinde meydana gelir. Bu dönemde nöronal ve glial hücre ölümleri meydana gelir. Reperfüzyonu takiben yavaş hücre ölümüne yol açan biyokimyasal süreç oldukça karışıktır. Kalsiyumun sitozolik birikimi, nitrik oksit dahil serbest radikallere maruz kalma, demir birikimine bağlı toksik etkiler ve mitokondrial disfonksiyon gibi başlangıçtaki hasarı devamlı hale getirecek birbirleriyle ilişkili birçok mekanizma mevcuttur.

NASIL?

Hipotermi tedavisinin en etkili olduğu dönem sekonder enerji yetmezliği gelişmeden önceki dönemdir. Vücut ısısındaki her 1°C’lik düşüşün beyin metabolizmasında %6-10’luk bir azalmaya neden olduğu deneysel ve hayvan çalışmaları ile gösterilmiştir. Hipotermi etki mekanizmaları;

A)Apoptoz ve mitokondrial disfonksiyon üzerine etkileri

B) Enflamasyonu azaltıcı etkileri

C) Serbest radikal oluşumu üzerine şeklinde özetlenebilir.

Primer enerji yetmezliği sırasında İskemi ve reperfüzyon hasarının neden olduğu hücrenel nekroz ve apoptozis basamaklarının başlangıcından itibaren tümünde hipotermi tedavisinin faydalı olduğu, engeldiği ya da durdurduğu gösterilmiştir. Deneysel olarak hipoterminin iyon pompalarındaki disfonksiyonu düzelttiği, hücre içine giren kalsiyum miktarını düşürdüğü ve böylece nörotoksititeyi azalttığı gösterilmiştir. Ayrıca serebral vasküler permabilitiyi de kontrol altına almakta etkindir. Diğer yandan serbest radikal oluşumunu tamamen durdurmazsa da anriksidan savunma mekanizmalarının kontrol edebileceği düzeylere getirilir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TERAPÖTİK HİPOTERMİ, NEREDE? NE ZAMAN? KİM?

Fuat Emre Canpolat

SBÜ Zekai Tahir Burak Hastanesi

Tanım. Neonatal ensefalopati, 35.gebelik haftası ve sonrasında doğmuş, erken yenidoğan döneminde ortaya çıkan, bilinç bozukluğu, veya konvülsiyonlarla kendini gösteren, solunum depresyonu ve hipotoni ile karakterize heterojen klinik bir sendromdur.

Etiyoloji. Neonatal ensefalopati (NE) çok çeşitli sebeplerle oluşabilir; doğum asfiksisi ve neonatal hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) bunların çoğundan sorumludur. Yenidoğan beyнинin doğal özelliği ve hastalık nedenlerinin karmaşıklığı nedeniyle bu neden-sonuç ilişkisinin tam olarak anlaşılma- nı- masından dolayı 'neonatal ensefalopati' daha kapsayıcı ama daha genel bir terim olarak kullanılmaya devam edilmektedir.

Epidemiyoloji. İnsidansı tanımlanan duruma göre değişiklik göstermekle birlikte farklı serilerde 1000 canlı doğumda 2-9 arasında görülmektedir. Tanımların yerleşmesinden sonra bakılan neonatal ensefalopati sıklığı bir çalışmada 1000 canlı doğumda 3 görüldük- len, hipoksik iskemik ensefalopati 1.5 oranında görülmektedir. Türkiye'de, Türk Neonatoloji Derneği Hipoksik Iskemik Ensefalopati Çalışma Grubu'nun 2008 yılında yayımladığı veriye göre, 19857 canlı doğumda 93 bebek HİE tanısı altında incelenmiş, sıklık binde 2.6, yoğun bakım ünitelerinde yatan hastalar içinde %1.2 olarak saptanmıştır.

Nerede ?

Terapotik hipotermi düzey 3 yenidoğan yoğun bakım ünitesi olan bir yerde yapılmalıdır. Bu bebeklerin, mekanik ventilasyona, rektal ısı takibine, vital bulguların çok yakın izlenmesine ihtiyacı vardır. Ayrıca hematolojik monitörizasyon, nörogörüntüleme (MRG), aEEG, normal EEG, nöroloji konsültasyonu ve uzun dönem nörogelişimsel değerlendirmenin de yapılabileceği bir merkezde takip edilmesi gerekmektedir. Çok disiplini ilgilendirecek bu bebeklerin sorunları uzun dönemde de devam etmektedir.

Ne zaman?

Aktif soğutmaya bir an evvel başlanmalıdır.

Hastanın resusitasyon ihtiyacı olduğu görülünce doğum salonunda ısıtıcıyı kapatmak doğru bir yaklaşım olacaktır.

Yapılan çalışmalara göstermiştir ki, hipotermiye ne kadar erken başlanırsa etkinlik o kadar artmaktadır

«TIME IS BRAIN»

Hastaya hipotermi kararı alınır alınmaz ilgili yoğun bakım servisi aranmalı, yeri hazırda tutulmalı, aEEG ve monitörizasyon için gerekli malzemeler hazırlanmalıdır. Hastanın rektal vücut ısı izlenmeye başlanmalı ve aEEG'de sürekli olarak izleme alınmalıdır. İlk yarım saat içinde çekilen aEEG trasesi incelenmeli ve buna göre değerlendirilmelidir ve eğer mümkünse hipotermi süresince aEEG izlemine devam edilmelidir.

Bebeğe yapılacak herhangi bir girişim için hipotermi geciktirilmemelidir (göbek kateteri takmak, aEEG monitörü probu takmak, kan almak gibi).

Kim?

Terapötik hipotermi tedavisine alma kriterleri şu şekilde olmalıdır;

Gebelik yaşı ≥ 36 ve ≤ 6 saatten küçük bebekler

Kord kan gazında veya doğumdan sonraki ilk bir saat içerisinde bakılan $pH \leq 7.00$ veya $BE \leq -16$ mmol/L olması,

10. dakika Apgar skoru < 5 veya devam eden resusitasyon ihtiyacı,

Klinik değerlendirmede orta veya ağır ensefalopati bulgularının olması.

Bazı çalışmalar aEEG bulgularını da eklemektedir. Hipotermi tedavisi uygulayan bir merkez aEEG kullanılmalıdır çünkü hem tanısal anlamda hem de takipte gereklidir.

pH veya BE değeri uygun olmayan bebeklere ek iki bulgusu (Apgar skorunun düşük olması ve ensefalopati bulgusunun olması) pozitif olduğunda tedavi başlanması uygundur. Maternal enflamasyon, koriyoamniyonit gibi öyküleri olan yenidoğanlara hipotermi uygulanmasının mortaliteyi arttırabileceğine dair veriler mevcuttur, bu durum çok net olmamakla birlikte dikkat edilmesi gereken bir durumdur. Yani tanı kriterleri uyan ancak tedavi uygulanması uygun olmayan hastalar da olabilir.

Çok sayıda randomize kontrollü çalışma göstermiştir ki terapötik hipotermi, orta ve ağır dereceye sahip hipoksik iskemik ensefalopatili yenidoğanlarda ölüm ve nörolojik sekel oranlarında azalmaya yol açmış ve standart bir tedavi haline gelmiştir. On bir randomize kontrollü çalışmanın dahil edildiği bir metaanalizde 1505 term ve geç preterm bebekte bu sonuçlar kanıtlanmıştır. Cochrane derlemelerindeki bu sonuçlara göre bu 11 çalışmanın sekizinde (1344 bebek) 18 ay sonunda ölüm ve nörogelişimsel bozukluk hipotermi grubunda %46 (312/678) iken, kontrol grubunda bu oran %61'dir (409/666), buna göre tipik risk oranı 0.75 %95 CI 0.68-0.83, ve NNT ise 7 bulunmuştur. Aynı karşılaştırma ölüm için yapıldığında hipotermi grubunda ölüm %25 iken kontrol grubunda %34 bulunmuştur. Risk oranı 0.75 %95 CI 0.64-0.88 ve NNT 11 hesaplanmıştır. Sekiz çalışmadaki 917 bebeğin nörogelişimsel değerlendirilmeleri sonucunda ise nörogelişimsel bozukluk hipotermi alan hastalarda %26 (130/495) iken bu oran kontrol grubunda %39 (166/422) olup, relatif risk 0.77 %95 CI 0.63-0.94, NNT: 8 olarak hesaplanmıştır.

Eğer hastaya tanı konuldu ve merkezde hipotermi cihazı yoksa pasif hipotermi başlanmalı, ısıtıcı kapatılmalı, jelli soğutma pedleri veya benzer işlev gören malzemeler ile transfer edilene kadar hasta soğutulmalıdır. Ancak bu arada hastanın vücut ısı mutlaka yakından takip edilmelidir. Bazı çalışmalar pasif hipotermi de terapötik hipotermi kadar etkili olduğunu göstermiştir. Yetersiz alt yapının olduğu yerlerde ve hastanın sevk edilemeyeceği durumlarda hastanede pasif hipotermi uygulanabilir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



YENİDOĞANDA MANTAR ENFEKSİYONU

Merih Çetinkaya

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Son yıllarda çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin yaşam oranlarındaki artış, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde invaziv girişimlerin, mekanik ventilasyon uygulamalarının, santral kateterlerin ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin kullanımının artışı yenidoğanlarda önemli bir emorbidite ve mortalite nedeni olan fungal enfeksiyon sıklığında artış ile sonuçlanmıştır. Yenidoğanda en sık fungal enfeksiyon nedeni *Candida spp.*'dir. *Candida* yenidoğanlarda, özellikle çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerdeki en sık görülen fungal enfeksiyon olup, bu hassasta artmış mortalite ve morbidite nedenidir. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde antifungal tedavilere rağmen kandidaya bağlı mortalite %30 ve yaşayanlarda nörolojik bozukluk %75'lere varan yüksek oranlardadır. İnvaziv *Candidiasis* gelişen prematüre bebeklerde periventriküler lökomalazi (PVL), prematüre retinopatisi (ROP) ve bronkopulmoner displazi (BPD) gelişme olasılığının arttığı bildirilmektedir. Yenidoğanlarda invaziv enfeksiyona en sık neden olan tip *Candida albicans* olup, sağlık çalışanlarında en sık izole edilen ve sıklıkla kateter ilişkili enfeksiyona neden olan *Candida parapsilosis* daha az mortaliteye neden olmaktadır. *Candida glabrata* ve *Candida crusei*, yenidoğanlarda çok daha nadiren enfeksiyona neden olsalar da flukanazol direnci önemli ayırt edici özellikleridir.

İleri derecede prematürite, düşük doğum ağırlığı ve doğum haftası, uzun süreli geniş spektrumlu antibiyotik, total parenteral beslenme solüsyonu ve H2 reseptör bloker kullanımı, santral kateter varlığı, entübasyon ve enteral beslenmenin gecikmesi, geçirilmiş NEK, kardiyak/abdominal cerrahi yenidoğanlarda sistemik mantar enfeksiyonu için en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Yenidoğanlarda fungal enfeksiyonlar lokalize deri ve muköz membran enfeksiyonundan yaşamı tehdit eden sistemik enfeksiyon ve çoklu organ yetmezliğine kadar gidebilen çok geniş bir spektrumda ortaya çıkabilmektedir. Orofaringeal kandidiyazis (moniliyazis), bebek bezi dermatiti, konjenital kandidiyazis ve invaziv fungal dermatit yenidoğanlardaki mukokutanöz kandidiyazis tipleri olup, bunlar kan akımı yoluyla diğer organlara yayılma potansiyeline sahiptir. Prematürite ve epitel bütünlüğünde bozulma varlığı bu lokal tablonun sistemik yayılımı için en önemli risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Candida ilişkili sistemik enfeksiyonun yaşamsal organlarda ve/veya vücut sıvılarında bulunması invaziv kandidiyazis (İK) tablosu olarak tanımlanmaktadır. Prematüre bebekler yine en riskli grubu oluşturmaktadır. Olgularda en sık letarji, beslenme intoleransı, hiperbilirubinemi, apne, kardiyovasküler değişiklikler ve/veya solunum sıkıntısı gibi hastalığa özgül olmayan ve sıklıkla bakteriyel enfeksiyona benzer bulgular görülmektedir. Özellikle antibiyotik almakta iken ateşi olan, hiperglisemi/trombositopeni gibi laboratuvar bulguları gelişen olgularda İK'dan şüphelenilmelidir.

Candida enfeksiyonu şüphesi/tanısı varlığında çift kol kan, idrar, BOS kültürleri alınmalı, fundoskopik göz muayenesi yapılmalı, ekokardiyografi ile kardiyak trombus ve/veya vejetasyon taranmalı, karaciğer, böbrekler ve dalak tanılal görüntüleme işlemleri ile gerçekleştirilmelidir. *Candida* enfeksiyonu için alınan laboratuvar tetkiklerinde trombositopeni önemli bir bulgu olup, kan kültür duyarlılığı düşük, özgüllüğü ise oldukça yüksektir. Kan kültüründe *Candida* üreyen olgularda, tedaviye rağmen kültür pozitifliğinin devam etmesi invaziv fokal enfeksiyon varlığını düşündürmelidir.

Yüksek mortalite ve sağ kalanlardaki nörolojik anormallik riski nedeni ile erken tanı ve tedavi son derece önemlidir. Tedavide riskli gruba gecikmeden antifungal tedavinin başlanması, yayılımı en aza indirmek açısından önem taşımaktadır. Tedavi süresi üç haftaya kadar uzatılması, riskli olgularda tedavi bitiminde düzenli olarak fokal odak açısından izleme devam edilmesi, antifungal tedavi ile sadece yayılımın baskılanabileceği ve relaps gelişebileceği akılda tutulmalıdır.

Tedavide en sık kullanılan ajanlar amfoterisin türevleri ve flukanazoldur. Amfoterisin ve türevleri polien sınıfının üyeleri olup, SSS'e dağılımı iyi iken böbreğe penetrasyonu daha zayıftır. Aynı zamanda değişken farmakokinetik nedeni ile tedavi başarısızlığı ya da ilaç toksisitesi görülebilir. Birinci jenerasyon triazol olan flukanazolun çok yüksek bir biyoyararlanımı ve BOS'a çok iyi geçiş özellikleri mevcuttur. İkinci kuşak triazol olan vorikonazolün de BOS'a iyi geçiş özelliği bulunmaktadır. Özellikle flukanazole dirençli sistemik kandidiasis tedavisinde kullanılmaktadır. Bunlara ek olarak kaspofungin, mikafungin ve anidulafungini içeren echinocandinler mevcuttur. Flukanazol dirençli türleri de içerecek şekilde hemen hemen tüm *Candida* türlerine karşı etkilidir. Fungus hücre duvarındaki bir şeker olan glukanın sentezi için gerekli beta-D-glukan sentazı inhibe ederek etki göstermektedir. Monoterapi olarak kullanılabilen, *Candida* biyofilmlerine etkinliği bulunan, güvenli olduğu gösterilen echinocandinler özellikle yenidoğanlar için ümit verici ve ilgi çekicidir. Bu ajanların özellikle *C. glabrata*, *C. crusei* ve *C. tropicalis*'e karşı geniş bir etkinlikleri mevcuttur. Bu grup içindeki mikafungin



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



yenidoğanların hedef kitle olduğu ve onay alan tek antifungal ajandır. Mikafungin yüksek oranda proteine bağlanmakta, aynı zamanda AC, KC ve dalak gibi dokulara iyi bir dağılım göstermektedir. Bu arada Candida kolonizasyonu ve sonrasında ise sistemik invaziv enfeksiyonun önlenmesi için Candida enfeksiyon sıklığı yüksek yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde flukanazol, nistatin veya mikafungin gibi profilaksi tedavileri kullanılabileceği bilinmelidir.

Candida spp., yenidoğanlarda yüksek mortalite ve morbiditeye neden olan, en sık fungal enfeksiyon etkeni olup, yenidoğanlarda en sık izole edilen mantar türü *C. albicans*'tır. Hastalığın önlenmesinde; risk faktörlerinin bilinmesi, her ünitenin fungal enfeksiyonu önlemeye yönelik protokollerini ve gerekiyorsa profilaksi rejimlerini oluşturması gerekmektedir. Fungal enfeksiyon fizyopatolojisinin yenidoğanda farklı olduğu, sıklıkla SSS'e invazyon yaptığı, uzun dönemde kötü nörolojik sonuçlara yol açtığı akılda tutulmalıdır. Özellikle kateteri olan bebeklerde ve prematürelde enfeksiyonun klinik özelliklerinin bilinmesi, enfeksiyonun erken saptanmasını ve uygun tedavinin zaman kaybetmeden başlanmasını sağlayacak ve dolayısı ile prognozunu daha iyi olmasına yardımcı olacaktır.

Kaynaklar

1. Benjamin DK Jr, Stoll BJ, Gantz MG, et al. Neonatal candidiasis: epidemiology, risk factors, and clinical judgment. *Pediatrics* 2010; 126: 865-73
2. Kelly MS, Benjamin DK Jr, Smith PB. The epidemiology and diagnosis of invasive candidiasis among premature infants. *Clin Perinatol* 2015; 42: 105-17.
3. Botero-Calderon L, Benjamin DK Jr, Cohen-Wolkowicz M. Advances in the treatment of invasive neonatal candidiasis. *Expert Opin Pharmacother* 2015; 16: 1035-1048
4. Gulasi S, Celik U. Fungal infections in newborn. *J Pediatr Inf* 2016; 10: 143-150.
5. Hsieh E, Smith PB, Benjamin Jr. DK. Neonatal fungal infections: when to treat? *Early Hum Dev* 2012; 88: 6-10.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUKLARDA MANTAR ENFEKSİYONLARI

İlker Devrim

S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Mantar enfeksiyonları, giderek artan sıklıkta görülmeye başlayan, yüksek morbiditesi ve mortalitesi ile tüm yaş gruplarında ciddi klinik tablolara neden olan enfeksiyonlardır. Prematüre yenidoğanlar, hematolojik ve diğer malignitesi olan, kemik iliği veya organ nakli yapılan, immün yetmezliği olan, yoğun bakımda izlenen hastalar, invazif mantar enfeksiyonu açısından riskli hastalardır. Bu enfeksiyonlarda en sık etken olan mantarlar *Candida* ve *Aspergillus* türleri olmakla birlikte son yıllarda non-*albicans Candida* türleri, *Fusarium*, *Trichosporon*, *Scedosporium*, *Mucorales* gibi daha nadir görülen mantarların da sıklığı giderek artmaktadır. Mantarlar fırsatçı patojenlerdir ve doğada bulunan, çoğu mantarın invazif hastalık etkeni olabileceği akıld tutulmalıdır (1-4).

Yeni birçok antifungal ilacın kullanıma girmesine karşın hem invaziv fungal enfeksiyonların hem de antifungal sağaltıma direncin sıklığı artmaya devam etmektedir. Antifungal direnç ya mikrobiyolojik yani in vitro ya klinik direnç yani in vivo ya da iki direncin karışımı olarak karşımıza çıkar. Antifungal direnç, yüksek MİK değerleri olarak izlenir ve profilaksi ve antifungal sağaltım esnasında klinik olarak tedaviye yanıtızlık ve metastatik enfeksiyonları ile ilişkilendirilir. Bu aşamada uygun tedavi stratejilerinin belirlenmesi ve hastaya doğru antifungal ilacın en kısa zamanda başlanabilmesi büyük önem taşımaktadır.

Özellikle Pediatrik Hematoloji-Onkoloji kliniklerinde görülen invazif fungal enfeksiyonların önemli etkeni, aspergillus türlerinin neden olduğu enfeksiyonlardır ve yetişkinlerde olduğu gibi son yıllarda belirgin artış göstermektedir. Aspergillus doğada yaygın olarak bulunan bir küf mantarı olmasına karşın enfeksiyon ajanı önem kazanması yakın zamanda, modern tıbbın gelişimi ile geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımının ve daha etkili immün süpresif tedavilerin sonucunda olmuştur. Tüm dünyada inhalan küf sporlarının %0.1-22'si Aspergillus'dur. Çocukluk çağında *A. flavus* ilk sıradaki etken ve ikinci sırada *A. fumigatus* olarak bildirilirken yetişkinlerde belirgin olarak *A. fumigatus* en sık izole edilen etken olarak rapor edilmektedir. Hastalık yapan diğer türler *A. flavus*, *A. niger* ve *A. terreus*'dur. Diğer Aspergillus türlerinin hastalık etkeni olmaları nadirdir. Aspergillus sporları havada sıklıkla saptanabilir, kurumaya dirençlidir ve kolayca yayılır. Aspergillus konidiya'ları ile temas sonrası balgamda günlerce saptanabilir. Sağlıklı insanların orofarenks ve gastrointestinal sistem floralarından izole edilebilmektedir.

Pediatrik kliniklerinde görülen diğer önemli fungal etkenler *Candida* türleridir. Tüm yaş gruplarında, *Candida albicans* en sık izole edilen etken olarak rapor edilmektedir. Invazif kandida enfeksiyonlarında *Candida albicans*'ı albicans dışı kandidalar; *C. glabrata*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. dubliniensis*, *C. pseudotropicalis*, *C. paratropicalis*, *C. lusitanae* ve *C. guilliermondii* takip etmektedir. Çocuk hekimlerinin invazif fungal enfeksiyonlarda başarılı olabilmeleri için daha geniş bir spektrum içerisinde düşünceleri, erken tanı için yardımcı tanılarına başvurmaları ve erken, etkili antifungal tedaviyi çocuklar için yaşlarını da göz önüne alarak uygun dozda erken dönemde kullanmaları gerekmektedir.

Günümüzde kullanılan antifungaller

1. Polienler: Nistatin, amfoterisin B
2. Azoller: Ketokonazol, flukonazol, itraconazol, vorikonazol, posakonazol, ravukonazol
3. Allilamin ve tiyokarbamatlar: naltifin, terbinafin, tolnaftat
4. Pirimidin: Flusitozin
5. Ekinokandinler: caspofungin, anidulafungin, micafungin

Çocuklarda antifungal tedavi seçerken her hasta ayrı değerlendirilmeli; eşlik eden risk faktörler, ko-morbid hastalıklar, hastanın klinik durumu, kullanmakta olduğu ilaçlar ve olası ilaç etkileşimleri, antifungal ilaçların etki mekanizmaları ve ilaç maliyetlerine dikkat edilmelidir.

Kaynaklar

1. Hajjeh RA, Warnock DW. Epidemiology of systemic fungal diseases: overview. In: Dismukes WE, Pappas PG, Sobel JD, eds. Clinical Mycology. Oxford: University Press. 2003: 23-30.
2. Morace G, Borghi E. Fungal infections in ICU patients: epidemiology and the role of diagnosis. *Minerva Anestesiologica*. 2010; 76 (11): 950-955.
3. Ruhnke M, A. Böhme A, Buchheidt D, et al. Diagnosis of invasive fungal infections in hematology and oncology—guidelines from the Infectious Diseases Working Party in Haematology and Oncology of the German Society for Haematology and Oncology (AGIHO). *Annals of Oncology* 2011 doi:10.1093/annonc/mdr407.
4. Cuenca-Estrella M, Bassetti M, Lass-Flörl C, Racil Z, Richardson M, Rogers TR. Detection and investigation of invasive mould disease. *J Antimicrob Chemother* 2011; 66 (Suppl 1): i15–24.
5. Devrim İ, İşgüder R, Ağın H, Ceylan G, Ayhan Y, Sandal ÖS, Sarı F, Kara A, Düzgöl M, Gülfidan G, Bayram N. Outcome of *Candida* Parapsilosis Complex Infections Treated with Caspofungin in Children. *Mediterr J Hematol Infect Dis*. 2016 Sep 1;8(1):e2016042. doi: 10.4084/MJHID.2016.042. eCollection 2016.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



RSV İLE MÜCADELE

Merih Çetinkaya

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV) enfeksiyonu bebeklik ve süt çocukluğu döneminde en sık solunum yolu enfeksiyonu nedenidir. Aynı zamanda 5 yaş altındaki hastaneye başvurunun ve mortalitenin en sık nedenidir. Prematürite başta olmak üzere, kronik akciğer hastalığı, hemodinamik anlamlı konjenital kalp hastalığı, immün yetmezlik ve ciddi nöromusküler hastalık RSV ilişkili hastaneye yatış için en önemli risk faktörleri olmakla birlikte bu grupta daha yüksek mortalite ile seyretmektedir.

RSV, riskli gruplarda ölümle sonuçlanabilen ağır enfeksiyonlar yaratmakta ancak halen geliştirilmiş etkin bir aşı ile korunulamamaktadır. RSV'e bağlı alt solunum yolu enfeksiyonlarının tedavisi aslında sadece destekleyici tedavidir. Bu nedenle tedaviden ziyade hastalığın kontrolünde korunma önem kazanmaktadır. Bununla ilgili olarak, iyi el hijyeni, ellerin antiseptik solüsyonlarla yıkanması, aynı şekilde kontamine çevresel yüzeylerin ve oyuncakların temizlenmesi gibi genel temizlik kurallarının uygulanması hastalıktan korunmada büyük önem taşımaktadır. Diğer önleyici durumlar arasında kalabalıktan sakınma, sigara içilen ortamlardan uzak durma gibi durumlar sayılabilir. Tüm bu nedenlerden dolayı RSV riskini azaltan en basit ve ucuz yöntem iyi el hijyeni ve temasın önlenmesidir. Kalabalıktan kaçınmak, pasif sigara içişini önlemek, kreş, yuva gibi ortamlarda hijyen kontrolüne dikkat etmek, sık sık el yıkamak ve bu bilgiyi ve alışkanlıkları küçük çocuğu olan ailelere anlatmak son derece önemlidir.

Korunma için günümüzde etkili bir aşı mevcut değildir. Daha önceki yıllarda IV poliklonal RSV antikor ve intravenöz immunoglobulin uygulamaları günümüzde uygulanmamaktadır. Bunun yerine son yıllarda başta prematürite, BPD, konjenital kalp hastalığı gibi yüksek riskli olgularda kullanılmaya başlanan humanize monoklonal antikor olan palivizumab profilaksisi hastalığın önlenmesi ve şiddetinin azaltılmasında tercih edilen korunma yöntemi olmuştur. Palivizumab, RSV F-proteinine bağlanarak, RSV'nin respiratuvar epitel hücrelere füzyonu ve sinsisyum formasyonu engellemekte ve alt solunum yollarında RSV replikasyonunu inhibe etmektedir. Palivizumab, FDA tarafından onay sonrası 1999 yılından itibaren riskli bebekler ve çocuklarda profilaksi amacı ile kullanılmaktadır. Yapılan meta-analizlerde palivizumab profilaksisinin riskli grupta RSV enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış ve yoğun bakım ünitesine yatış sıklığını azalttığı ancak mortalite üzerine etkisinin olmadığı bildirilmiştir.

Bu nedenle ülkemizde Türk Neonatoloji Derneği tarafından palivizumab profilaksisi önerileri yayınlanmış ve bu önerilere göre geri ödeme koşulları belirlenmiştir. Palivizumab; çocuk kardiyoloji, neonatoloji, çocuk alerjisi, çocuk enfeksiyon hastalıkları, çocuk göğüs hastalıkları uzman hekimlerinden biri tarafından düzenlenen bir yıl süreli uzman hekim raporuna dayanarak uygulanmakta ve rapor çıkarıldıktan sonra bu uzman hekimler veya Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları uzman hekimlerince aylık olarak reçete edilebilmektedir. Günümüzde;

1. Gebelik yaşı 29 haftanın (28 hafta + 6/7 gün) altında olan, RSV sezonu başlangıcında bir yaşından küçük olan bronkopulmoner displazi tanılı veya tanısız tüm bebekler,
2. RSV sezonu başlangıcından önceki son altı ay içinde bronkopulmoner displazi için özgün tedavi (ek oksijen, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan, iki yaşın altındaki çocuklar,
3. RSV sezonu başlangıcında iki yaşından küçük, siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetmezliği tedavisi gerektiren asiyantotik doğuştan kalp hastalığı olan bebekler, ameliyat edildiği halde rezidü hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden bebekler, önemli pulmoner hipertansiyonlu bebekler (sistemik basıncın %50'sinden fazlası) ve hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiopati bebeklerde Ekim-Mart ayları arasında kabul edilen RSV sezonu boyunca bir ay aralarla en fazla beş doz ve bebeğin durumuna göre en çok iki yaşına kadar uygulanmalıdır. İsrarı en aza indirmek amacıyla, RSV profilaksisi verilecek bebeklerin aynı gün çağırılması önerilmektedir. Sonuç olarak Palivizumab gebelik yaşı küçük ayrıca BPD, doğuştan kalp hastalığı olan bebeklerde RSV enfeksiyonu ilişkili hastane yatışlarını azaltmada etkili ve güvenilir bir ilaç olup, çalışmalar ileri dönem reaktif hava yolu hastalığı riskini de azaltabileceğini göstermektedir.

RSV F proteinine karşı üretilen ikinci jenerasyon rekombinan humanize monoklonal IgG antikor olan motavizumab ise palivizumab'ın bağlanma ve virus nötralizasyon aktivitesinin artırılması ile üretilmiş olup, palivizumab'dan 20 kat daha güçlü olsa da henüz FDA onayı alınamamıştır. Aynı zamanda sıvı palivizumab, daha uzun etkili antikor, canlı aşı ve antiviral ajan geliştirme çalışmaları devam etmektedir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



Sonuç olarak, yüksek riskli hasta grubunda el yıkama, pasif içicilik ve kalabalık ortamlarda bulunmanın azaltılması gibi koruyucu önlemlere ek olarak, uygun hastalarda palivizumab profilaksisi RSV enfeksiyonu ile mücadele için en önemli noktalar olarak akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Bawage SS, Tiwari PM, Pillai S, Dennis V, Singh SR. Recent advances in diagnosis, prevention, and treatment of human respiratory syncytial virus. Adv Virol 2013; 2013: 595768.
2. Aujard Y, Fauroux B. Risk factors for severe respiratory syncytial virus infection in infants. Respir Med 2002;96: S9-S14.
3. Resch B, Kurath S, Manzoni P. Epidemiology of respiratory syncytial virus infection in preterm infants. Open Microbiol J 2011; 5: 135-143.
4. Yalaz M, Kultursay N. Respiratuvar sinsityal virüs enfeksiyonu ve riskli bebeklerde palivizumab profilaksisi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi 2014; 57: 200-213.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PREMATÜRE BEBEĞİMİ NASIL KORURUM ? TÜRKİYE'DE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Hilal Özkan

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

Respiratuvar sinsityal virüs (RSV) dünya genelinde çocuklarda en sık alt solunum yolu enfeksiyonu (ASYE) nedenlerinden birisidir ve 2 yaşın altındaki çocukların bu yaşa erişinceye kadar en azından bir kez bu virüs ile enfekte olacağı öngörülmektedir. Bu nedenle ASYE ile başvuran 2 yaş ve altı çocuklarda RSV'nin rutin olarak bakılması önerilmektedir.

Prematüre bebekler, RSV enfeksiyonu açısından özellikle risk altında olup yenidoğan yoğun bakımından taburcu edildikten sonra sıklıkla yeniden yatış gerektirmektedir. Pasif sigara içiciliği, küçük yaşta ASYE nedeniyle hastaneye yatış, anne sütü ile beslenmeme, erkek cinsiyet ve kronik akciğer hastalığı gibi risk faktörlerinin dışındaki diğer risk faktörleri bronkopulmoner displazi (BPD) ve şiddetli konjenital kalp hastalığını (KKH) içermektedir.

Sadece 2005 yılında 5 yaşından küçük 66.000 ile 199.000 arası çocuğun RSV ile ilişkili ASYE nedeniyle öldüğü tahmin edilmiş olup bu ölümlerin %99'u gelişmekte olan ülkelerde meydana gelmiştir (1). Küçük çocuklarda şiddetli RSV hastalık riskini artıran durumlar BPD, KKH ve 35 haftanın altında preterm doğumdur. Şiddetli ASYE'nin önlenmesinde onay almış koruyucu yaklaşım bulunmasına rağmen mevcut uluslararası kılavuzlar RSV profilaksisini sınırlı bebek grupları için önermektedir (2). Amerikan Pediatri Akademisi 29 gestasyon haftasının altında prematüre doğum, BPD ve KKH varlığında RSV profilaksisi önermektedir (2). Diğer taraftan, Kanada, İspanya ve Hollanda'da yürütülmüş olan prospektif çalışmalar 29-35 haftalık gestasyon süresinde doğan ve kreşe gitme ve evde kardeşin olması gibi çeşitli risk faktörlerinin varlığında RSV nedeniyle hastaneye yatış riskinin daha yüksek olduğunu göstermiştir (3-5). Ancak kılavuzlarda bu durum dikkate alınmamıştır. Bu nedenle, etkili ve maliyet-etkin bir profilaktik koruma sağlanması amacıyla gestasyon yaşı 29-35 hafta arasındaki bebekler için daha iyi bir risk modeli geliştirilmelidir.

Türkiye'de çok merkezli bir çalışmada <2 yaş ASYE ile yatan çocuklarda RSV sıklığı %37 bulunmuştur (6). Türk Neonatoloji Derneği tarafından 2012 yılında yapılan bir çalışmada <2 yaş çocuklarda RSV enfeksiyonunun sıklığı %16.9 bulunmuştur (7). Ancak, RSV ve ilişkili solunum yolları enfeksiyonlarına karşı etkili profilaksi ve tedavi sağlamak için Türk hekimlerine yol gösterecek bir kılavuza destekleyici veriler sağlamak üzere hiçbir risk modelleme çalışması yapılmamıştır.

Son yıllarda ülkemizden yapılan bir çalışmada 29-35 hafta arasındaki prematüre bebeklerde özellikle RSV sezonunda doğmuş olmak ve sezonda yaşı <3 ayın altında olması gibi risk faktörlerinin varlığında RSV enfeksiyonunun sıklığının ve şiddetinin arttığı gösterilmiştir (8).

Ülkemizde prematüre bebeklerde RSV enfeksiyonlarının sıklığını, risk faktörlerini, mortalite ve morbite oranlarını ve maliyeti değerlendiren geniş seride randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır. Böylece ülkemiz için en uygun koruma stratejileri geliştirilebilecektir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Kaynaklar

1. Harish Nair et al., Global burden of acute lower respiratory infections due to respiratory syncytial virus in young children: a systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2010; 375: 1545–55.
2. American Academy of Pediatrics. Respiratory syncytial virus: In: Pickering LK, Baker C, Kimberlin DW Long SS Eds. Red Book 2012: report of the Committee of Infectious Diseases. 29th Ed. Elk Grove Village IL, American Academy of Pediatrics: 2012:609-617.
3. Blanken MO et al. Dutch RSV Neonatal Network. Prospective validation of a prognostic model for respiratory syncytial virus bronchiolitis in late pre-term infants: a multicentre birth cohorts study. *Plos One* 2013; 8:e59161.
4. Law BJ et al., The Pediatric Investigators Collaborative Network on Infections in Canada study of predictors of hospitalization for respiratory syncytial virus infection for infants born at 33 through 35 completed weeks of gestation. *The Pediatric Infectious Disease Journal*. 2004;23:806–814.
5. Figueras-Aloy J, Carbonell-Estrany X, Quero-Jiménez J, et al.; IRIS Study Group. FLIP-2 Study: risk factors linked to respiratory syncytial virus infection requiring hospitalization in premature infants born in Spain at a gestational age of 32 to 35 weeks. *The Pediatric Infectious Disease Journal* 2008;27:788–793.
6. Hacimustafaoglu M, Celebi S, Elmas Bozdemir Ş, Özgür T, Özcan İ, Güray A, Çakır D. RSV Frequency in Children below 2 Years Hospitalized for Lower Respiratory Tract Infections. *Turk J Pediatr* 2013;55(2):130-9.
7. Turkish Neonatal Society. The seasonal variations of respiratory syncytial virus infections in Turkey: a 2-year epidemiological study. *The Turkish Journal of Pediatrics* 2012; 54: 216-222.
8. Çetinkaya M, Oralı TK, Karatekin S, Cebeci B, Babayigit A, Yeşil Y. Efficacy of palivizumab prophylaxis on the frequency of RSV-associated lower respiratory tract infections in preterm infants: determination of the ideal target population for prophylaxis *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* DOI 10.1007/s10096-017-2976-x



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU

Özgür Kasapçopur

İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Makrofaj aktivasyon sendromu(MAS), çocukluk çağında ve erişkinlik döneminde nadiren görülen sıklıkla ölümcül olabilen, makrofaj ve T lenfositlerinin kontrolsüz hiperaktivasyonu ile ortaya çıkan enflamatuar durumdur. Klinik tablo çoğunlukla çocukluk çağını kapsar, erişkinlerde de görülebilir. Hastalık birincil olarak görüldüğü zaman hemofagositik lenfhistiositoz (HLH) adını alır, romatolojik sorunlara ve enfeksiyonlara ikincil olarak ortaya çıkan tablo ise makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) olarak adlandırılır. Çocukluk çağında aktif hastalık gidişi sırasında karşılaşılan tablo ise ikincil hemofagositozdur.

Makrofaj aktivasyon sendromunun en belirgin klinik verisi aralıklı olan ateşin süreklilik göstermesi ve kontrol altına alınamamasıdır. Bu sırada hastanın genel durumu da hızla bozulur. Hastalığın ana klinik bulguları tüketim koagülopatisi ile uyumludur.

Klinik başvuruda oldukça belirgin, dramatik, akut, yaşamı tehdit eden bulgulara sürekli yüksek ateş, hepatosplenomegali, lenfadenopati, değişken döküntüler, kanama bulguları (purpura, mukozal kanamalar), MSS bozuklukları (letarji, irritabilite, başağrısı, nöbetler) ve nadiren böbrek ve kalp yetersizliği eşlik edebilir. Makrofaj aktivasyon sendromuna eşlik eden laboratuvar bulguları ise pansitopeni (lökeni, anemi, trombositopeni), yüksek karaciğer enzim düzeyleri (ALT, AST, Gama GT, bilirubin), bozuk pıhtılaşma verileri (uzamış PT and PTT, hipofibrinogenemi, artmış TDP ve D-dimer düzeyleri), yüksek trigliserit ve LDH düzeyleri, düşük sodyum ve albümin düzeyi, düşük eritrosit çökme hızı ve klinik tablo için tipik olan **yüksek ferritin düzeyidir**.

Makrofaj aktivasyon sendromu romatizmal hastalıklardan özellikle sistemik JİA'nın ve erişkin Still hastalığının şiddetli ve ölümcül olabilen bir komplikasyonudur. Ama bir çok romatizmal hastalıkla ve enfeksiyonlar ile birlikte görülebilir. Hastalığa çeşitli ilaçlarda yol açabilir.

Klinik tablo, T lenfositlerin ve makrofajların kontrol edilemeyen proliferasyonu ve aktivasyonu ile birlikte olan aşırı sitokin üretimi sonucu oluşur. Olay aslında bir sitokin fırtınasıdır. Ana sorun T lenfosit işlevlerinde oluşan düzensizlik bunun ardından oluşan yoğun öncül yangısal sitokin üretimidir. Bağışıklık sistemindeki tüm bozukluklar aslında hemofagositik lenfhistiositoz ile uyumludur.

T Hücre kaynaklı: IFN-γ, IL-2, M-CSF

Sonuç olarak, MAS sistemik enflamatuar hastalıkların çok ciddi bir komplikasyonu olup, sıklıkla atlanabilen ve yaşamı tehdit eden bir tanıdır. Erken tanı ve tedavi kritik öneme sahip olup yaşamı kurtarıcıdır (Sitokin fırtınası öncesi). Aralıklı olan ateşin sürekli hale gelmesi ve genel durumun bozulmaya başlaması MAS'ın en önemli klinik bulgularından birisidir. En önemli laboratuvar verisi çok yüksek olan akut faz değerlerinin hızla düşmesi ve pansitopeninin ortaya çıkmasıdır. İlk olarak gözlenebilen ana laboratuvar bulgusu trombositopenidir. Bununla birlikte AST düzeyinde de hızla yükselme olur. MAS geliştiği zaman çocuklarda artrit bulgusu çok belirgin olmaz. Aktif sistemik JİA ve çeşitli romatizmal hastalık tanılı çocuklarda serum ferritin düzeylerindeki ani ve aşırı yüksekliklerde MAS ilk olasılık olarak akla gelmelidir.

Siklosporin-A, plazmaferez ve yüksek doz IV kortikosteroid tedavideki ilk seçeneklerdir. MAS tedavisinde biyolojik ajanlar özellikle anti-interlökin 1 ilaçlar tedaviye dirençli olgularda ve sürdürme tedavisinde başarı ile kullanılabilirler.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



EYVAH BEBEĞİMİN KAKASINDA KAN VAR!

Ayşe Merve Usta

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Ebeveynler için bebeklerinin kakasında kan görmek korkutucudur. Aslında sık görülen bir durumdur. Genellikle acil servis başvurularının % 0.3 'ünü oluşturur ve olguların çoğunda (%80) kendini sınırlayıcıdır.

Yenidoğan ve süt çocuklarında alt gastrointestinal sistem kanamalarının nedenleri

Yenidoğan	Süt çocuğu
• Yutulmuş anne kanı	▪ Anal fissürler(özellikle katı gıdaya veya inek sütüne geçiş zamanında)
• Anorektal fissürler	• Besin proteini ilişkili proktokolit
• Nekrotizan enterokolit	• İntusepsiyon
• Malrotasyon+midgut volvulus	• Enfeksiyöz kolit
• Hirschsprung hastalığı ve enterokoliti	• Meckel divertikülü
• Koagülopati	• Lenfonodüler hiperplazi
• Devam eden üst GİS kanama	• Gastrointestinal duplikasyon kisti
• Vasküler malformasyonlar	• Koagülopati
• Gastrik veya duodenal ülser	• Eosinofilik gastrointestinal hastalık (EGİH)
• Gastrointestinal duplikasyon kisti	• İnfantil ve çok erken başlangıçlı enflamatuvar bağırsak hastalığı

Bebeklerde besin proteini ilişkili proktokolit ve anorektal fissürler en sık nedenlerdir³.

Alt gastrointestinal sistem kanamalarının nedenini araştırırken çocuğun yaşı, genel görünümü; hemodinamik stabilitesi, kanama oranı ve dışı karakteristiği önemlidir⁴.

Dışkıda kan görülme nedeniyle getirilen bebek değerlendirilirken, ilk etapta gerçekten kan mı, hastanın yaşı, kanamanın ağırlı olup olmadığı, dışkı rengi ve bebeğin hasta görünümü olup olmadığı sorularının cevaplanması gerekmektedir. Hasta görünümü bebeklerin ilk önce hemodinamik stabilitesi sağlanmalıdır. Bebek iyi görünüyorsa bu yaş grubunda; anal fissür, besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP), meckel divertikülü (büyük hacimli ve tekrarlayıcı ise) akla gelmelidir. Öykü alırken ishal varlığı, ateş, kilo kaybı, ilaç kullanımı kanamaya meyil, altta yatan hastalık gibi ayrıntılandırılmalı fizik bakıda önce hemodinamik stabilitesi sağlanıp ayrıntılı muayenede rektal bakı unutulmamalıdır. Laboratuvar tetkikleri istenirken hastanın genel görünümü önemlidir. Anemi açısından tam kan sayımı alınır. Anal fissürü veya viral gastroenteritlilerde laboratuvar testi gerekmez. Daha ayrıntılı testler genel durumu iyi olmayan ve şüphelenilen hastalığa yönelik olmalıdır. Görüntüleme yöntemlerinden anormal abdominal muayenesi olanlarda düz karın grafisi, ultrasonografi istenebilir. Gerekliğinde eritrosit işaretli sintigrafi, anjiyografi veya kolonoskopi gibi endoskopik yöntemlere başvurulur⁵.

Ayrırcı tanıda rektal kanamanın ağırlı veya ağrısız olması, büyüme gelişme geriliği yol göstericidir.

Besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP), son yıllarda klinik pratikte sık olarak karşımıza çıkmaktadır. Eski terminolojiye göre 'alerjik proktokolit', 'eozinofilik proktokolit', protein intoleransıdır. İmmünglobulin E (IgE) aracılı olmayan bir veya daha fazla besin proteinine karşı distal kolonun enflamasyonudur. İnek sütü, soya proteini sık tetikleyicilerdir. Tanı, besin protein antijenleri ile ilişkili belirtileri, şüpheli besin alerjen diyetten çıkarıldıktan sonra geçmesi, diyetle alındığında başlaması (oral provakasyon) ile konur. BPIAP prevalansı net değildir. İnek sütü proteinine bağlı rektal kanama 1,6:1000 oranında bildirilmiş⁶. Başka bir çalışmada rektal kanamalı bebeklerde



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



süt eliminasyonu ve 'challenge' ile doğrulanmış BPIAP prevalansı %18 bulunmuş⁷. Hastanemizde 2013-2017 yılları arasında yapılan çalışmada prevalans 0.01 bulunmuştur.

Genellikle tanı infantil kolik anal fissür ile karışabilmektedir. Olguların yarısından fazlası anne sütü ile beslenmektedir. Tetikleyici besinlerden en fazla oranda anne sütü aracılığı ile geçen inek sütü veya soyadır⁸. Formüle ile beslenen bebeklerde de gözlenir. Aralıklı kusma, artmış gaz, huzursuzluk, ağırlı dışkılama, ishal (belirgin ishal olguların %28,3) gözlenir^{8,9}. Etiolojide gastrointestinal sistemin olgunlaşmasında gecikme, intestinal permeabilitede artış, genetik yatkınlık olabileceği düşünülmektedir^{8,9,10}. Atopik dermatit, egzema normal popülasyona göre siktir. Laboratuvar tetkiklerinde bazen eozinofili, anemi, hipoalbuminemi gözlenebilir. Tanıda iyi bir öykü ayrıntılı fizik bakı ve sorumlu besinin diyetten çıkarılması ile bulguların tamamen düzeldiğinin gösterilmesi ve kanamaya neden olacak sistemik hastalıkların, kanama eğiliminin olmadığına bilinmesi önemlidir. İzole proktokolit belirtileri olan bebeklerde deri prick testi veya besin spesifik Ig E testinin tanı için yapılması önerilmez. Atopi yama testi ise sonuçlarda farklılık ve teknik olarak standardizasyonun yapılamamasından dolayı tanıda önerilmemiştir¹⁰. BPIAP tanısı için rutin endoskopik inceleme ve biyopsi tanısı önerilmemektedir. Ancak diyet eliminasyonuna rağmen yakınmaları devam eden bebeklerde, besin proteini ilişkili enteropati sendromunda ve diğer tanıları da dışlamak amaçlı yapılır.

Tanı ve tedavi amaçlı diyet eliminasyonunda anne sütü alan bebeklerde annenin diyetinden alerjen gıda kesilmelidir. Anneler diyetlerinden bütün süt ve süt ürünlerini çıkararak emzirmeye devam etmeleri teşvik edilmelidir. Öte yandan anne sütü alan bebeklerin diyetinde değişiklik yapmadan %20'sinde kendiliğinde düzelme olduğu da bildirilmiştir¹¹. Annenin diyetinden süt çıkarılmasına rağmen belirtiler devam ediyorsa annenin emzirmesi teşvik edilerek sorumlu olabilecek diğer gıdalar (yumurta soya gibi) çıkallıp anneye kalsiyum d vitamini desteği verilmelidir. Formüle ile beslenen bebeklerde ileri derecede hidrolize mamalar, yanıt alınamayanlarda büyüme gelişme geriliği varlığında, BPIES'de ve ağır belirtiler varsa aminoasit bazlı mamalar kullanılmalıdır. Soya bazlı formüller keçi ve koyun sütlerinin kullanımı önerilmemektedir.^{10,12} Bu hastalarda tamamlayıcı beslenmeye geçiş ertelenmemelidir. Olguların çoğunda bir yaşından önce tolerans gelişmektedir.¹³ En az 6 ay veya 9-12 aylık olana kadar diyet önerilir. Hastalar aralıklı olarak takip edilir. Çok ciddi belirtileri olmayanlarda oral besin provakasyon testleri evde yapılabilir. Reaksiyon gözlenirse diyet 6-12 ay devam edebilir. Reaksiyon göstermeyenlerin diyeti açılabilir¹⁰. Probiyotik eklenmesinin tolerans gelişmesine ek bir katkısı henüz saptanmamıştır.

1-Osman D, Djibré M, Da Silva D, Goulenok C. Management by the intensivist of gastrointestinal bleeding in adults and children. Ann Intensive Care 2012; 2: 46.

2-Teach SJ, Fleisher GR. Rectal bleeding in the pediatric emergency department. Ann Emerg Med 1994; 23: 1252-1258.

3-Pant C, Olyae M, Sferra TJ, Gilroy R, Almadhoun O, Deshpande A. Emergency department visits for gastrointestinal bleeding in children: results from the Nationwide Emergency Department Sample 2006-2011. Curr Med Res Opin 2015; 31: 347-351.

4- Arvola T, Ruuska T, Keränen J, Hyöty H, Salminen S, Isolauri E. Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. Pediatrics 2006; 117: e760-e768.

5- Patel N, Kay M. 2017 Lower gastrointestinal bleeding in children: Causes and diagnostic approach. <https://www.uptodate.com>

6-Rectal bleeding in infancy: clinical, allergological, and microbiological examination. Arvola T, Ruuska T, Keränen J, Hyöty H, Salminen S, Isolauri E. Pediatrics. 2006;117(4):e760

7-Cow's milk associated rectal bleeding: a population based prospective study.Elizur A, Cohen M, Goldberg MR, Rajuan N, Cohen A, Leshno M, Katz Y. Pediatr Allergy Immunol. 2012 Dec;23(8):766-70. Epub 2012 Oct 11

8- Feulle E, Nowak-Węrzyn A. Food Protein Induced Enterocolitis Syndrome, Allergic Proctocolitis and Enteropathy. Curr Allergy Asthma Rep. 2015;15:50.

9-Nowak-Węrzyn A, Katz Y, Mehr SS, Koletzko S. Non-IgE-mediated gastrointestinal food allergy. J Allergy Clin Immunol. 2015;135:1114-24.

10- Besin Allerjisi Türk Ulusal Rehberi 2017. Asthma Allergy Immunol 2017;15(1):38.

11- Caubet JC, Szajewska H, Shamir R, Nowak Węrzyn A. Non IgE mediated gastrointestinal food allergies in children. Pediatr Allergy Immunol 2017; 28: 6-17.

12- Fiocchi A, Brozek J, Schunemann HJ, Bahna SL, von Berg A, Beyer K, et al. World Allergy Organization (WAO) Diagnosis and Rationale for Action against Cow's Milk Allergy (DRACMA) Guidelines. World Allergy Organ J. 2010;3:57-61

13- Kaya A, Toyran M, Civelek E, Misirlioglu E, Kirsaciloglu C, Kocabas CN. Characteristics and prognosis of allergic proctocolitis in infants. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2015; 61:69-73



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUK CERRAHİSİ KONSÜLTASYONU (OLGULARLA): ACİL CERRAHİ PATOLOJİ DÜŞÜNÜLMEDİ!! (TORAKS)

Özgür Kuzdan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

Toraks patolojilerinde acil cerrahi girişim ihtiyacı,
- Ayaktan acil çocuk polikliniğine başvuran hastalarda
- Serviste takip esnasında
- Yoğun bakımda gelişen acil durumlarda karşımıza çıkmaktadır.
Çocuk cerrahisine sıklıkla danışılan acil toraks patolojilerini sınıflarsak;

A) KLİNİĞE GÖRE ACİL PATOLOJİLER

1-YABANCI CİSİM ASPIRASYONLARI

Olguların %80'i 3 yaş altı çocuklardadır. Olguda ana bronşlarda, %4-13 olguda trakea ve larinkstedir. Ciddi semptom yoksa atlanabilir. Ciddi semptomu olan olgularda (ani siyonoze, ses kısıklığı ve ses boğukluğu) yabancı cisim vokal kordları geçmemiştir, tedavide ilk olarak acil Heimlich manevrası yapılmalıdır. Inspiratuar stridor ve öksürük geliştirse cisim vokal kordların altına inmiştir ve %40 olgu böyledir, bronkoskopi yapılmalıdır.

Röntgende radyopak cisimlerde mutlaka bronkoskopi yapılmalı, radyopak olmayanlarda şüpheli öykü varsa rutin olmamakla beraber tanı için sanal bronkoskopi yapılabilir. Bunu sonucuna göre bronkoskopi yapılabilir. Yabancı cisim distal bronşa geçince genellikle bu semptomlar ortadan kalkmaktadır.

Yabancı cisim aspirasyonunda %35-45 olguda ilk 24 saatte ve kliniğin ciddiyetine göre girişim yapılmaktadır. Girişimler acil trakeostomi açılması ve torakotomiye kadar değişebilir.

2-ALT SOLUNUM YOLUNUN DOĞUMSAL ANOMALİLERİ

Semptomatik veya komplike olduklarında acil müdahale gerekebilir.

-**Bronkojenik kist:**Değişik lokalizasyonlarda yerleşerek semptomatik olabilirler .trakebronşial ağaca açılanlar ve perfore olan kistler klinik tabloyu bozarak daha semptomatik olurlar.

-**Pulmoner sekestrasyon:** enfekte olduklarında ve bası yaptıklarında semptomatik olurlar.

-**konjenital kistik adenomatoid malformasyon:**içi hava dolarak mediastinel shifte neden olabilir.neonatal respiratuar distres sendromunun en sık 2. Nedenidir.birinci nedeni lobar amfizemdir.

-**konjenital lobar amfizem:** Bir lobun aşırı havalanması ve buna bağlı bası semptomları olabilir.solunum sıkıntısı *pnomotoraksa* neden olabilir.

3-PLEVRAL EFÜZYON (PLÖREZİ) VE AMPİYEM (PÜRÜLAN PLÖREZİ)

Plörezi;akut akciğer iltihabı ve ya üst solunum yolu enfeksiyonları sırasında oluşur. kuru plörezi başlangıç safhasıdır istenirse tanı için torasentez yapılabilir.seröfibrinöz plörezi klinik daha gürültülüdür. Hızla ampiyeme dönüşebilirrutinde tüp torakostomi uygulanmaz.ama fazla sıvı birikimi ve solunum sıkıntısı ortaya çıkarsa drenaj yapılır. Hızlı ve fazla miktarda sıvı boşaltılması akciğer ödemi yapabilir.

Ampiyem plevral aralığın bakteriler tarafından invazyonu ile oluşur. 3 evresi vardır. eksudatif faz pnomoninin parapnomonik efüzyon fazına karşılık gelir. ancak plevrada kalınlaşma yoktur.sıvı torasentezle kolaylıkla alınabilir.fibrinopürülen faz gerçek ampiyem fazıdır.plevra sıvısı bulanıktır ve akciğer ekspansiyonu sınırlanır.organizasyon fazında plevra kalınlaşarak akciğer ekspansiyonunu engeller.atelektaziler hemitoraks hacminde azalma ,interkostal aralıklar daralır.

B) GİRİŞİME GÖRE ACİL PATOLOJİLER

1-TÜP TORAKOSTOMİ GEREKTİREN ACİLLER

-Pnomotoraks :Acil girişim yapılır

-Ampiyem/parapnomonik efüzyon : Light kriterlerine göre girişim planlanır. Klinik bulgular hafif (solunum sıkıntısı, takipne), akciğer filminde "shift" yoksa acil girişim ertelenebilir

-Şilotoraks: Klinik bulgular hafifse tüp torakostomi ertelenebilir.

-Diğer plevral efüzyonlar : Malignite ve kronik hastalıklarda, klinik bulgular hafifse girişim ertelenebilir.

2-TRAKEOSTOMİ GEREKTİREN PATOLOJİLER

Acil girişim gerektiren;

-Ventilatör bağımlı hastalıklar

-Üst hava yolu obstrüksiyonları

3-TORAKOTOMİ GEREKTİREN ACİLLER

4-BRONKOSKOPİ GEREKTİREN ACİLLER

-Yabancı cisim aspirasyonu

-Hemoptizi

-Travma



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SONUÇ: Acil Toraks patolojilerinde klinik bulgular, müdahalenin aciliyetine karar vermede önemlidir. Ama tek başına yeterli değildir. Çocuk hekimi hastayı acilden cerrahi konsültasyona gönderirken istediği cerrahi girişimin yapılmasını beklemektedir. Fakat cerrahi bakış bu beklentiye uygun olmayabilir. Bir çocuk hekimi istediği cerrahi girişim yapılacağına karar verildiğinde kliniğimize telefon açıp şu ifadeyi kullanmıştı: **"Nihayet acil cerrahi patoloji düşünüldü!!!"** Bu ifade acil konsültasyondan beklentinin daha fazla sayıda cerrahi girişim yapılması olduğu, ancak cerrahinin bundan kaçındığı anlamını içermektedir. Oysa "acil cerrahi patoloji düşünülmeyi" ifadesiyle cerrahi girişim düşüncesi oradan kaldırılmamış, klinik izlem ön plana alınmış, yeni gelişmeler ve bulgulara ihtiyaç olduğu belirtilmiştir. Konunun çocuk hekimlerince böyle anlaşılmasını beklemekteyiz.





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



ÇOCUK CERRAHİSİ KONSÜLTASYONU (OLGULARLA): ACİL CERRAHİ PATOLOJİ DÜŞÜNÜLMEDİ!! BATIN VE GENİTOÜRİNER SİSTEM

Mesut Demir

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

Çocuk acil servisleri özellikle bizim ülkemizde geniş bir hasta potansiyeline hizmet vermektedir. Bazen bu başvurular hekimleri bunaltacak derecede olabilmektedir. Ancak çocuklarda hastalığın seyri genellikle öngörülemez. Bu nedenle her ne sebeple olursa olsun acile başvuran çocuk hastaların tüm yakınmalarının çok iyi irdelenmesi gerekmektedir.

Karın ağrısı acile en sık başvuru nedenlerinden biridir. Çocuklardaki karın ağrısının değerlendirilmesi yetişkinlerinden farklılıklar gösterir. 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 gerektiren bu hastalıkları bulmaktır. Ciddi bir hastalığı atlama ihtimali tüm hekimler 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 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.

Çocuklarda görülen acil ürogenital sistem yakınmalarının büyük çoğunluğu ise idrar yolu enfeksiyonuna bağlıdır. Skrotal ağrı ve şişlik tüm çocukluk çağında görülebilmekte ve başta testis torsiyonu, epididimoorşit, olmak üzere hidrosel, travma, herni, varikosel ile ilişkili olabilmektedir. Epididimoorşit prepubertal çağda nadiren görülürken, testis torsiyonu adolesan çağda daha sık olmakla birlikte tüm yaş gruplarında gözlenir. Infertiliteye neden olması bakımından erken tanı ve tedavisi önemlidir.

Cerrahi ağrılar genellikle iyi lokalize edilir daha keskindir ve parietal 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 enfamatuvar 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 ates cerrahi nedenlerden uzaklaştırırken, ağrıdan sonra başlayan safralı kusma cerrahiye yaklaşıttır. Peritonitli hastalar ağrıyı arttırdığı için hareket etmek istemezler.

Taniya giderken esas olan inspeksiyon, palpasyon, perküsyon ve oskültasyonu içeren iyi bir fizik muayenedir. 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 taniya ulaşabilmemizi sağlarken, takip eden iyi bir fizik muayene ile bu oran % 80-90'a çıkabilmektedir.

Radyolojik görüntülemeye 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 ayrılmıyorsa bilgisayarlı tomografi istenebilir.

ABDOMİNAL OLAYLAR

Çocuklarda en sık görülen travma dışı cerrahi acil apandisitir. Her yaşta görülebilir, göbek evresinde başlayan visseral ağrı 6-48 saatte sağ alt kadranda parietal ağrıya döner. En sık karıştırılan hastalık akut gastroenteritlerdir. Öykü ve fizik muayene ve laboratuvar incelemelere rağmen tanı gecikirse ve yaş küçükse perforasyon oranları artar. Halen tanı için en iyi araç öykü ve fizik muayene fakat radyolojik görüntülemeye 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 üşlemeyi 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, ısın almaması nedeniyle USG eşliğinde



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



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 görünümüdür. 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. Inguinal bölgede şişlik olarak belirti veren bu durum bebeklerde ve çocuklarda inguinal herninin ilk bulgusu olabilir. Fizik Muayene tanı koydurucudur. Ayırıcı tanısı için USG yapılabilir. Bağırsak dolaşımı kadar testisler de risk altındadır. Redükte olmazlarsa acil cerrahi girişim gerekir.

Sonuç

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 getirilmelidir. Hastayı aynı doktorun düzenli aralıklarla muayene etmesi en doğru yaklaşımdır. Özellikle ishalin tabloya eşlik ettiği durumlarda, akut apandisit tanısından tamamen uzaklaşılmalıdır. 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.

GENİTOÜRİNER SİSTEM OLAYLAR

İDRAR YOLU ENFEKSİYONU

Acil servisteki acil ürogenital sistem yakınmalarının büyük çoğunluğu idrar yolu enfeksiyonuna bağlıdır. Piyelonefrit, sistit ve üretrit gibi üriner enfeksiyonları görülebilir. Dizüri ve sık idrara çıkma tipik belirtileridir. Yan ağrısı, ates, kostoverteral açığı hassasiyeti, bulantı ve kusma eklenirse piyelonefrit düşünülmelidir. Çocuklarda genel ağrı, karın ağrısı ve bilinç değişikliği gibi atipik şikayetlerde idrar yolu enfeksiyonundan şüphelenilmelidir. İYE tanısında altın standart kütürdür.

HEMATÜRİ

Çocuk acil servisine nadir başvuru nedenlerinden birisi de aile tarafından idrarda veya penis ucunda görülen kandır. Üriner sistemin herhangi bir yerinden kaynaklanabilir. Gros hematüri alt idrar yolundan kaynaklandığını, mikroskopik hematüri ise böbrek kaynaklı olduğunu düşündürür. Taş, tümör, enfeksiyon, travma, pıhtılaşma bozuklukları, damar anomalileri, mesanenin aşırı distansiyonu ve ani boşaltılması, yabancı cisimler ve cerrahi girişimler gibi nedenlerle oluşabilir. Acil serviste idrar yolu enfeksiyonu, böbrek taşı, ağır egzersiz, koagülopati, yabancı cisim, orak hücreli anemi komplikasyonları ve renal ven trombozu düşünülmelidir.

Tedavide üretral kateter takılır, mesane yıkamaları yapılır ve bebeğe yönelik ilaç ya da cerrahi işlemler yapılabilir.

AKUT RENAL KOLİK

Üst üriner sistemde meydana gelen tıkanmalara bağlı olarak, üreter ve böbrek kapsülünün gerilmesi ve peristaltizmi ile oluşan çok şiddetli ağrılardır. Üreterin üst kısımlarında oluşan tıkanmalara bağlı ağrılar genellikle boşluklarda hissedilirken, alt üreterdeki tıkanmalarda ağrı, erkekte testislere ve üretraya, kadında ise labialara yayılır ve idrar yapma zorlukları olur. Bulantı ve kusma genellikle eşlik eder ve ağrıların karakteristiği, artıp azalan ağrılar olmasıdır. Bu ağrıların en önemli nedeni taştır. Tanıda öykü, fizik muayene ve görüntüleme teknikleri kullanılır. Tedavide ilk olarak ağrı kesiciler ile hasta rahatlatılır ve bebeğe yönelik cerrahi ya da ilaç tedavileri planlanır.

AKUT ÜRİNER RETANSİYON

İdrar yapamama ve mesanenin dolu-gergin olmasına bağlı oluşan ağrı ile kendisini gösteren klinik tablodur. Mesane çıkımından, dış idrar yolu ağzına kadar herhangi bir yerde oluşan tıkanmalar bu duruma sebep olabilir. Her iki cinsiyette akut nörolojik disfonksiyon, mesane yada üretra taşları ve yabancı cisimleri, üretra darlıkları nedeniyle de akut üriner retansiyon gelişebilir.

Tanıda öykü ve fizik muayene sonrası üretral kateter takılmaya çalışılır, eğer takılamazsa ve mesane tümörü ekarte edilmiş ise sistostomi işlemi yapılır. Sonraki aşamada bebeğe yönelik ilaç ya da cerrahi tedaviler planlanır.

Rutin idrar tetkikleri ve idrar kültürü alınmalıdır. Gerekli radyolojik testler yapılmalı ve bebeğe yönelik tedaviye başlanmalıdır.

TESTİS TORSİYONU

Genellikle pubertede ve spermatik kordun dönmesine bağlı testise giden kan akımının azalması ile karakterizedir. Testis ağrısı ile gelen tüm erkeklerde ilk olarak testis torsiyonu düşünülmelidir. Ağrı genellikle ani başlangıçlı, şiddetlidir; ağrı aralıklı olabilir. Skrotumdan abdomene yayılır. Pozisyonla ağrı değişmez. Fizik muayenede horizontal veya anterior rotasyonda hassas, şiş ve testisler



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



yukarıdadır. Testisin elevasyonu ile ağrı azalmaz. En spesifik bulgu tek taraflı kremasterik refleks kaybıdır. Tanı için skrotal doppler usg çekilebilir ama detorsiyonu geciktirmemelidir. Elle veya cerrahi detorsiyon ilk 6 saat içinde yapılırsa kurtarma oranı %100 dür.

FİMOZİS VE PARAFİMOZİS

Fimozis, distal sünnet derisinin yapışıklıklara bağlı olarak geri çekilememesidir. 0-3 yaş arası bu durum fizyolojik olarak kabul edilir. Ancak enfeksiyona neden oluyor ise ya da çocuk 3 yaşını geçmesine rağmen açılmıyor ise tedavide en etkili yöntem sünnettir. Parafimozis ise geriye çekilen sünnet derisinin tekrar eski konumuna döndürülememesi ve glans penisin sıkışmasıdır. Ürolojik acildir, en etkili tedavisi sünnettir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



STATUS EPILEPTİKUS TANI VE TEDAVİSİ

İhsan Kafadar

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Status Epileptikus (SE) çocukluk çağında en sık karşılaşılan nörolojik acil tablosudur. Kendiliğinden duran nöbetlere kıyasla artmış bir mortalite ve morbiditeye sahip olan SE'de hızlı tanı ve doğru tedavi yaklaşımı ile prognoz iyileştirilebilmektedir.

Uluslararası Epilepsi ile Mücadele Derneği'nin (ILAE) tanımlamasına göre 30 dakikadan uzun süren nöbet veya nöbet serileri SE olarak kabul edilmektedir. Yapılan yeni çalışmaların sonuçları; nöbet süresinin 30 dakikayı geçmesi halinde, mortalite oranının 10-29 dakika arası süren nöbetlere göre 10 kat daha fazla arttığını göstermektedir. Ayrıca nöbet süresi; nöbete ne kadar erken ve etkili müdahale edilirse o oranda kıaldığı için günümüzde **5 dakikadan** uzun süren nöbetlerde *erken SE'dan veya SE riskinden* söz edilmektedir.

Süresine göre değerlendirildiğinde; **30 dakikadan** uzun süren SE *ilerlemekte olan SE*; **60 dakikadan** uzun süren SE *refrakter status epileptikus (dirençli)*, **24 saatten** uzun süren veya narkoz uygulamasının sonlandırmasını takiben tekrarlayan SE de *süper refrakter status epileptikus (SRSE) (süper dirençli)* olarak tanımlanmaktadır.

ILAE sınıflamasına göre SE nöbet tipine göre generalize ve fokal SE olarak sınıflandırılmaktadır. Klinik olarak bir sınıflamaya gidildiğinde de konvulsif ve nonkonvulsif olarak ikinci bir sınıflama mümkündür.

Status Epileptikus'un konvulsif-nonkonvulsif olarak sınıflandırılması

	Generalize	Fokal
Konvulsif	Primer/sekonder generalize, tonik-klonik, miyoklonik, tonik	Hemikonvulsif, Epilepsia partialis continua, fokal SE
Nonkonvulsif	Absans status, elektroensefalografik generalize SE	Kompleks fokal SE, aura continua, elektroensefalografik fokal SE

Çocukluk çağında önemli SE formları arasında; yenidoğan nöbetleri ve öncelikle bu yaş grubunda değerlendirilecek vitamin B6 bağımlı epilepsi, Folinik asit bağımlı epilepsi gibi klinik tablolar ile çocukluk çağının biyoelektrik status epileptikus tablosu olarak karşımıza çıkan; ESES sendromu, Hipsaritmi, Landau-Kleffner sendromu gibi klinik tablolar sayılabilir.

Çocukluk çağında SE nedenleri ve bu nedenlerin sıklığı yaş gruplarına göre değişmekle birlikte özellikle iki yaş altındaki SE vakalarında; akut semptomatik etyolojik nedenler, febril konvulsiyonlar ve ilerleyici ensefalopatiler rol oynamaktadır. Dört yaşından büyük çocuklarda ise; genetik, yapısal veya kriptojen olarak sınıflandırılabilen epileptik vakalar ön plandadır.

Çocuk acil birimlerinde sık olarak karşılaşılan konvulsiv SE'un çocukluk çağında beyin fonksiyonlarına olan etkisi yeterince bilinmemekle birlikte, bu çocukların sıklıkla epilepsi, parezi, öğrenme bozuklukları ve davranış bozuklukları gösterebildikleri gösterilmiştir.

Bir yaştan altındaki çocuklarda grand-mal SE vakalarının 1/3'ünde kalıcı nörolojik hasar görünürken 3 yaşından büyük çocuklarda bu oran takribi %5 olarak bildirilmektedir. Özellikle 3 yaşından sonra kalıcı nörolojik hasar oranının düşük olmasının temel nedeni ise bu yaş grubunda sık olarak görülen febril status epileptikus vakalarıdır.

SE'un etyolojik nedeni hastalığın prognozunu belirgin bir şekilde belirlemekle birlikte, nöbetlerin durdurulması için yapılacak girişimler SE etyolojik tanısına yönelik olarak yapılacak işlemler nedeniyle **kesinlikle aksatılmamalıdır**. Nöbetlerin durdurulmasına yönelik işlemler nedeniyle de acil birimine başvuran her acil vakada temel tedavi yaklaşımı olan ve hastaya yapılan ingilizce yapılan girişimlerin baş harflerinden oluşan **„ABCD“ tedavi yaklaşımı kesinlikle göz ardı edilmemelidir**.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



Her SE; dolaşım sisteminin, solunum sisteminin, kan biyokimyasının etkilenebileceği ve farklı etyolojik nedenlerle oluşan acil bir klinik durum olmakla birlikte; SE için bilinen temel prensip „ **ne kadar uzun sürerse o kadar zor durdurulur**“ prensibidir. Bu nedenledir ki SE’u durduracak ilaç tedavisinde SE etyolojisine yönelik tetkiklerle birlikte yapılmalıdır.

SE durdurulmasına yönelik olarak yapılan antiepileptik tedavi uygulamaları; rektal, bukkal, nasal, i.v. olarak uygulanabilecek farklı eski ve yeni jenerasyon antiepileptik ilaçları kapsamaktadır. Ayrıca hastanın yaşına ve etyolojisine yönelik olarak spesifik antiepileptik ve/veya destek ilaçlarda zorunlu olabilmektedir.

SE tanısı alan hastaya uygulanan ilaç tedavisi sırasında; I., II. ve III. basamak antiepileptik tedavi yaklaşımları adı altında gruplanan antiepileptik ilaçlar kullanılmaktadır.

Hastaların prognozu öncelikli olarak SE’nun süresi ile ilişkili olduğu için bu basamaklı ilaç tedavisi geciktirilmeden ve etkin bir şekilde uygulanmalıdır.

Erişkin verilerine göre ilk bir saat içinde durdurulan SE’larda mortalite oranı % 5 iken daha uzun süren SE larda bu oranın %30 lara çıktığı bildirilmektedir. Günümüzde uygulanan yeni antiepileptik ilaçlar ve yeni tedavi yaklaşımları ile daha iyi sonuçlar alındığı bildirilmektedir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ
ICC İSTANBUL
CONGRESS
CENTER



OBEZİTENİN TEMELLERİ VE ÖNLENMESİ

Bülent Hacıhamdioğlu
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Obezite dünyanın en yaygın ve en maliyetli kronik hastalıkları arasındadır. Vücut ağırlığının boy göre orantısız fazla oluşu, artmış yağ dokusu ile karakterize ve genellikle düşük dereceli kronik sistemik inflamasyonun eşlik ettiği bir durum olarak tanımlanmaktadır. Son yıllarda bazı endokrinoloji kuruluşları obezitenin sadece bir durumu belirlemek için kullanılması gereken bir terim olduğunu, artmış yağ dokusu ve sonuçları ile karakterize tüm tabloyu kapsamak için ABCD (Adiposity-Based Chronic Disease) teriminin kullanılmasını önermektedir.

Birçok endokrinolojik hastalıkta tedavi hastalığın fizyopatolojisindeki mekanizmalardan temel alır. Obezite patogenezi ile ilgili sınırlı bilginiz nedeni ile obezite tedavisinde durum farklıdır ve obezite sıklığı tüm çabalara rağmen giderek artmaktadır. Obezite önlem ve tedavisinde etkili bir strateji belirleyebilmek için, vücut ağırlığı homeostasisin fizyolojik, gelişimsel ve çevresel ilkelerin iyi tanımlanmasına ihtiyaç vardır.

Uzun süredir obezite patogenezi basit bir düşünceye dayanmaktadır; alınan kaloringin harcanan kaloriden daha fazladır. Bu düşünce nedeni ile tarihsel süreçte obez bireyler obezitenin kendi olumsuz kişilik özellikleri (obur, tembel, rahatına düşkün, zayıf iradeli gibi) oluştuğunu düşündü. Ancak artık obezite patogenizinin bu kadar basit olmadığı, çok daha karmaşık olduğu düşünülmektedir. Son yıllarda elde edilen kanıtlar obezitenin, pasif ağırlık artışından ziyade, enerji homeostasis sisteminde bozukluk ile karakterize bir hastalık olduğunu düşündürmektedir. Vücut ağırlığı biyolojik bir defans mekanizması ile stabil olarak korunmaktadır. Gözlemsel veriler ve araştırmalar vücut ağırlığının, obez bireylerde tıpkı obez olmayan bireylerdeki gibi korunma eğiliminde olduğunu ortaya koymuştur. Örneğin kalori kısıtlaması ile ve/veya harcanan enerjinin artırılması gerçekleşen ağırlık kaybı, iştah artışı ile enerji alımının artmasına yol açarak yeniden ağırlık artışı ile sonuçlanmaktadır. Bu adaptif yanıt hem obez hemde zayıf bireylerde benzerdir. Dolayısı ile obezite patogenezi artmış yağ dokusuna karşı fizyolojik defansı da içermektedir. Kısaca biyolojik defans nedeni ile, obez bireylerde ağırlık kaybına direnç vardır. Bu durum obezite tedavisindeki başarısızlık sıklığını da açıklamaktadır. Bu durumda, başlangıçta obezite patogenezi daha çok obez kişi ile ilgili iken zamanla fizyoloji suçu üstlenmektedir. Vücut ağırlığının korunma mekanizmaları ve obez bireylerdeki yeni "ayar noktası" gelişim sürecinde nöroendokrin faktörler ile çok sayıda çalışma yapılmış olmakla birlikte halen açıklanması gereken çok nokta vardır. Bu sürecin aydınlatılması obezite tedavisinde yeni kapıların açılmasına yol açabilir.

Beslenme davranışındaki motivasyonların ayrıntıları enerji dengesinin anlaşılmasında yararlı bilgiler sağlamaktadır. "Metabolik ihtiyaç" ve "ödül olarak yemek yeme (hedonik yol)"nin beslenme davranışı için anahtar süreçler olduğu düşünülmektedir. İlkinde beslenme yetersiz gıda alımının verdiği rahatsızlığı gidermek için, diğeri ise daha önce edinilen tecrübenin verdiği haz veya deneyimin tekrar yaşanması içindir. Obezlerde iştah kontrolünün non-obezler ile karşılaştırıldığında değiştiği/bozulduğu gösterilmiştir.

Obezitenin gelişmesinde diyetin içeriğinden ziyade alınan toplam kalori halen daha önemli görünmektedir. Ancak besinsel içeriğin kompozisyonu (karbonhidrat, yağ, protein vb) obezitenin komplikasyonları, hatta kişi obez olmasa bile obezite ile ilişkili metabolik riskler ile yakından ilişkilidir.

Özetle; Obezite patogenezi iki ilişkili, ancak farklı süreci kapsamaktadır: 1) Sürekli pozitif enerji dengesi (enerji alımı > enerji harcaması) 2) Vücut ağırlığının "ayar noktası"nın yeniden belirlenmesi. İkinci süreç neden diyet ve/veya yaşam tarzı değişimi ile gerçekleşen ağırlık kaybının, zaman içinde kaybedilen ağırlıkların yeniden kazanılması ile sonuçlandığını açıklamaktadır. Obezitojenik potansiyel açısından değerlendirildiğinde genel olarak 'kalori kaloridir', yani artmış kalori alımı kaynağı ne olursa olsun obezite ile ilişkilidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



İkiz çalışmaları obezitenin %25-50'sinin genetik olarak açıklanabilir olduğunu göstermiştir. Vücut kitle indeksi, toplam vücut yağ oranı ve yağ dağılımının üzerinde genetik faktörler etkilidir. Hayatın ilk 1000 günü (gestasyonel dönem ve ilk 2 yaş) obezite riski ile ilişkilidir. Annenin yaşadığı her türlü metabolik zorluk (pregestasyonel artmış vücut kitle indeksi, gebelik sırasında aşırı ağırlık artışı, gestasyonel diyabet gibi) çocuk için obezite riskini artırır. Hem düşük doğum ağırlığı hem de iri doğum artmış ve katı gıdalara erken geçiş obezite riski ile ilişkilidir.

Obezite tip 2 diyabetes mellitus, kardiyovasküler hastalık, erken ölüm ve kanser gibi çok ciddi birçok durum ile ilişkilidir. Kalıcı ağırlık kaybı ve tedavi başarı oranı enerji homeostazisindeki bozukluk nedeni ile düşüktür. Hastanın bu süreç ile ilgili bilinçlendirilmesi ve yakın izlenmesi tedavideki başarıyı şansını yükseltecektir. Obezitenin önlenmesi için obezitojenik çevrenin değiştirilmesi gereklidir ve bu sadece çok sektörlü yaklaşım ile sağlanabilir. Sağlık sektörünün tek başına bu sorunu çözmesi mümkün değildir.

Kaynaklar

1. Schwartz MW, Seeley RJ, Zeltser LM, Drewnowski A, Ravussin E, Redman LM, Leibel RL. Obesity Pathogenesis: An Endocrine Society Scientific Statement. *Endocr Rev.* 2017 Aug 1;38(4):267-296.
2. Gadde KM, Martin CK, Berthoud HR, Heymsfield SB. Obesity: Pathophysiology and Management. *J Am Coll Cardiol.* 2018 Jan 2;71(1):69-84.
3. González-Muniesa P, Martínez-González MA, Hu FB, Després JP, Matsuzawa Y, Loos RJF, Moreno LA, Bray GA, Martínez JA. Obesity. *Nat Rev Dis Primers.* 2017 Jun 15;3:17034.
4. Hall KD. Did the Food Environment Cause the Obesity Epidemic? *Obesity (Silver Spring).* 2018 Jan;26(1):11-13.
5. Hall KD, Guo J. Obesity Energetics: Body Weight Regulation and the Effects of Diet Composition. *Gastroenterology.* 2017 May;152(7):1718-1727.e3.
6. Mechanick JI, Hurley DL, Garvey WT. ADIPOSITY-BASED CHRONIC DISEASE AS A NEW DIAGNOSTIC TERM: THE AMERICAN ASSOCIATION OF CLINICAL ENDOCRINOLOGISTS AND AMERICAN COLLEGE OF ENDOCRINOLOGY POSITION STATEMENT. *Endocr Pract.* 2017 Mar;23(3):372-378.
7. Lobstein T, Jackson-Leach R, Moodie ML, Hall KD, Gortmaker SL, Swinburn BA, James WP, Wang Y, McPherson K. Child and adolescent obesity: part of a bigger picture. *Lancet.* 2015 Jun 20;385(9986):2510-20. .
8. Mozaffarian D. Food and weight gain: time to end our fear of fat. *Lancet Diabetes Endocrinol.* 2016 Aug;4(8):633-5.
9. Fall T, Mendelson M, Speliotes EK. Recent Advances in Human Genetics and Epigenetics of Adiposity: Pathway to Precision Medicine? *Gastroenterology.* 2017 May;152(7):1695-1706.
10. Hall KD, Kahan S. Maintenance of Lost Weight and Long-Term Management of Obesity. *Med Clin North Am.* 2018 Jan;102(1):183-197.
11. Mameli C, Mazzantini S, Zuccotti GV. Nutrition in the First 1000 Days: The Origin of Childhood Obesity. *Int J Environ Res Public Health.* 2016 Aug 23;13(9).



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



OLGU ÖRNEKLERİ İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNE YAKLAŞIM

Cengiz Kara
İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi

Obezite ve Fazla Kilonun Tanımı

Obezite vücuttaki yağ miktarının artmasına bağlı kilo artışıdır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından "sağlığı bozabilen aşırı yağ birikimi" olarak tanımlanır. Obeziteyi tanımlamak için sadece vücut ağırlığını ölçmek yeterli olmaz; ağırlığın boy uzunluğuna göre değerini ifade eden vücut kitle indeksi (VKİ) hesaplanmalıdır. VKİ "ağırlık/boyxboy" formülü ile hesaplanır ve kg/m² olarak ifade edilir. Erişkinlerde fazla kilo (> 25 kg/m²) ve obezite (> 30 kg/m²) için sabit rakamlar kullanılırken çocuklarda persantil değerlendirilir. 2 yaş üzeri çocuklarda VKİ persantiline göre ağırlık sınıflaması:

VKİ persantili	Standart sapma (SS)	Tanım
<5 p	<-1,64	Zayıf
5-84 p	-1,64-1,44	Normal
85-94 p 1,44-1,64		Fazla kilolu
≥95 p	≥1,64	Obez
≥%120x95 p	(veya ≥ 35 kg/m ²)	Aşırı Obez

Bu sınıflamaya göre 2 yaşından büyük bir çocuğun VKİ, 85 persantil üzerinde ise fazla kilolu, 95 persantil üzerinde ise obez, 95. persantile denk gelen değerin %20 daha üzerinde ise aşırı-ciddi obez ve %40 daha üzerinde ise morbid obez olarak tanımlanır.

2 yaşından küçük çocuklarda VKİ yerine boya göre ağırlık (BGA) persantili kullanılması önerilir. Bunun için DSÖ tarafından hazırlanan BGA çizelgeleri kullanılabilir. Eğer bir süt çocuğunun BGA persantili ≥97,7 (veya ≥+2 SS) ise obezitesi vardır. **Öte yandan** BGA boy yaşına uyan ideal ağırlık olarak ta hesaplanabilir. Mevcut ağırlık/ideal ağırlık (BGA) oranı %90-110 arasında olması normaldir. Bu oran %110 üzerinde ise fazla kilo ve %120 **üzerinde** ise obezite vardır.

Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği (ÇEDD) tarafından pediatrist ve çocuk endokrinolojisi hekimlerinin kullanımına yönelik olarak geliştirilmiş olan ÇEDD-çözüm (child metrics) programı ağırlık, boy ve VKİ persantil ve SS skorlarının hızlı şekilde hesaplanması için kolay bir çözüm sunmaktadır. Bu programa <http://www.ceddcozum.com> adresinden ulaşılabilir.

Obezite Nedenleri

1) Basit (eksojen) obezite: Çocukların %95'inden fazlasında obezite yaşam tarzından kaynaklanır ve alınan kalori ile harcanan kalori arasındaki enerji dengesizliği nedeniyle oluşur.

2) Sekonder (endojen) obezite: Endokrin ve genetik bozukluklardan kaynaklanan obezite grubudur. Endokrin nedenler arasında hipotiroidizm, büyüme hormonu eksikliği, Cushing sendromu, hiperinsülinizm ve hipotalamik obezite yer alır. İştahı azaltan ve enerji sarfiyatını artıran nöroendokrin yolakta yer alan ve insanlarda obeziteye neden olduğu kanıtlanan genetik defektler monogenik obezite olarak adlandırılır. Bu grup leptin, proopiomelanokortin (POMC) ve prohormon konvertaz 1 (PC1) eksikliği ile leptin ve melanokortin 4 reseptör (MC4R) direncini içerir. Ayrıca gelişimsel gerilik ve dismorfik özelliklerin eşlik ettiği sendromik obezite grubunda Prader-Willi sendromu, Albright herediter Osteodistrofisi (psödohipoparatiroidi) ve Bardet-Biedl sendromu gibi diğer genetik hastalıklar yer alır.

Olgu Örnekleri

Olgu 1: Dört aylık kız bebek hızlı kilo alma nedeniyle getirildi. Doğum ağırlığı 3800 g ve sadece anne sütü alıyor. Anne her ağladığında (günde >15-20 kez) emziriyor. Ek yakınması yok. Anne obez (VKİ: 35,7 kg/m²) ve anne tarafı genelde şişman. **Ağırlık 8,8 kg (> 97 p), boy 65,4 cm (90 p),** baş çevresi 43,5 cm (75-90 p), boy yaşı 5 ay, ideal ağırlık 7,0 kg, BGA (8,8/7,0) %125, VKİ: 20,6 kg/m² (>95 p) ve **nöromotor gelişimi** yaşı ile uyumlu. Obezite dışında dikkat çeken bulgu yok. Glukoz 88 mg/dL, insülin 6,5 µU/mL, ST4 1,4 ng/dL (0,97-1,67), TSH: 3,2 µU/mL (0,6-4,84), ACTH 20,5 pg/ml (0-46), kortizol 8,3 µg/dL (6,6-19,4), leptin 3,6 ng/ml (0,5-7,9). Hemogram ve kan biyokimyası normal.

Olgu 2: Sekiz aylık kız bebek aşırı şişmanlama yakınmasıyla getirildi. Hastanın 3-4 aylıktan itibaren yanaklarında kıllanma olduğunu ve aşırı şişmanladığını fark etmişler. Ağırlık 7,4 kg (%10-25), boy 58 cm (<%3), boy yaşı 2,5 ay, ideal ağırlık 5,3 kg, BGA (7,4/5,3) %139, VKİ: 22,0 kg/m² (>%95), kemik yaşı 3 ay ile uyumlu. Aydede yüzü görünümü, alın, yanaklar, ense ve sırt bölgesinde kıllanma var. ACTH < 5 pg/mL, kortizol: 1,4 µg/dL. Öykü derinleştirildiğinde 3 aylıktan beri pişik için steroid krem (%0.05 klobetazol propiyonat) toplam 4 tüp kullanıldığı öğrenildi.

Olgu 3: On üç aylık erkek bebek aşırı kilo alması nedeniyle getirildi. Akraba evliliği, anne baba kuzen. Doğum ağırlığı 3600 gr ve kilo alımı doğumundan beri mevcut. Anne sütü almaya devam ediyor, 6. ayda ek gıdaya geçilmiş. Aşırı iştahlı, sürekli yemek istiyor. Gelişimi normal. Ağırlık 25,1 kg (>99.9 p, +7.44 SDS), boy: 77 cm (50. p, -0 SDS), VKİ 42.3 kg/m² (>99.9 p, +8.52 SDS), baş çevresi 50 cm (96 p). Glukoz 80 mg/dL, sT4:1,56 ng/dL, TSH:1,24 µU/mL, ACTH: 23 pg/ml (0-46), kortizol 18.1 µg/dL ve leptin 0.55 ng/ml (2.5-42.1).

Olgu 4: On beş yaş erkek hasta obezite nedeni ile başvurdu. Doğum ağırlığı 2800 g, bebekliğinde büyümesi iyi değilmiş, çok güçsüzmüş, geç yürümüş ve konuşmuş. Mental gelişme geriliği var ve özel eğitim alıyor. 1-2 yaşından itibaren aşırı kilo almaya başlamış. **Çok iştahlı, her şeyi iştahla tüketiyor. İki yıl önce tek taraflı orşiopeksi operasyonu olmuş.** Akraba evliliği ve ailede obezite **öyküsü yok.** Ağırlık 138,8 kg (+4,47 SDS), boy 160,4 cm (-1,67 SDS), VKİ 53,9 (4,23 SDS), bel çevresi 160 cm (6,41 SDS), TA: 110/70, mental gerilik, akantosiz nigrikans, mikropenis, küçük el ve ayaklar mevcut. Açlık glukoz 96 mg/dL, insülin: 20,6 µU/mL, HOMA-IR: 4,8, HbA1c: %5,5, AST 21,5 U/L, ALT:16,8 U/L, trigliserid 204 mg/dL, HDL 59 mg/dL, LDL 110,5 mg/dL.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Olgu 5: On altı yaşında kız şişmanlık ve kan şekeri yüksekliği nedeniyle başvurdu. Doğum ağırlığı 4600 g ve doğumdan hemen sonra kilo almaya başlamış. Bebekliğinden beri iştahı çok fazla, **büyük porsiyonlarda basit şekerler içeren yiyecekleri çok tüketiyor**. Genel olarak hareketsiz, spor yapmıyor, TV izlemeyi seviyor. Son 3 aydır çok su içme-çok idrara çıkma yakınmaları var. Anne ve iki kardeşi obez, annenin babası, amcası ve kuzenlerinde tip 2 diyabet var. Ağırlık 96 kg (>99.9 p, +4.25 SDS), boy 152 cm (4.p, -1.78 SDS), VKİ 42,1 (>99.9 p, +4.07 SDS), bel çevresi 110 cm (>90 p), TA 180/110 mmHg, puberte evre 4, menarş yok, hepatomegali ve akantosis nigrikans mevcut. **Açlık glukoz 203 mg/dL**, insülin 20.5 **µU/mL**, HbA1c %13,6, idrar keton (-), AST 52 U/L, ALT 48 U/L, total kolesterol 211 mg/dL, trigliserid 206 mg/dL, LDL 132 mg/dL, HDL 38 mg/dL.

Obezitenin Ayırıcı Tanısı

Basit obezitesi olan çocuklarda boy kısalığı, büyüme geriliği ve kemik olgunlaşmasında gecikme olmaz. **Aşırı kalori alımına bağlı obezitesi olan çocuklarda büyüme normaldir ve boy uzunluğu** anne baba boyu ile belirlenen genetik boy potansiyeli ile uyumlu veya üzerindedir. **Eğer obeziteye** boy kısalığı ve/veya büyüme ve kemik yaşı geriliği eşlik ediyorsa hipotiroidizm, büyüme hormonu eksikliği ve Cushing sendromu gibi endokrin nedenler düşünülmelidir. Travma veya cerrahi sonrası oluşan santral sinir sistemi hasarı öyküsü hipotalamik obezite açısından değerlidir. Hipotalamik obezitede büyüme geriliği **gözlenmeyebilir**. **Hipoglisemi olması** hiperinsülinizm için önemli bir ipucudur.

Erken bebeklikte başlayan morbit obezite ve hiperfaji monogenik obezite açısından uyarıcıdır. Leptin eksikliği ve reseptör direncinde santral hipogonadizm ve hipotiroidizm eşlik edebilir; leptin düzeyi ilkinde düşük, ikincisinde yüksek ölçülür. POMC ve PC1 eksikliğinde santral adrenal yetmezlik eşlik eder. POMC eksikliği olan çocuklarda ayrıca kızıl saç önemli bir bulgudur. MC4R defekti eksojen obeziteyi taklit edebilir; çocuklar şişman, normal-uzun boylu ve aşırı iştahlıdır. Morbid obezitesi olan çocukların %5-8 kadarında MC4R defekti saptanabilir, dolayısıyla en sık monogenik nedendir.

Obeziteye gelişimsel gerilik ve/veya dismorfik bulgular eşlik ediyorsa öncelikle sendromik nedenler akla gelmelidir. Prader-Willi sendromunda ana özellikler infantil hipotoni ve yetersiz büyüme, sonrasında aşırı kilo alımı, kısa boy, mental gerilik, hipogonadizm, **küçük** el ve ayakları içerir. Bardet-Biedl sendromunda polidaktili, mental gerilik, retinal distrofi, pigmenter retinopati, hipogonadizm ve renal anomali vardır. Alström sendromu, Bardet-Biedl'i andırır ancak polidaktili yoktur, mental gelişim normaldir ve karaciğer disfonksiyonu eşlik eder. Albright herediter osteodistrofisinde kısa boy, mental gerilik, yuvarlak yüz, kısa parmaklar ve psödohipoparatiroidizm bulunur.

Obezitenin İncelenmesi

Fizik inceleme ve antropometrik değerlendirme sonrası çocuğa eksojen obezite tanısı konuyorsa, yani genetik potansiyeline göre boy kısalığı ve büyüme geriliği yoksa endokrin değerlendirme gereksizdir. Obez çocuklarda hafif TSH yüksekliği gelişebileceği bilinmeli ve gereksiz tedaviler başlanmamalıdır. Ancak VKİ ≥85 p olan çocuklarda obezitenin yol açabildiği sorunlar açısından inceleme yapılmalıdır. Rutin inceleme açlık glukoz, lipid paneli ve ALT/AST ölçümünü içerir. Ailede tip 2 diyabet öyküsü var ve hipertansiyon ve dislipidemi gibi metabolik sendrom bulguları eşlik ediyorsa HbA1c ölçümü ve oral glukoz tolerans testi (OGTT) uygulanabilir. Çocuklarda ilgili testlerin sonuçları şu şekilde yorumlanır:

<	Açlık glukoz	100-125 mg/dL Prediyabet	³ 126	Diyabet
<	OGGT 2. Saat	140-199 mg/dL Prediyabet	³ 200	Diyabet
<	HbA1c	5.7-6.4 % Prediyabet	³ 6.5	Diyabet
<	Semptom + rastgele glukoz		³ 200	Diyabet
<	ALT	> 25 U/L (erkekler) ve > 22 U/L (kızlar)		Hepatosteatoz
<	Trigliserid	³ 100 mg/dL (0-9 yaş) ve ³ 130 (³ 10 yaş)		Hipertrigliseridemi
<	HDL-kolesterol	< 45 mg/dL Sınırdan düşük < 40		Düşük HDL
<	Obezite + 2 özellik (hipertansiyon/pre-diyabet/dislipidemi)			Metabolik sendrom

Olguların Çözümü: 1. Olgu basit obezite, 2. Olgu iatrojenik Cushing sendromu, 3. Olgu leptin eksikliği, 4. Olgu Prader-Willi sendromu ve 5. Olgu metabolik sendrom (basit obezite, tip 2 diyabet, hipertansiyon, dislipidemi), steatohepatit ve polikistik over sendromu tanıları almıştır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



NEONATAL KOLESTAZ

Engin Tutar

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi

Giriş

Yenidoğan döneminde fizyolojik sarılık sıktır ve genellikle benign bir semptomdur, tipik olarak ilk 2 hafta içinde düzelir. Ancak konjuge hiperbilirübinemi ile bulgu veren neonatal kolestaz hiçbir zaman benign olmayıp altta yatan ciddi bir durumun göstergesidir. Kolestatik sarılık; "safranin hepatosit içinde yapımının veya kanaliküllere transportunun gerçekleşmemesi veya intra/ekstra hepatik safra yollarındaki mekanik bir tıkanıklık nedeniyle safra akımının engellemesi sonucunda, safra bileşenleri (safra asidi, bilirubin, kolesterol gibi)'nin karaciğer, kan ve karaciğer dışı dokularda birikmesi" olarak tanımlanır.

Term bebeklerde 2 haftadan, prematürelerde ise 3 haftadan daha uzun süren sarılık uzamış sarılık olarak nitelendirilmektedir. İki haftalık bir yenidoğanda sarılık sıklığı %2.4-%15 olarak bildirilmekte olup bunun büyük kısmı uzamış anne sütü sarılığı ile ilişkilidir. Uzamış sarılık olgularının 1/60-1/375'i kolestatik nedenlidir. Uzamış sarılık etyolojisinde kolestatik sarılık insidensi düşük olsa da, neonatal kolestaz acil tanı ve tedaviyi gerektirdiğinden, mutlaka direkt ve indirekt hiperbilirübinemi ayırımını zorunlu kılmaktadır. Birçok patolojik durum neonatal kolestaza neden olmakta ve medikal veya acil cerrahi tedaviyi gerektirmektedir. Neonatal kolestaza neden olan etyolojik faktörün özgün bir tedavisi olmasa bile, erken medikal tedavi ve beslenmenin optimizasyonu ile komplikasyonlar önlenabilir.

Neonatal kolestaz sıklığı 2500 canlı term yenidoğanda 1'dir. Genellikle serum konjuge (veya direkt) bilirubin ve safra asidi düzeylerindeki artışın saptanması ile kolestaz durumu açığa çıkarılır. Kolestaz ve konjuge hiperbilirübinemi eşdeğer olmamakla birlikte, kolestaz durumunda normal safra asidi akımı ve safra içine konjuge bilirubin ekskresyonu birlikte bozulmuş olduğundan, konjuge hiperbilirübinemi kolestazın pratik klinik bir göstergesidir. Total bilirubin ≤ 5 mg/dL olduğunda direkt bilirubin > 1 mg/dL olması ve total bilirubin > 5 mg/dL olduğunda direkt bilirubin totalin %20'sinden fazla olması konjuge hiperbilirübinemi olarak tanımlanmaktadır ancak Kuzey Amerika Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (NASPGHAN) ve Avrupa Pediatrik Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Derneği (ESPGHAN)'nin 2017 yılında yayınlanan ortak kılavuzunda "total bilirubin değeri yüksek olduğunda, total bilirubin düzeyinden bağımsız olarak direkt/konjuge bilirubin değerinin > 1.0 mg/dL olması" şeklinde yeni bir tanımlama getirilmiştir.

Kolestatik sarılığın yaşamın ilk aylarındaki en sık nedeni biliyer atrezi (BA)'dir ve olguların %25-%40'ından sorumludur, nadir genetik hastalıklar ise %25 kadarını oluşturmaktadır.

Neonatal Kolestazlı Hastaya Yaklaşım

Neonatal kolestaz erken tanı ve terapötik yaklaşımı gerektirir. Etiyolojik faktörlerden sepsis ve galaktozemi erken tanı ile tedavi edilebilir, tirozineminin medikal tedavisi ile karaciğer nakli gerekliliği önlenir, biliyer atrezi erken dönem (< 60 gün) cerrahi girişim (hepatopartoenterostomi) ile biliyer akım sağlanabilir. Bu nedenle neonatal kolestazlı hastanın değerlendirilmesi ve etyolojiye yönelik yaklaşımda, erken spesifik tedavinin mümkün ve gerekli olduğu patolojilerin öncelikle tanımlanmasına dönük basamaklı (adım adım) araştırma stratejisi uygundur. Yine etyolojide yer alan hastalıkların sıklığı da araştırmanın yönlendirilmesinde önemlidir. Neonatal kolestazlı olguların ortalama 1/3'ünde biliyer atrezi söz konusudur. Enfeksiyonlar %15, alfa-1 antitripsin (AAT) eksikliği %10, Alagille sendromu %5, progressif familial intrahepatik kolestaz (PFIC) sendromları %5, diğer nadir doğumsal metabolizma bozuklukları %3, kromozomal anomaliler %2, kistik fibroz ve endokrin bozuklukların da dahil olduğu diğer nedenler %1, idiyopatik neonatal kolestaz ise %30 sıklıkta bildirilmiştir.

Öykü

Ayrıntılı prenatal, natal ve postnatal öykü önemlidir. İntrauterin enfeksiyonlar ve asfiksi hakkında veri sağlanabilir, gecikmiş mekoryum pasajı kistik fibroza işaret edebilir. Prematüre doğum öyküsü, parenteral beslenme ve süresi etyoloji konusunda fikir verebilir. Anne-baba arasında akrabalık durumu, annenin önceki ve son hamilelik öyküsü (düşük, ölü doğum, hamilelikte kaşıntı, karaciğer disfonksiyonu, enfeksiyon geçirme, ilaç kullanımı) ayrıntılı sorgulanmalıdır. Sarılığa yönelik olarak da ne zaman başladığı, dışkı rengindeki değişikliklerin zamanı, koyu renkli idrar olup olmadığı öğrenilmelidir.

Fizik Muayene

Fizik muayene sadece batına (hepatomegali, splenomegali, asit, kollateral dolaşım) odaklanmamalı, karaciğer dışı bulgular (dismorfik özellikler, büyüme geriliği, dermatolojik, kardiyak, nörolojik ve pulmoner semptomlar gibi) dikkatle değerlendirilmelidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Sert ve sol lobta belirgin büyüme olan hepatomegali biliyer atreziye, erken dönemde (2-4 hafta arası) splenomegali depo hastalığına, kardiyak murmur sendromik biliyer atrezi veya Alagille sendromuna, büyük-yumuşak karaciğer ve asit varlığı sağ kalp yetersizliğine, hipoplastik erkek genital organlar panhipopütiatarizme işaret edebilir.

Açık renkli veya akolik nitelik açısından dışkı ve koyu renkli idrar açısından idrar da direk olarak doktor tarafından incelenmelidir.

Laboratuvar Tetkikleri

Yenidoğan ve erken bebeklik döneminde konjuge hiperbilirübinemi, neonatal kolestazın güvenilir bir göstergesidir. Konjuge hiperbilirübinemi saptandığında AST, ALT, ALP, GGT, total protein ve albumin, protrombin zamanı ve INR, glukoz bakılmalıdır. GGT kolestatik hastalıklarda yüksek olmakla beraber PFIC Tip 1 ve Tip 2, safra asidi sentez defektleri, tight-junction protein (TJP) Tip 2 eksikliği durumlarında normal veya düşüktür.

Bakteriyel enfeksiyon açısından kan, idrar ve diğer sıvı kültürleri alınmalıdır. Doğum sonrası alınmış olan yenidoğan tarama testleri sorgulanmalı ve incelenmelidir (metabolik hastalıklar, hipotiroidi, kistik fibroz açısından).

Yenidoğan tarama testleri içinde yoksa tiroid fonksiyon testleri bakılmalı, kortizol, serum safra asitleri ve AAT düzeyleri ile AAT fenotipi belirlenmeli, galaktozemi açısından idrarda indirgen madde test edilmelidir.

Acil açlık ultrasonografisi ile anatomik anomali gözlenmemiş ise, diğer ayrıntılı kan tetkikleri yapılmalıdır.

- Metabolik: Serum amonyak, laktat, kolesterol, eritrosit galaktoz-1-fosfat üredil transferaz, idrar organik asitleri ve idrarda süksinil aseton.

- Enfeksiyöz hastalık: CMV, HSV, listeria PCR tetkikleri

- Genetik: Genetik panel veya ekzom dizileme

- Ter testi veya CFTR genetik analizi

Tanısal Görüntüleme

Açlık ultrasonografisi safra yollarının görülebilir obstrüktif lezyonlarının değerlendirilmesinde, koledokal kistin tanınmasında ve ilerlemiş karaciğer hastalığı bulgularının veya vasküler ve/veya splenik anormalliklerin ortaya konmasında basit ve noninvasiv bir görüntüleme yöntemidir. "Tringular cord sign", anormal safra kesesi morfolojisi, beslenme sonrası safra kesesinde kontraksiyon olmaması, koledokun görülememesi, tanısal olmamakla birlikte biliyer atreziye işaret edebilir.

Hepatobiliyer sintigrafi safra yolları bütünlüğünün ortaya konmasında sıklıkla kullanılmış olan bir yöntemdir ancak düşük özgünlüğü (%68.5-%72.2) tanısal değerini kısıtlamaktadır. Ayrıca test öncesi 3-5 gün süreyle fenobarbital kullanımı gerekliliği, tanısal yaklaşımda gecikmeye yol açtığından, tanısal algoritmada kullanılabilirliğini azaltmıştır.

Manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP)'nin biliyer atrezi tanısındaki yeri, geniş serili yenidoğan ve bebeklerde araştırılmış, duyarlılığı %36, özgünlüğü %99 olarak bildirilmiştir.

Endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP), biliyer atrezi tanısında yüksek duyarlılık (%86-%100) ve özgünlüğe (%87-%94) sahiptir, ancak özel teknik ekipman, genel anestezi ve deneyimli endoskopist gerektirdiğinden, pratikte kullanımı çok sınırlıdır.

Karaciğer Biyopsisi - Histopatoloji

Neonatal kolestaz etyolojik araştırmasında karaciğer biyopsisi en kesin tanısal yöntemdir. Deneyimli bir patolog tarafından %90-95 olasılıkla biliyer atrezi tanısı öngörülebilir. Biliyer atrezi histopatolojik bulguları; safra kanalı proliferasyonu, portal trakt safya kanallarında safra tıkaçları, portal trakt ödemi ve fibrozudur. Biliyer atrezi dışında başka diğer spesifik patolojilerin de tanısı mümkün olabilir (AAT eksikliği, bazı metabolik karaciğer hastalıkları, Alagille sendromu, neonatal sklerozan kolanjit ve viral enfeksiyonlar gibi). Belirgin dev hücre formasyonu, lobuler düzensizlik, portal alanlarda inflamatuvar hücreler ve safra duktullerinde değişiklik olmaması idyopatik neonatal hepatitiste görülen histolojik bulgulardır.

İntraoperatif Kolanjiogram

İntraoperatif kolanjiogram, tipik olarak karaciğer biyopsisinde biliyer obstrüksiyon bulgularının olması veya klinik bulguların yeterli biçimde biliyer atreziyi düşündürmesi sonucunda yapılır. İntraoperatif kolanjiogram ile biliyer atrezi tanısı doğrulanırsa, işlem hepatoportoenterostomi (Kasai operasyonu) ile tamamlanır.

Hipoplastik safra yolları, Alagille sendromu, kistik fibroz gibi patolojilerin varlığında, intraoperatif kolanjiogram ile yanlış pozitiflik 8%20 kadar olabileceği unutulmamalı ve işlem öncesinde bu patolojilere yönelik ayırıcı testler yapılmış olmalıdır.

Kolestatik Sarılığın Medikal Tedavisi

Safra akımının bozulması ile ilgili komplikasyonlar şu şekilde özetlenebilir:

- Safra asitleri, bilirübin ve kolesterol retansiyonu, kaşıntı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



- b) Yağ ve yağda eriyen vitaminlerin (ADEK) malabsorbsiyonu
- c) Portal hipertansiyon ve karaciğer yetersizliğine yol açan progressif hepatoselüler hasar

Ursodeoksikolik asit (UDCA)'in birçok kolestaz formlarında etkili olduğu bulunmuştur. Dozu 20-30 mg/kg/gün'dür ve üç doza bölünmüş şekilde uygulanır. Kaşıntı varlığında UDCA'ya ek olarak rifampisin 10 mg/kg/gün olarak verilebilir. Yine kaşıntıda ve hiperkolesterolemide kolestiramin kullanılabilir.

Kolestazlı bebeklerde artmış enerji tüketimi ve steatore ile yağ kaybı söz konusudur. Bu nedenle artmış kalori gereksinimi (normalin %125-%150'si) vardır. Orta zincirli trigliserit (MCT)'ler ince bağırsaktan doğrudan emildiklerinden, enerji açığının karşılanmasında yararlıdırlar ve kullanılacaksa MCT içeren mamaların kullanımı tercih edilmelidir.

A,D,E,K vitaminleri günlük gereksinimin 2-4 katı olarak replase edilmelidir. Sarılığın düzelmesinde sonraki 3 ay süresince ADEK vitaminleri desteğine devam edilmelidir.





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



AKUT KARACİĞER YETERSİZLİĞİ

Özlem Durmaz Uğurcan
İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi

Pediatric uzmanlarının karşılaşılabileceği, gözden kaçırılmaması ve zamanında doğru planlamaların yapılması gereken klinik sorunların en önemlilerinden biri akut karaciğer yetersizliğidir. Her pediatrist karşılaştığı akut hepatitli bir hastanın akut karaciğer yetersizlik yönünden risk altında olabileceğini akılda tutarak uyarıcı bulgular yönünden hastayı izlemeli ve aileyi bilgilendirmelidir. Bunun mümkün olabilmesi için de akut hepatiti zaman kaybetmeden tanıyıp doğal seyrini ve yetersizlik yönünden uyarıcı bulguları bilmelidir.

Akut hepatitin (AH) klasik bulguları olan sararma, halsizlik, karın ağrısı, bulantı, kusma ve idrar renginde koyulaşma her zaman bir arada bulunmayabileceğinden bu yakınmalardan herhangi biriyle getirilen her çocuğun ayrıntılı tanısında akut hepatit akla gelmelidir. Fizik muayenede ağırlı hepatomegali bulunması tanıyı kolaylaştırırken her zaman görülen bir bulgu olmadığından saptanmaması AH tanısından uzaklaştırmamalıdır. Öyküde kronik karaciğer hastalığı ya da kolestaz gibi önceden karaciğer fonksiyon bozukluğuna yol açan bir durum tanımlanması ya da palmar eritem, çomak parmak, vasküler örümcek ya da asit gibi kronik hepatit ya da sirozu düşündürecek bulgular varsa hastada akut hepatit tablosu gelişmiş olsa bile bu kronik hastalığın akut alevlenmesi olabileceği gibi sirozlu bir hastada herhangi bir akut hepatit etkeni tabloyu karmaşık hale getirmiş de olabilir.

Biyokimyasal olarak hepatoselüler enzimler olan ALT (alanin aminotransferaz) ve AST (aspartat aminotransferaz) düzeylerinin laboratuvar normal değerinin üst sınırının en az 10 katı kadar artmış olması akut hepatit tanısını koydurtur. Bilirubin düzeylerinin ne kadar yüksek olduğu akut hepatit tanısını koymada yol göstermez ancak hemen her zaman direkt bilirubin artışının eşlik ettiği hiperbilirubinemi görülür. Akut hepatit tanısı alan her çocuk bir yandan etiyolojik açıdan değerlendirilirken bir yandan da karaciğer yetersizliği yönünden izleme alınmalıdır.

Akut hepatitin etiyolojisinin ortaya konması hastalığın klinik seyri yönünden de önemli ipuçları verir. Sözelgeşi akut hepatit A geçiren bir çocukta hastalığın yetersizliğe ilerleme riski daha düşükken, toksik nedenlere bağlı akut hepatitler hem yetersizlik yönünden daha büyük risk taşır hem de yetersizlik geliştiğinde karaciğer nakli yapılmaksızın sağkalım olasılığı daha düşüktür. Klinikte akut hepatitli bir çocuk komplikasyonsuz iyileşecekse genellikle en geç 2. Haftada ALT, AST düzeyleri düşüşe geçer. İlk tanı konduğu andaki ALT, AST düzeylerinin yüksekliği ya da sarılık olup olmaması yetersizlik yönünden yol gösterici olmasa da birkaç gün arayla bakılan ardışık ölçümlerde enzimlerin hızlı artışının devam etmesi, bilirubin düzeylerinin 20 mg/dL'nin üzerine çıkması, başlangıçta ağırlı büyümüş olan karaciğer boyutlarının hızla küçülmesi, gastrointestinal intolerans belirtilerinin uzayarak devam etmesi ve davranış değişiklikleri karaciğer yetersizliği gelişebileceği konusunda ipuçlarıdır.

Günümüzde çocukluk çağında akut karaciğer yetersizliği tanı kriterleri erişkinlerden farklı olup şu şekilde özetlenebilir;

- 1) Daha önceden bilinen bir karaciğer hastalığı ya da kronik karaciğer hastalığı bulguları olmayan bir çocukta
- 2) Klinik ve biyokimyasal olarak akut hepatit tanısı konduktan sonra
- 3) Karaciğerin sentetik işlevlerinin bozulduğunun erken belirtilerinin saptanması:
 - a) Bilinci açık, ansefalopati bulgusu saptanmayan çocukta ölçülen INR değerinin 2'nin üzerinde bulunup TDP verilmeksizin sadece parenteral K vit uygulanmasından 4 saat sonra düzelme olmaması
 - b) Ansefalopati bulgusu olan hastada ölçülen INR değerinin 1.5'un üzerinde bulunup TDP verilmeksizin sadece parenteral K vit uygulanmasından 4 saat sonra düzelme olmaması.

INR'si uzamış bulunan çocuklarda, parenteral K vitaminine yanıtı değerlendirmek amacıyla çocuğun yaşına göre 2, 5 ya da 10 mg K vitamini ampül IV ya da IM yapılabilir. Bu kriterlere göre akut karaciğer yetersizliği düşünülen her hasta bir transplant merkezinde çalışan bir çocuk gastroenteroloğu ile doğrudan temasa geçilerek pediatrik yoğun bakım koşullarının da sağlanabileceği bir sağlık kurumuna yönlendirilmelidir. Akut karaciğer yetersizliği tanısı konması ile hastanın hepatik komaya girmesi arasında çok kısa bir süre geçebilir ve hastanın yetersizlik tablosu bu aşamaya ilerlemeden pediatrik yoğun bakım ve pediatrik karaciğer nakli merkezine güvenli bir şekilde ulaştırılması yaşam kurtarıcı olabilir.

ÖNERİLEN KAYNAKLAR

1. Bitar R, Thwaites R, Davison S, Rajwal S, and Patricia McClean P. Liver Failure in Early Infancy: Aetiology, Presentation, and Outcome. *J Pediatr Gastroenterol* 2017; 64: 70-5.
2. Jain V, Dhawan A. Prognostic Modeling in Pediatric Acute Liver Failure. *Liver Transplant* 2016; 22: 1418-1430.
3. Seak Hee Oh, Kyung Mo Kim, yDae Yeon Kim, Young Kim, Seung Min Song, Yeoun Joo Lee ve ark. Improved Outcomes in Liver Transplantation in Children With Acute Liver Failure. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014; 58: 68-73.
4. Vicky L. Ng, yRuoshua Li, zŞKathleen M. Loomes, jJôMike A. Leonis, #David A. Rudnick, Steven H. Belle, ve ark. Outcomes of Children With and Without Hepatic Encephalopathy From the Pediatric Acute Liver Failure Study Group. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2016; 63: 357-364.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



YENİDOĞAN DÖNEMİNDE OKSİJEN KULLANIMI-OLMAZSA OLMAZ

Ahmet Yağmur Baş

Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Oksijen, tüm canlı organizmaların yaşaması için gerekli olan, kokusuz ve renksiz, atmosferik bir gazdır. Metabolik **yük mitokondrilerde aerobik metabolizma ile elde edilen enerji ile karşılanır**. Anaerobik metabolizmaya kaydıncında; PH azalır, laktik asit artar ve denge bozulur. 1 mol oksijen atomu yaklaşık 16 gram olup, bir oksijen atomunda 8 elektron bulunur.

İnsanların yaşaması için bir «gaz»ın gerekli olduğu, ilk kez antik Yunan zamanında, günümüzden 2000 yıl önce fark edilmiştir. Ancak bu gazın izolasyonu 8. yüzyılda Joseph Priestley tarafından yapılmış, solunum fizyolojisindeki önemi ise Antoine Lavoiser tarafından tanımlanmıştır. Daha sonraki zamanlarda ise, eksikliğinin neden olduğu problemler ve birçok medikal durumda tedavi edici bir gaz olarak kullanımı keşfedilmiştir. Oksijen günümüzde hipoksemi ve hipoksik durumlarla karakterize birçok hastalıkta önemli bir ilaç olarak kullanılmaktadır.

Oksijen tedavisinde amaç metabolik ihtiyacların karşılanması için yeterli oksijenin sağlanmasıdır. Hipoksi ve hiperoksiden kaçınmak önemlidir. Alveollerden pasif yolla pulmoner yatağa geçen oksijenin hemoglobine bağlanması veya plazmada çözünmesi ile oksijenizasyon sağlanır. Arteriyel oksijen içeriği hemoglobine bağlı oksijen ve plazmada eriyik halde bulunan oksijenin toplamıdır. Hipoksi-anoksi, **vücudun bir veya daha fazla dokusunda (kanda olursa hipoksemi veya anoksemi olarak adlandırılır) parsiyel veya tam oksijen yetersizliğidir.**

Hüresel düzeyde hipoksinin farklı etki mekanizmaları bulunur. Adenozin 3'-trifosfatın (ATP) üretim eksikliğine bağlı olarak hücre içi asidoz, metabolik artıklar-serbest oksijen radikalleri, membran fosfolipidlerinin **yıkımı** artar. Hücre içi kalsiyum artışı ve apoptoz gelişir. **İnflamatuvar süreci de tetikler**, nötrofilik infiltrasyon ve bunların salgıladığı sitokin ve serbest oksijen radikalleri hücre yıkımına neden olur. Sonuçta mikrosirkülasyon bozukluğu ve iskemi gelişir.

Hipoksi ve iskemi arasında birbirini tetikleyen bir bağlantı vardır. Hipoksi sonucu kardiyovasküler fonksiyonlarda bozulma ve hipotansiyon ve buna bağlı iskemi gelişir, gelişen iskemi hipoksiyi daha da artırır ve metabolik asidoz derinleşir.

Oksijenin monitorizasyonunda invaziv ve invaziv olmayan yöntemler kullanılmaktadır. **İnvaziv** olmayan yöntemler: Klinik değerlendirme (cilt rengi, cilt ısı, kapiller geridolum zamanı, kan basıncı, kalp hızı, idrar çıkışı, vb.), nabız oksimetresi, transkutan gaz değişimi monitorizasyonu, near-infrared spektroskopisi (NIRS), sublingual kapnografi, doppler flowmetridir. **İnvaziv yöntemler ise** arteriyel kan gazı, miks venöz oksijen saturasyonu, kan laktat **düzeyi ve** gastrik tonometridir.

Nabız oksimetresi (Pulse oksimetresi), yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde rutin monitorizasyonun bir parçasıdır. Arteriyel kanda hemoglobin oksijen saturasyonunu (SpO_2) non-invaziv olarak ölçen bir monitörizasyon **yöntemidir. çalışma prensibi**, oksijenize ve redükte hemoglobinin kıvı (660 nm) ve kıvılötesi (960 nm) ışıkları farklı miktarda absorbe etme prensibine dayanır. Oksihemoglobin daha fazla kıvılötesi **ışık** absorbe eder, deoksihemoglobin daha çok kıvı ışık absorbe eder. **Kıvı ışığın, kıvılötesi ışık oranı belirlenerek** oksihemoglobin saturasyonu bir mikroişlemci aracılığıyla hesaplanır ve arteriyel oksijen hemoglobin saturasyonu (SpO_2) belirlenir.

Nabız oksimetrede elde edilen SpO_2 değeri arteriyel kanda kısmi oksijen basıncını (PaO_2) tam yansıtmaz. Kısmi oksijen basıncı ile hemoglobin saturasyonu arasında sigmoidal bir ilişki vardır. PaO_2 **düzeyleri** toksik seviyelere ulaşmış olmasına rağmen, SpO_2 **düzeyleri çok yüksek seviyelerde olmayabilir.**

Hipoksi durumu değerlendirilerek, gerekli oksijeni yardımsız sağlayamayacağı saptanırsa oksijen tedavisi uygulanır. Hastalarda sistemik kan basıncı, kalp hızı, arteriyel oksijen saturasyonu ve hemoglobin düzeyi, solunum güçlüğu ve siyanoz olup olmadığı değerlendirilir.

Siyanoz, oksijenden ayrılmış hemoglobin redükte hemoglobin olarak tanımlanır. Kapiller kanın her 100 ml'sinde redükte hemoglobin içeriğinin 3 gr'dan daha fazla olması durumunda siyanoz görülebilir.

Siyanoz yenidoğanlarda **sık görülen ve ayırıcı tanı spektrumu geniş olan bir klinik bulgudur.** Doğumdan sonraki ilk birkaç dakika birçok yenidoğan hafif siyanotik olabilir. Doğumdan 10-15 dakika sonra çoğu yenidoğanda bu bulgular kendiliğinden **düzelir.** Siyanoz devam ediyorsa dikkatli bir değerlendirme gerekir. Siyanoz preiferik ve santral olmak üzere ikiye ayrılır.

Hemoglobin konsantrasyonu, fetal hemoglobin düzeyi, deri pigmentasyonu, oksijen dissosiasyon **eğrisini etkileyen fizyolojik durumlar** siyanoz saptanmasını etkileyen faktörlerdir. Polisitemide daha yüksek arteriyel O_2 saturasyonlarında **görülür**, Ciddi anemide arteriyel O_2 saturasyonu belirgin olarak düşene kadar gözlenmeyebilir.

Siyanozun etiyolojisinde kardiyolojik, pulmoner, hava yolu problemleri, enfeksiyöz metabolik, hematolojik ve nörolojik nedenler rol oynayabilir. Solunum desteğinde ise invaziv olmayan (nazal) solunum desteği ve invaziv solunum desteği (mekanik ventilasyon) kullanılır.

Doğumhanede oksijen kullanımı; Bebeğin sağ bileğine takılacak nabız oksimetresi ile saturasyon ve kalp tepe atımı takip edilerek kullanılan oksijen titre edilebilir. **Çoğu çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebekte %21-30** oksijen kullanıldığında geçiş hedef saturasyonları sağlanır. Canlandırıcıda kullanılacak oksijen, karıştırıcı ile verilmelidir. $GY < 35$ hf, canlandırmanın başlangıcında oksijen-hava karıştırıcı $\%21-30$ arasında oksijen konsantrasyonuna ayarlanmalıdır (≥ 35 hf: $\%21$).

Solunum sıkıntısı olan bebeklerde positive end expiratory pressure (PEEP) (5-8 cmH₂O) ile erken nasal-CPAP uygulanması önerilir. Nazal CPAP uygulamaları için T-parcalı canlandırıcı kullanılarak, uygulanan O_2 karışımı ve PEEP dikkatle ayarlanmalıdır. Güncel kanıtlara göre prematüre bebeklerde hedef oksijen saturasyonunun $\%90-94$ aralığında olması önerilmektedir.

En güncel NeOPRoM (Neonatal Oxygenation Prospective Meta-analysis) meta-analizi, düşük hedef saturasyon ($\%85-89$) aralığında izlenen bebeklerde ölüm riskinin arttığını ancak 18-24. ay nörogelişimsel sonuçlarda yüksek hedef saturasyon ($\%91-95$) grubuna göre engellilik açısından fark olmadığını göstermiştir.

Ek olarak düşük hedef saturasyon grubunda oksidatif hasar ile ilişkili olabilecek BPD ve görme hasarı sıklığında bir azalma olmadığı aksine cerrahi gerektiren NEK ve ölüm sıklığında artış olduğu rapor edilmiştir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Türk Neonatoloji Derneği 2018 yılı *bronkopulmoner displazi korunma ve izlem rehberinde* ek oksijen gereksinimi olan prematüre bebeklerde hedef oksijen saturasyon aralığının %90-95 olması ve monitor alarm limitlerinin %89-95 olarak ayarlanması önerilmiştir. Sonuç olarak, oksijen uygun dozda kullanılması gereken bir ilaçtır.

Kaynaklar

1. Hypoxia-ischemia: neuropathology, pathogenesis, and management. In Martin, R.J., Fanaroff, A.A., Walsh, M.C. (Eds.): Fanaroff and Martin's Neonatal-Perinatal Medicine: Diseases of the Fetus and Infant, 10th ed. Philadelphia, Mosby, 2015
2. Türk Neonatoloji Derneği yenidoğanda **sıvı ve elektrolit dengesi rehberi, 2016**
3. Yenidoğan canlandırma programı (NRP), 2017
4. Türk Neonatoloji Derneği Respiratuvar distres sendromu ve surfaktan tedavi rehberi (2018)
5. Türk Neonatoloji Derneği bronkopulmoner displazi korunma ve izlem rehberi (2018)
6. Saugstad OD, Aune D. Optimal oxygenation of extremely low birth weight infants: A meta-analysis and systemic review of the oxygen saturation target studies. Neonatology 2014
7. Cochrane Database of Systematic Reviews 2017, Issue 4. Art. No: CD011190



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



YENİDOĞAN DÖNEMİNDE OKSİJEN KULLANIMI OLMASA DA OLUR

Canan Aygün

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Yenidoğan Ünitesi

Doğada yüksek enerjili elektronların son alıcısı Oksijen'dir. Vücudumuzda özellikle ksantin oksidaz, NADPH oksidaz, nitrik oksit sentetaz ve mitokondriyal oksidatif fosforilizasyon basamaklarında yüksek enerjili elektronlar ortaya çıkar. Normal bir fizyolojide aerobik metabolizma sonrasında kullanılan oksijenin yalnızca %2'si reaktif oksijen türevlerine (ROT) dönüşür. Genel olarak mitokondriyal solunum zincirinde, serbest demir ve Fenton reaksiyonunda, inflamasyon, hipoksi ve/veya iskemi, reperfüzyon, ve hiperoksi sürecinde ROT oluşur. Bu ürünler yakınlardaki protein, DNA, RNA ya da serbest yağ asitleriyle etkileşerek yapı ya da fonksiyonlarını bozarlar. Vücudumuzda en çok oluşan ROT süperoksit anyonudur. Hidrojen peroksit, hidroksil radikali ve nitrik oksit de diğer reaktif oksijen/nitrojen türevleridir. Vücudumuzda hiçbir maddenin gereksiz oluşmadığı gerçeği ROT için de geçerlidir. Reaktif oksijen türevleri vücutta açlık- tokluk dengesinin sağlanması, hücre ölümü, sinyal iletim yolları, gen ekspresyonu, proteinlerin hücre içine alınması /kırılması gibi kritik olaylarda gereklidir. Oksidatif stress, ROT oluşumuyla bunların ortadan kaldırılması arasındaki dengesizlik sonrasında gerçekleşir.

Oksijen Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde en sık kullanılan "ilaç" olmasına rağmen, bir ilaç gibi kabul edilmemekte ve sıklıkla kontrolsüzce kullanılmaktadır. Yeni çalışmalarda kısa süreli oksijen maruziyetinin bile uzun dönemde oksidatif stres belirleyicilerini arttırabileceğini ve uzun dönem etkileri olabileceğini göstermektedir. Bu da oksijeni kulalırken dikkatli olmamız gereken ilaçlar grubuna sokar.

Fetal yaşam hipoksik bir ortamda gerçekleşir. Doğum da göreceli olarak hipoksik bir olaydır. Doğum sonrasında bebek bir anda yoğun oksijenli bir dünyaya akciğerlerini açar. Özellikle antioksidan sistemleri henüz tam gelişmemiş olan prematürel oksijen kullanımına ve bunun yaratacağı oksidan strese karşı hassastır. 1976'da bronkopulmoner displazinin "babası" olan Northway %100 oksijen maruziyetinin yenidoğan akciğerinde BPD'ye neden olduğunu göstermiştir. Ola Sausgstad, surfaktan verilen bebeklerde tedavi sonrasında kanda hipoksantin düzeylerinin yükseldiğini ve bu yüksek düzeylerin artmış mortalite ve intrakranial kanama ile ilişkili olduğunu göstermiştir. Agusts Sola ve Maximo Vento da yaklaşık 30 yıldır gereğinden fazla kullanılan oksijenin özellikle uzun dönemde yaratabileceği hasarlar üzerinde birçok çalışmayı gerçekleştirmiştir. Bugün elimizde kısa süreli bile olsa yüksek konsantrasyonda O₂ maruziyetinin akciğer başta olmak üzere beyin, barsak ve böbrekler üzerinde olumsuz etkileri olduğunu gösteren bilgiler bulunmaktadır.

Term bebeklerde resüsitasyonda düşük konsantrasyonda O₂ kullanılması konusunda bilimsel görüş nettir. Yenidoğanın resüsitasyonunda %90-100 oksijen ile %30-60 oksijeni karşılaştıran randomize kontrollü çalışmalarda, yüksek konsantrasyonun daha fazla oksidatif stress ve daha fazla klinik komplikasyonla ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ancak, prematürelere resüsitasyon sırasında verilmesi gereken uygun O₂ konsantrasyonu konusu henüz net değildir.

Sonuç olarak hipoksik durumlarda doku oksijenlenmesini devam ettirmek amacıyla yüksek konsantrasyonda oksijen kullanılmakta; ancak bu "ilaç" dokularda hasarlanmaya neden olmaktadır. Oksijen paradoksu olarak tanımlanan bu durum nedeniyle güncel resüsitasyon ve yenidoğan yoğun bakım uygulamaları da oksijenin "kontrollü" kullanımını önermektedir. Eskilerin dediği oksijen için de geçerlidir: Azı karar, çoğu zarar.

KAYNAKLAR

1. Chou HC, Chen CM. Neonatal hyperoxia disrupts the intestinal barrier and impairs intestinal function in rats. *Exp Mol Pathol*. 2017;102:415-421.
2. Darlow BA, Morley CJ. Oxygen saturation targeting and bronchopulmonary dysplasia. *Clin Perinatol*. 2015;42:807-23.
3. Nakagawa M, Nishizaki N, Endo A ve ark. Impaired nephrogenesis in neonatal rats with oxygen-induced retinopathy. *Pediatr Int*. 2017;59:704-710.
4. Oei JL, Vento M, Rabi Y ve ark. Higher or lower oxygen for delivery room resuscitation of preterm infants below 28 completed weeks gestation: a meta-analysis. *Arch Dis Child FNE* 2017; 103: F24- F30.
5. Saugstad OD, Tubman JTR, Gløppstad K ve ark. Raised plasma hypoxanthine levels as a prognostic sign in preterm babies with respiratory distress syndrome treated with natural surfactant. *J Perinat Med* 1992; 20: 379- 385
6. Sengoku T, Murray KM, Wilson ME. Neonatal hyperoxia induces alterations in neurotrophin gene expression. *Int J Dev Neurosci*. 2016; 48: 31- 37.
7. Scheuer T, Sharkovska Y, Tarabykin V ve ark. Neonatal hyperoxia perturbs neuronal development in the cerebellum. *Mol Neurobiol*. 2017 May 25 doi: 10.1007/s12035-017-0612-5.
8. Torres-Cuevas I, Parra-Llorca A, Sánchez-Illana A, ve ark. Oxygen and oxidative stress in the perinatal period. *Redox Biol*. 2017;12:674-681
9. Torres-Cuevas I, Cernada M, Nuñez A. Oxygen supplementation to stabilize preterm Infants in the fetal to neonatal transition: No satisfactory answer. *Front Pediatr* 2016;4:29.
10. Torres-Cuevas I, Parra-Llorca A , I Sánchez-Illana A ve ark. Oxygen and oxidative stress in the perinatal period. *Redox Biology* 2017; 12: 674-681.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUKLUK ÇAĞINDA LENFADENOPATİ YÖNETİMİ

Dildar Bahar Genç

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Lenfadenopati, lenf bezi boyutu ve yapısının bozulduğu tüm durumlara verilen ortak addır ve çocuk sağlığı izleminde en sık karşılaşılan yakınmalarından biridir. Tanı konulması için olguların çoğunda ayrıntılı öykü ve muayene yeterlidir. Sıklıkla infeksiyon ve nonspesifik reaktif hiperplazi gibi selim durumlara bağlı lenfadenopati görülürken daha nadir olarak immünolojik, metabolik, neoplastik patolojiler sorumlu olabilir.

Lenf bezleri, lenfatik kanallar boyunca dizili, lenfosit ve antijen sunucu hücrelerden zengin, fibröz bir kapsülle çevrili organlardır. Vücudumuzda genelde 0.5-1 cm boyutlarında, periferde ve iç organlarda yerleşimli olan yaklaşık 600 adet lenf bezi vücut ağırlığının % 3'ünü oluşturur. Yenidoğanlarda lenf bezi genellikle palpe edilmez, zamanla antijenlerle tanışma sonucu lenf bezleri gelişmeye başlar. Erken çocukluk döneminde hızlı gelişim gösteren sistem 8-12 yaş arası maksimum kitlesine ulaşır, adölesan dönemden sonra ise küçülmeye başlar.

Bir lenf bezi, içinde bulunan intrinsik hücrelerin çoğalması (plazmosit, histiosit, lenfositler) ya da lenf bezinde ekstrinsik kaynaklı hücre çoğalması ya da madde birikimi (nötrofiller, malign hücreler, depo hastalıklar) yüeyebilir.

Lenfadenopati ayırıcı tanısında en önemli ipucu anamnezdır. Öyküde süre, eşlik eden bulgu ve belirtiler, son 4 hafta içinde geçirilen infeksiyonlar, seyahat öyküsü, hayvan teması, kalıtsal hastalıklar, tüberküloz, aşı uygulaması ve ilaç kullanımı mutlaka sorgulanmalıdır (Tablo 1). Genellikle ilacın kesilmesi lenfadenopatinin gerilemesi için yeterlidir.

Tablo 1 Lenfadenopati yapan ilaçlar

LENFADENOPATİ YAPAN İLAÇLAR	
Allopurinol	Penisilin
Atenolol	Fenitoin
Kaptopril	Primidon
Karbamazepin	Pirimetamin
Sefalosporinler	Kinidin
Altın	Sulfonamidler
Hidralazin	Sulindak

Tablo 2 Lenf bezlerinin anatomik yerleşimine göre drene edilen bölgeler

LENF BEZLERİNE GÖRE DRENE EDİLEN BÖLGELER	
Baş/Boyun	
Oksipital	Posterior bölge kafa derisi
Postauriküler	Temporal ve parietal bölge kafa derisi
Preauriküler	Anterior ve temporal bölge kafa derisi, anterior kulak yolu, pinna, konjonktiva
Parotid	Alın ve temporal bölge kafa derisi, yüz orta hattı, dış kulak yolu, orta kulak, dış etleri, parotis bezi
Submandibüler	Yanaklar, burun, dudak, dil, submandibüler bez, bukkal mukoza
Submental	Alt dudak, ağız tabanı
Yüzeyel servikal	Larenks alt bölge, alt kulak yolu, parotis bezi
Derin servikal	Tonsil, adenoid, posterior bölge kafa derisi, boyun, dil, larenks, tiroid, damak, burun, özafagus, paranasal sinüsler
Supraklaviküler	
Sağ taraf	Mediasten, akciğer
Sol taraf	Gastrointestinal sistem
Aksiller	Kol, meme, toraks, boyun
Epitrokleal	Dirseğin altındaki kol iç yüzü
Inguinal	Alt ekstremité, genitelya, kalça, umbilikus altı karın duvarı
Popliteal	Bacak



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Lenfadenopati değerlendirilirken tam sistemik muayene yapılmalı ve lenf bezinin drene ettiği bölgeler de dikkatli incelenmelidir (Tablo 2). Örneğin; saçlı deride bir enfeksiyon olması oksipital bölgede lenf bezlerini şişirebilir. Karaciğer ve dalak muayenesi ve ilgili lenf bezlerinin muayenesi unutulmamalıdır.

Eğer sadece bir lenf ve drenaj bölgesini ilgilendiren büyüme mevcutsa; örneğin ön servikal bölgede 3 adet lenfadenopati, bu durum lokalize lenfadenopati olarak adlandırılır. Komşu olmayan iki veya daha fazla lenf düğümü bölgesinde büyüme generalize lenfadenopati olarak adlandırılır. Örneğin; ön servikal bölgede 2 adet ve sol aksillada bir adet lenfadenopati.

Lenfadenopati varlığında ayırıcı yapabilmek için aşağıdaki sorular yanıtlanmalıdır:

1. Hastanın yaşı: Erken çocukluk döneminde sürekli olarak ele gelen mobil ve küçük servikal, aksiller ve inguinal lenf bezlerine çok sık rastlanır. Doğumla ya da çok erken yaşta başlayan lezyonlarda lenfadenopatiden çok doğumsal anomaliler düşünülmelidir. Boyunda şişlik izlenen bir yenidoğanda maliniteden çok doğum travmasına bağlı sternokleidomastoid kista hematom sorgulanması daha doğrudur. Aynı şekilde 10 yaşını geçmiş, enfeksiyon anamnezi olmayan bir çocukta ayırıcı tanıda selim sebeplerden çok Hodgkin lenfoma akla gelmelidir.
2. Lenf bezlerinin boyutu: Genel olarak aksiller ve servikal bölgede 1 cm'nin, inguinal bölgede 1.5 cm'nin, epitrokleal bölgede 0.5 cm'nin üzeri ve supraklaviküler ve popliteal bölgedeki tüm lenf bezleri patolojik boyutta kabul edilir. Boyut değerlendirilirken hastanın yaşı göz önünde bulundurulmalıdır, genellikle yenidoğan döneminde lenf bezi palpe edilemediği için tanımlanan boyutlardan daha küçük lenf bezleri patolojik olabilir. Lenf bezinin boyutu arttıkça malinite olasılığı artar, ≥ 2 cm lenf bezleri malinite açısından daha riskli olarak değerlendirilir.
3. Lenf bezinin yerleşimi: Supraklaviküler fossadaki lenf bezi patolojilerinde malinite olasılığı fazla iken, aksiller, inguinal ve servikal bölgede bu olasılık daha düşüktür. Lenf bezi bölgesinin belirlenmesi, drene edilen organların kontrol edilmesi açısından da önemlidir (Tablo 3). Aksiller lenfadenopati ile başvuran bir hastada kedi tırnağı hastalığı ya da çocuğun tırnak yemesine bağlı paronisi sebep olabilir.

BÖLGELERE GÖRE LOKALİZE LENFADENOPATİ NEDENLERİ

Servikal	Mediastinal
Üst solunum yolu enfeksiyonu	Akut lenfoblastik lösemi
EBV	Lenfoma
Rubella	Sarkoidoz
Kedi tırnağı hastalığı	Kistik fibroz
Streptokokkal farenjit	Tüberküloz
Akut bakteriyel lenfadenit	Histoplasmoz
Toksoplazmoz	Koksidomikoz
TBC./atipik mikobakteriyel enfeksiyon	Supraklaviküler
Lösemi	Lenfoma
Lenfoma	Tüberküloz
Nöroblastom	Histoplasmoz
Rabdomiyosarkom	Koksidomikoz
Kawasaki hastalığı	Aksiller
Diğer solid tümör metastazları	Lokal enfeksiyon
Histiositoz	Kedi tırnağı hastalığı
Submaksiller ve submental	Bruselloz
Oral ve dental enfeksiyonlar	Aşıya sekonder
Akut lenfadenit	Lenfoma
Oksipital	Juvenil Romatoid Artrit
Pedikülosis kapitis	Abdominal
Tinea kapitis	Akut mezenterik adenit
Saçlı deri enfeksiyonu	Lenfoma
Rubella	Inguinal
Roseola	Lokal enfeksiyon
Preauriküler	Bez dermatiti
Lokal cilt enfeksiyonu	Böcek sokması
Kronik oftalmik enfeksiyon	Sfiliz
Kedi tırnağı hastalığı	Lenfogranuloma venerum



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



4. Lenf bezlerinin yapısı: Palpasyonla hassasiyet, özellikle de ağrı, ödem, fluktuasyon ve indürasyon varsa genellikle enfeksiyona bağlı lenfadenopati düşünülmelidir. Nadiren tümör kanaması ya da aşırı hızlı büyüyen tümörlerde kapsül gerilmesine bağlı olarak ağrı olabilir. Enfeksiyon ve malinitenin aynı anda bulunabileceği unutulmamalıdır (örn; Hodgkin lenfomada tüberküloz lenfadenit). Yumuşak, kolaylıkla sıkıştırılabilir, hareketli lenf bezleri genelde selim kökenlidir. Sert lenf bezleri kansere bağlı fibroz durumunda ya da daha önceki inflamasyon fibroza sebep olduysa görülür. Lenfomalarda lenf bezleri genelde lastik kıvamındadır. İnvazif kanserlerde ya da granülomatoz inflamasyon varlığında çevre dokulara yapışıklık olabilir. Palpe edilen kitle pulsatilese vasküler lezyonlar düşünülmelidir.
5. Generalize veya lokalize lenfadenopati varlığı: Olguların çoğu lokalize lenfadenopatiyle gelir. En sık servikal bölge, daha sonra inguinal bölgede tutulur. Lenf bezinin ya da drene ettiği bölgenin hastalıklarından kaynaklanır. Generalize lenfadenopati sistemik hastalığa işaret eder.
6. Süre: Doğumla başlayan veya yılla tarif edilen şişlikler daha çok doğumsal lezyonlarda işaret eder. Günle tanımlanan kitlelerde enfeksiyon olasılığı fazla iken, ayla ifade edilen kitleler malinite olabilir. Dört-6 hafta içinde küçülmeyen ya da 8-10 hafta içinde normale dönmeyen lenf bezleri daha çok malinite düşündürür. Daha uzun süreli kitlelerde maliniteden uzaklaşmakla beraber Hodgkin hastalarında 6-12 ay süren öykü olabileceği unutulmamalıdır.
7. Eşlik eden bulgu ve belirtiler: Ateş, tartı kaybı, halsizlik ve kaşıntı sistemik hastalık ve kanserde gözlenebilir. Peteşi/ purpura varlığında lösemi, uzun süreli öksürük, hemoptizi varsa tüberküloz düşünülebilir. Eklem bulguları, ateşle birlikte ortaya çıkan döküntü, juvenil idiopatik artrit bulgusu olabilir.

Tablo 3 Yerleşim yerine göre lenfadenopati nedenleri

Özellikle servikal bölgede şişlik nedeniyle başvuran hastalarda konjenital veya edinsel diğer organ patolojilerinin lenfadenopatiyi taklit edebileceği unutulmamalıdır (Tablo 4).

Tablo 4 Çocukluk çağında lenfadenopati ile karışabilen diğer lezyonlar

BOYUNDA LENF BEZİ DIŞINDA GÖRÜLEN KİTLELER	
Brankial kleft kisti	Ranula
Tiroglosal duktus kisti	Sütçocukluğunun sternomastoid tümörü (Fibromatosis Coli)
Timus bezi anomalileri	Silaolitiasis/Sialoadenit
Tiroid bezi anomalileri	Laringosel
Dermoid ve Teratoid kistler	Özafagus divertikülü
Hemanjiom	Nörofibrom
Lenfanjiom	Llipom
Kistik higroma	Yumuşak dokunun diğer kitleleri

Çoğu hastada öykü ve muayeneye tanı konulabilir. Servikal lenfadenopatide genellikle attı yatan neden viral üst solunum yolu enfeksiyonudur. Eğer şüpheli bir durum mevcutsa; kan sayımı, periferik yayma, sedimentasyon, LDH, ürik asit, PPD ve akciğer grafisi istenilmelidir.

Lokalize servikal lenfadenopati varlığında eşlik eden başka şüpheli bulgu yoksa (hepatosplenomegali, ekimoz, peteşi, purpura, kilo kaybı, ateş, nefes darlığı, ortopne, gece terlemeleri, halsizlik, merkezi sinir sistemi patolojileri, diğer patolojik muayene bulguları) ve progresif bir büyüme söz konusu değilse hasta 3-4 hafta boyunca izlenebilir. Bakteriyel adenit düşünülüyorsa ampirik antibiyotik tedavisi uygulanır. Ampirik tedaviye yanıt yoksa tüberküloz lenfadenit ve tularemi gibi diğer enfeksiyöz sebepler de araştırılmalıdır.

Lenfadenopatili hastalarda uygulanan diğer bir noninvazif görüntüleme yöntemi ise ultrasonografidir. Ultrason her hastada istenmesine gerek yoktur; esas yardımı gözlenen kitlenin lenfadenopati ya da diğer organ patolojileriyle (hemanjiom, kistik higroma gibi) yapılamadığı durumlarda sağlamaktadır. Ultrason sonuçlarında boyutun yanı sıra lenf bezinin şekli, sınırları, ekojenitesi, ekojenik hilus yapısı, kalsifikasyon ve nekroz varlığı, vasküler yapı ve direnç raporlanmalıdır (Tablo 5).



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Tablo 5 Servikal lenf bezi ultrasonografisinde ayırıcı özellikler

ETİYOLOJİ		
ÖZELLİKLER	Non-neoplastik	Neoplastik
Boyut (tanısal değil)	Küçük	Genellikle kısa aks>9 mm
Şekil	Oval (kısa/uzun aks<0.5)	Yuvarlak (kısa/uzun aks>0.5) ¹
Sınırlar	Düzenli	Düzensiz, nodüler
Ekojenik hilus	Belirgin ve düzgün	Silinmiş, incelmış ya da yapısı bozuk ²
Ekojenite	Genelde hipoekoik	Genelde hipoekoik ³
Kalsifikasyon	Genelde görülmez, granulomlarda (+)	Metastatik papiller tiroid Ca, tedavi sonrası lenfomada (+)
İntranodal nekroz	Nadir ancak inflamasyonda olabilir ⁴	Hızlı büyüyen tümörlerde (+)
Vasküler yapı	Avasküler ya da hilusta düzgün, santral vaskülarite	Periferik ya da karışık yapıda vaskülarizasyon
Vasküler direnç	Normal	Artmış ⁵
¹ Submandibüler ve parotid lenf bezleri normalde yuvarlak olabilir.		
² Tüberkülozda hilus ekojenitesi bozulabilir.		
³ Metastatik papiller tiroid Ca'da hiperekoik		
⁴ Yumuşak doku ödemiyle birlikte olması maliniteden ayırt eder		
⁵ Servikal lenf bezlerinde değerler standardize olmadığı için güvenilir değildir		

Klinik bulgular ve laboratuvar testleri ile tanı konulamadığı, lenfadenopatinin gerilemediği ve malinite şüphesinin olduğu durumlarda hastayı doku örneklemesi için yönlendirmek gerekir (Tablo 6). Biyopsi endikasyonu olan hastalar mutlaka önceden pediatrik hematoloji ya da onkoloji uzmanı tarafından konsülte edilmelidir. Ayrıntılı tanı ve tedavi yetkinliği olmayan kurumlarda yapılan biyopsiler hastadan tekrar örnek alınmasına sebep olmaktadır.

Tablo 6 Biyopsi endikasyonları

Acil biyopsi	Gözlem sonrası biyopsi
Sert ağrısız paket yapmış LAP	Nonspesifik tedaviye yanıtız LAP
Mediastinal /Supraklaviküler LAP	Spesifik enfeksiyon şüphesi
Başka sebeple açıklanmayan sitopeni	4-6 hafta içinde gerilemeyen LAP
Abdominal kitle/Organomegali	>2 hafta büyümeye devam eden LAP
Gece terlemesi, refrakter ateş ve %10'dan fazla tartı kaybı	Acil biyopsi gerektiren durumların eklenmesi

Hematolojik maliniteler ve depo hastalıklarının ayırıcı tanıda ön planda düşünüldüğü olgularda lenf bezi biyopsisi yerine öncelikle kemik iliği aspirasyonu yapılması daha doğrudur. Lösemiye bağlı lenfadenopatide ve lenfomaların kemik iliği metastazında tanı koydurucudur. Brucella ve benzeri enfeksiyon şüphesi durumunda kemik iliği kültürü de alınabilir.

Sonuç olarak, her lenfadenopatide ve her hastada uygulanabilecek bir algoritma mevcut değildir. Ayrıntılı öykü ve beden muayenesi, tanı konulmasında en önemli araçtır. Tanısal olarak ipucu vermeyen olgularda, beklemek ve gereksiz tetkikler yapılması yerine, hastanın zaman kaybetmeden bir üst merkeze yönlendirilmesi tanı ve tedavinin gecikmemesini sağlayacaktır. Ayrıntılı tanıda ilk sırada onkolojik süreç düşünülen hastalarda randevu sistemine yönlendirmek yerine telefonla aranarak sevk edilmesi yüksek gradlı tümör varlığında tedavide gecikmeyi engelleyebilir. Araştırmalar sonucu tanı konulamamış ancak onkolojik tanı düşünülmeyen hastaların rutin olarak çocuk onkoloji polikliniklerine yönlendirilmeleri ailelerde kaygı ve endişeye sebep olmaktadır. Bazı ebeveynler, lenf bezlerinin vücudun normal organları olduğunu bilmemektedir. Bu sebeple ebeveynler ve yaşı uygunsa çocuk lenf bezlerinin her insanda mevcut organlar olduğu, hastada düşünülen olası tanı ve gerekiyorsa ek tetkikler hakkında bilgilendirilmelidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



ÇOCUK SAĞLIĞINI ETKİLEYEN SOSYAL TEHDİTLER VE KORUNMA

Figen Şahin Dağlı
Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün tanımına göre sağlık, sadece hasta veya engelli olmamak değil; beden, ruhen ve sosyal yönden tam bir iyilik halidir. Bu tam iyilik haline erişebilmek için çocuğun çevresindeki fiziksel ve sosyal tehditlerden korunması önem taşır. Bireysel, çevresel ve toplumsal etmenlerin çeşitli düzeylerde birlikteliği çocuğun sağlığını belirler. Bu ekolojik modeldeki "bireysel" etmenler çocuğa ve anne baba ya da bakım veren kişiye ait; yaş, cinsiyet gibi biyolojik etmenlerin yanı sıra kişisel özellikleri de ifade etmektedir. Örneğin, ebeveynin veya bakım veren kişinin problemlili hamilelik dönemi, doğumda komplikasyon veya bebeğin ailenin beklentilerini karşılamaması gibi nedenlerle yenidoğan çocuğa bağlanma zorluğu yaşaması, çocukken kötü muameleye maruz kalmış olması, fiziksel cezalandırmanın etkinliğine inanması veya çocuğun disiplininde kullanılmasını onaylaması, ebeveyn olma yetisi ile çelişecek şekilde fiziksel veya zihinsel sağlık problemleri veya bilişsel bozukluğunun olması, kızgın veya üzgün olduğunda kontrolünü kaybetmesi, alkol veya uyuşturucu ilaç kullanması, depresyonda veya kendine güvensiz bir ruh hali içinde bulunması, psikolojik/psikiyatrik sorunlarının bulunması çocuğun beyin gelişiminin en hızlı olduğu yıllarda kötü bir sosyal çevrede yaşamasına neden olarak sağlığını ve gelişimini olumsuz etkiler.

Çevresel etmenler, bireyin ailesi, arkadaşları gibi yakın çevresini ya da komşular, iş çevresi, okul çevresi gibi biraz daha uzak çevresini; toplumsal etmenler ise o toplumda çocuk istismarını etkileyebilecek olan sosyoekonomik eşitsizlikler, sosyal hizmet ve destek ağının yokluğu, toplumda çocuğa yönelik katı ve sert disiplin yöntemlerinin uygun görülmesi gibi toplumsal değer yargılarını içerir. Bir toplumda yüksek işsizlik oranı ve yoksulluk varsa, alkol ve uyuşturucu tüketiminin yaygın sağlık, eğitim ve sosyal politikalar yetersizse, yaşam standartları kötü ve toplumda sosyoekonomik eşitsizlik ya da istikrarsızlık bulunuyorsa o toplumda çocukların sağlığını etkileyen sosyal tehditler fazla demektir.

Çocuğa yönelik sosyal tehditleri önleme stratejileri altta yatan risk etmenlerini azaltmak ve koruyucu etmenleri güçlendirmeyi amaçlamaktadır. Etkin olduğu gösterilmiş stratejiler hakkındaki bilimsel veriler çoğunlukla yüksek gelirli toplumlardan gelse de yapılan bu etkinliklerin risk etmenlerini nasıl azalttığı bilgisi düşük ve orta gelirli ülkelerde de yapılacak girişimlerin planlanmasına yardımcı olur.

Çocuğa yönelik şiddetin önlenmesi için koruyucu bir çevrenin varlığı esastır. Çocuğu koruyucu bir toplumda çocuk gelişimini destekleyen ve çocuklara kötü muamelenin hoşgörülmediği bir sosyal yapı vardır. Bu yapıya ulaşmak için yapılacak tüm değişiklikler ve/veya hizmetler o toplumda çocuğa yönelik şiddetin azaltılmasına katkı sunar. Tüm toplum üyelerinin, halkın, hizmet sağlayıcıların ve karar vericilerin çocuk sağlığı ile ilgili sorunlar ve eylemler hakkında farkındalıklarının artması sağlanarak uzun erimde toplumda iyi yönde bir değişiklik yaratmak mümkün olur.

KAYNAKLAR:

- Sethi D. European Report on Preventing child maltreatment WHO, 2013.
- Saul J, Valle LA, Mercy JA, Turner S, Kaufmann R, Popovic, T. CDC Grand Rounds: Creating a Healthier Future Through Prevention of Child Maltreatment. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2014, March 28, . 63(12): 260-263.
- Staal II, Hermanns JM, Schrijvers JP, et al. Risk assessment of parents' concerns at 18 months in preventive child healthcare predicted child abuse and neglect. Child Abuse Negl 2013; 37: 475-484.
- Lane WG. Prevention of child maltreatment. Pediatr Clin N Am 2014; 61: 873-888.
- Pinheiro PS. World Report on Violence Against Children. WHO 2006
- Poyraz N, Şahin F. Çocuk İstismarı ve İhmalinden Korunma. In: Yakıncı C, Yeşilada E(eds) Koruyucu Sağlık Rehberi (2. Baskı) Türk Eczacılar Birliği Akademisi Yayını, Ankara, 2013: 238-240.
- Bentovim A, Gray J. Eradicating Child Maltreatment (1st ed). Londra: Jessica Kingsley Publishers, 2015: 11-16
- Butchart A, Harvey A P. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO & ISPCAN 2006.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ÇOCUKLARIN FİZİKSEL RİSKLERDEN KORUNMASI

Selda Karaayvaz

Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi Tıp Fakültesi

Çocukların sağlıklı büyüme ve gelişmeleri, için gereken tüm ihtiyaçların sağlanması ve her tür ihmal, istismardan korunmaları ile çocuk güvenliğinin sağlanması aile temelinde, aslında devletlerin yükümlülüğünde olan en temel çocuk hakkıdır. Günümüzde çocuklar için en iyi koşulların sağlandığı gelişmiş ülkelerde bile çocuk güvenliğini bozabilen fiziksel riskler özellikle yaralanmalar önemli bir halk sağlığı sorunudur. Dünya Sağlık Örgütü kazaları "insan istenci dışında aniden ortaya çıkan bedensel, ruhsal yıkıma yol açan beklenmeyen olay" olarak tanımlar ancak bu tanım kazaların rastgele olup öngörülemezliği veya önlenemeyeceği algısına yol açtığından son yıllarda yaralanma terimi ve yaralanmaların azaltılması üzerinden yaklaşım benimsenmiştir. Çocukluk yaralanmaları genetik, davranışsal, çevresel etmenlerin ana/baba tutumları ile etkileştiği bir zeminde gerçekleşirler.

Yaralanmalar çocuğun kendisine, ailesel etmenlere, yaşadığı çevreye ait pekçok risk etmenine bağlı gelişir. Ülkemizde 1-4 yaş arası ölüm nedenleri içinde yaralanmalar 4. sırada bulunmaktadır,

Bebeklerin yenidoğan döneminden itibaren hızlı motor gelişimleri gözlenirken beden kontrolü ve bilişsel gelişimlerinin eş zamanlı olmaması, herşeyi ağızlarına götürerek tanımaya çalışmaları, tehlike farkındalıklarının olmaması, daha büyük yaş grubunun merakı, deneyimlerinin azlığı, duyularının yeterli gelişmemiş olması, hareketlilikleri, daha büyük çocukların ev dışı alanlarda fazla zaman geçirmeleri gibi etmenler yaralanma zemini hazırlar. Ana, baba, bakım veren kişilerin konuyla ilgili farkındalıkları, yaşları, eğitimleri, evdeki çocuk sayısı, ailedeki psikopatolojiler, sosyoekonomik durum, kırsal/kentsel alanda yaşam gibi etmenler de etkilidir. Bebek ve küçük çocuklarda ev içi, daha sonrası oyun alanı/okul yaralanmaları, büyük yaş grubunda ise bisiklet, spor, yaya/taşıt trafik yaralanmaları görülürken ergenlikte riskli davranışlara bağlı yaralanmalar eklenmektedir.

Yaralanmalardan korunmada birincil (olay öncesi önleme), ikincil (yaralanma anında şiddetinin azaltılması), üçüncül (yaralanmış çocukta engel gelişme olasılığının azaltılması) basamaklarda önleme yaklaşımı mevcuttur.

Tüm dünyada yapılan çalışmalar, konuyla ilgili müdahale çalışmalarının çocuk yaralanma oranlarını düşürdüğünü, yaralanma şiddetini azalttığını göstermiştir.

Sonuç olarak yaralanmalar, güvenliği bozan etmenler arasında önemli yer tutmakta ve tüm ülkelerde önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir. Önleme hem ailelerin hem de çocuk sağlığı ile ilgili alanlarda çalışanların farkındalıklarının artırılması ile başarılabilir. Toplumda eğitim, sağlık, sosyokültürel ölçütlerin geliştirilmesi, çocuk sağlığı izlemlerinde ailelere çocuğun gelişimsel basamakları ve o dönemde görülebilecek yaralanma olasılıklarının somut örneklerle anlatılması, risk altındaki çocukların fark edilmesi, koruyucu önlemlerin geliştirilmesi, ayrıca bu duruma çocuğun gözetim ihmali penceresinden de bakılması, çocuk, aile ve toplum sağlığının korunması adına önemli bir hizmet olacaktır.

Kaynaklar

1. Serpil Uğur Baysal, O Tolga İnce. İlk Beş Yaşta Çocuk Sağlığı İzlemi Kitabı, içinde "Fizik Çevrenin Düzenlenmesi: Kazalardan Korunma". Gökçay G ve Beyazova U (Ed). Birinci Baskı. Türkiye: NOBEL Yayınevi, (2017), 512-516.
2. Powell, Elizabeth C. MD, MPH; Malanchinski, Julie MD; Sheehan, Karen M. (A Randomized Trial of a Home Safety Education Intervention Using a Safe Home Model. The Journal of Trauma: Injury, Infection, and Critical Care Issue: Volume 69(4) Supplement, October 2010, pp S233-S236
3. Schmertmann M, Williamson A, Black D. Stable age pattern supports role of development in unintentional childhood poisoning. Inj Prev 2008;14: 30-3.
4. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. J Pediatr Psychol. 2004 Jun;29(4):273-83.
5. Glik D, Kronenfeld J, Jackson K. Predictors of risk perceptions of childhood injury among parents of preschoolers. Health Educ Q. 1991 Fall;18(3):285-301.
6. Ademola AS, Dedeke IO, Oyelami OA. Childhood injuries in Ilesha, South-Western Nigeria: causes, pattern, and outcome. West Afr J Med. 2010 Jul-Aug;29(4):253- 8
7. Macfarland A. Child deaths from accidents: place of accident. Popul Trends. 1979;15:10-15
8. Edmond D. Shenassa, ScD, Amy Stubbendick, MS, Mary Jean Brown, ScD, RN Social Disparities in Housing and Related Pediatric Injury: A Multilevel Study Am J Public Health. 2004;94:633-639).
9. Ademola AS, Dedeke IO, Oyelami OA. Childhood injuries in Ilesha, South-Western Nigeria: causes, pattern, and outcome. West Afr J Med. 2010 Jul-Aug;29(4):253-8.
10. Phelan KJ, Khoury J, Xu Y, Liddy S, Hornung R, Lanphear BP. A randomized controlled trial of home injury hazard reduction: the HOME injury study. Arch Pediatr Adolesc Med. 2011 Apr;165(4):339- 45.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



YURTTA ASİSTAN, DÜNYA'DA ASİSTAN

Eren Alkan

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Asistan, İngilizce "asist" kelimesinden evrilerak dilimize geçmiş ve temel olarak yardımcı anlamındadır. Tıp dünyasında asistan bir taraftan kendi eğitim aşamalarını tamamlarken diğer taraftan yardımcı rolünü yerine getirmektedir. İşte asistanlığın zorluğu taşıdığı yardımcı anlamından ileri gelmektedir. Mesleğin kutsal ve hayati öneminden dolayı bu yardımcılık rolü geniş bir kitleyi kapsamaktadır. Dünyanın her yerinde bu kadar önemli ve kutsal görevi yerine getirmeye çalışan asistan doktorların, ülkemiz ve başta Amerika Birleşik Devletleri (ABD) olmak üzere, dünyadaki çalışma şartlarına değindik.

Ülkemizde Tıp fakültesine giriş ismi ve konu kapsamı sürekli değişen ulusal sınavla olup tıp fakültesine sınavda başarılı olan düşük bir dilim girebilmektedir. Tıp fakültesi eğitimi ise ilk 3 yılı teorik son 3 yılı pratik ağırlıklı 6 yıllık süreci kapsamaktadır. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları asistanlık süresi 4 yıldır. Asistan doktorluğun görev tanımı yönetmelik, kanun ve yönergelerle düzenlenmiştir. Sağlık sistemi ve politikalarındaki değişimler, hastanelerdeki yetki ve iş gücü açısından stratejik personel olması nedeniyle en çok da asistanları etkilemekte ve bu durumu asistan doktorların çalışma şartlarını dinamik hale getirmektedir. Bu kanun ve yönetmeliklerin en önemlileri 657 sayılı devlet memurları kanunu, tıpta uzmanlık kurulu yönetmeliği ve yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğidir. Bu kanunlardan 657 sayılı devlet memurları kanunumadde 99-100 ve 101'de memurların çalışma saat ve günlerinden şu şekilde bahsedilmektedir:

Madde 99:

- Memurların haftalık çalışma süresi genel olarak 40 saattir.
- Bu süre Cumartesi ve Pazar günleri tatil olmak üzere düzenlenir.
- Ancak özel kanunlarla yahut bu kanuna veya özel kanunlara dayanılarak çıkarılacak tüzük ve yönetmeliklerle, kurumların ve hizmetlerin özellikleri dikkate alınmak suretiyle farklı çalışma süreleri tespit olunabilir.

Madde 100:

- Günlük çalışmanın başlama ve bitme saatleri ile öğle dinlenme süresi, bölgelerin ve hizmetin özelliklerine göre merkezde Bakanlık Devlet Personel Başkanlığının teklifi üzerine Bakanlar Kurulunca, illerde valiler tarafından tesbit olunur.

Madde 101 :

- Günün 24 saatinde devamlılık gösteren hizmetlerde çalışan Devlet memurlarının çalışma saat ve şekilleri kurumlarının düzenlenir.

İlgili maddelerde görüldüğü üzere memurların mesai saatleri düzenlenmiş ancak madde 101'de belirtildiği üzere 24 saatinde devamlılık göstermesi nedeniyle başka yönetmeliklere tabii tutulmuştur. Bu yönetmeliklerden biri yataklı tedavi kurumları işletme yönetmeliğidir. Bu yönetmelik;

Madde 38'de:

- Yataklı tedavi kurumlarında tüm personelin mesai başlama ve bitiş saatleri, hizmetin ve mahallin özelliği ve kurum personel kadrosu göz önüne alınarak ilgili kanunlara göre Valilikçe belirlenir.
- Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

Bu maddelerden anlaşıldığı üzere Valilik ve baştabiplerce mesai saatleri düzenlenebilmektedir.

Madde 41'de:

- Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla, kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kasalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder.
 - a) Nöbet Saat 8.00 den ertesi gün 8.00 e kadar devam eder.
 - Nöbetçi olanlar hiçbir surette kurumdan ayrılamazlar.
- Nöbet hizmetleri, yataklı tedavi kurumlarının tiplerine, yatak ve personel kadrosuna, yer ve önemine, faaliyetinin çokluğuna göre ayrı ayrı hükümlere tabidir.
- Gece nöbeti tutanlara ertesi günü görev verilmez.
- Geceyi yoğun mesai ile uykusuz geçiren personele, kurumun personel durumu ve imkanları müsait olmak, hizmeti aksatmamak kaydıyla evinde veya kurum içersinde lüzum görüldüğü sürece dinlenmesi için baştabib izin verebilir.
- Bu takdirde de bunlar acil durumlarda baştabib veya nöbetçi tabibin davetine uymaya mecburdurlar.
- Hafta tatillerinde ve resmi tatil günlerinde nöbet tutanlara hizmeti aksatmamak kaydıyla diğer iş günlerinde nöbet süresi kadar izin verilebilir.

Madde 42 :

- Nöbet hizmetleri evde nöbet, normal, acil, branş nöbeti olarak dört şekilde yürütülür.
- Acil ve branş nöbetlerinin hangi hallerde, tutulacağı hastanenin türüne, iş durumuna, personel mevcuduna, hizmetin gereklerine göre baştabib tarafından tesbit edilir.
- Eğitim Hastanelerinde de uzman ve uzmanlık eğitimi görenlerden kimlerin hangi nöbete gireceklerini ve ne nöbeti tutacaklarını da baştabibtesbit eder.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



Yukarıda bahsedilen maddelerde belirtildiği gibi asistan doktorların çalışma saat ve düzeni; Valilik, bakanlık ve baştabiplik tarafından düzenlenmekte olup bir çok birime bağlıdır. Ayrıca asistanların eğitim müfredat ve düzeni "Tıpta Uzmanlık Kurulu" tarafından düzenlenmekte ve denetlenmektedir. Bu kurul gerekli gördüğü hallerde kurumların asistan eğitimlerini iptal edebilmekte ve asistanların eğitimini başka kurumlarda devam etmesini sağlamaktadır. Üniversitelerde kendi dekanlığı, eğitim araştırma hastanelerinde ise Sağlık Bilimleri Üniversitesinin tıpta uzmanlık eğitiminde eğitim müfredatı, asistan sınavları, asistan tez ve bilimsel yayınlarını programlayan ve destekleyen komisyonlar mevcuttur. Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nin ayrıca asistan eğitimini yönlendirmek ve denetlemek amacıyla oluşturduğu asistan karnesi mevcuttur. Bu karnede bir asistan eğitim boyunca yapması ve bilmesi gereken teorik ve pratik gereklilikler mevcut olup karne doldurulmak suretiyle denetlenmekte ve buna göre yeterliliği belirtilmektedir. Bu kadar farklı kuruma ve yönetmeliğe tabii olunması eğitim sürecinde sorun yaşandığında çözüm için birçok kurumla muhatap olunmasını gerektirmektedir. Dünya'da asistan doktorların çalışma şartlarına bakıldığında ülkelerin sağlık harcamaları, arz-talep dengesi, ekonomi ve gelişmişlik düzeyi etkilemektedir. ABD kişi başına milli gelir ve sağlık harcamalarında ilk sıralardadır. ABD'de pratisyen hekim olabilmek için liseden sonra; 4 yılı tıp fakültesi öncesi, 4 yılı tıp fakültesi ve 1 yılı "internship" olmak üzere en az 9 yıllık bir eğitim programını tamamlamak gerekmektedir. Yan dal ve asistanlık programlarına kabul için "United States Medical Licensing Examination (USMLE)" sınavını almak gerekmektedir. Bu sınav, bir doktora güvenli ve etkili bir sağlık hizmeti verebilmek için gerekli olan temel unsurları ölçerken, aynı zamanda doktorluk lisansı için de gereklidir. USMLE sınavı preklini, klini ve uygulamalı olmak üzere 3 aşamadan oluşan bir sınavdır. USMLE sınavı sonrası lisans alan hekimler asistanlık yapabilmektedir. ABD'de asistanların şartlarını ve eğitim programını düzenleyen ve denetleyen ACGME adlı bir kuruluş bulunmaktadır. Bu kurul tarafından asistanların çalışma şartları özetle:

- Haftada maximum 80 saat
- 7 günde 1 izinli olmalı
- 24 saatlik çalışmalardan sonra en az 14 saat izinli olmalı
- 24 saatten uzun çalışmamalı
- Bazı durumlarda 4 saat daha kalabilir ancak bu 4 saatte hasta bakma sorumluluğu verilmemeli

şeklinde düzenlenmiştir.

Dünya'da diğer ülkelere baktığımızda Yunanistan'da ulusal sınavla tıp fakültesine girilmekte olup tıp fakültesi eğitimi 3 yıl teorik 3 yıl pratik olmak üzere 6 yıl, pediatri asistanlık süresi 4 yıldır. Mesai sabah 08'de başlamakta, iş yoğunluğu nedeniyle akşam 20'ye kadar uzayabilmektedir. Ayrıca pediatri asistanlığına ayda 7 nöbetle başlanıp 5 nöbetle bitirilmektedir, nöbet ertesi şartlara göre yöneticinin iznine bağlı olarak izin verilmektedir. Yemen'de ise ulusal tek bir sınavla Tıp Fakültesine girilmektedir. Yediyıl tıp fakültesi eğitimi (4 sene teorik, 3 sene pratik eğitim) sonrasında 2 yıllık mecburi hizmet vardır. Asistanlık süreci giriş sınavını geçtikten sonra ücretli olarak 4 yıldır. Mesai 08'de başlar, saat 15'de biter, aylık çalışma 10 nöbetle başlayıp 6 nöbete kadar düşmektedir, nöbet ertesi izin mevcuttur. Ülkemizde uzmanlık eğitiminde belirttiğimiz yönerge ve kanunlara rağmen kurumların çoğunda mesai başlama ve bitiş saati, nöbet ertesi izni, nöbet sayısı standart olmayıp iş yüküne göre değişiklik göstermektedir. Uygulamada mesai sabah 8.00'da başlayıp 16.30'da biter, nöbetçiler nöbetçi oldukları birimlere gider, ertesi gün sabah 8.00'de ara vermeksizin tekrar görev yerine geçer ve saat 16.30'da artık mesai biter. Nöbet sayısı ise asistan, yandal, yatak ve servis sayısına göre değişmekte olup son zamanlarda bir çok kurumda asistanın uzmanlık eğitimine en çok 10 nöbet ile başlanması sağlanmaktadır. Ancak asistanlık süresi boyunca ise nöbet sayısı değişkendir, standart yoktur.

Sonuç olarak Dünya'da ve Türkiye'de mesleğin kutsal olması, ihmal edilemeyecek ve hatta geciktirilemeyecek kadar önemli bir konu olan insan sağlığını ilgilendirmesi ve bu noktada stratejik personel içinde stratejik personel olması nedeniyle asistan doktorluk kritik ve zor bir meslektir. Ülkemizde hasta ve asistan sayısındaki dengesizlik, atamalar, yeniden yerleştirmeler gibi risk faktörlerinin de olması mesleği daha zor hale getirmektedir. Ancak bu kadar zor bir mesleğin uygulama şartlarının düzenlenmesi hem çalışan asistanların mutluluğu hem de verilen hizmet kalitesinin artması açısından kritik öneme sahiptir. Bu noktada yetkililere önemli görevler düşmektedir. Asistanlığın geçici bir sıkıntı dönemi olarak görülmesi ve her uzmanın zamanında bu süreci yaşamak zorunda olması problemlere kalıcı çözüm getirilmemesine sebep olmaktadır. Oysaki asistanlık döneminde çalışma şartları, eğitim ve bilimsel yönden yapılacak iyileştirmeler geleceğin doktorlarının daha iyi yetişmesine katkıda bulunacaktır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



KİSTİK FİBROZİS TARAMADA NEREDEYİZ? TARAMA İLE GELEN HASTAYA YAKLAŞIM?

Nilay Baş
Ağrı Devlet Hastanesi

Kistik fibrozisde yenidoğan taraması erken malnütrisyon ve vitamin eksikliğinin önlenmesi, erken pulmoner komplikasyonların (atelektazi, pnömoni, hava yolu enfeksiyonu) azaltılması, uzun dönemde büyüme, kognitif fonksiyonlar ve yaşam süresi üzerine olumlu etkilerin sağlanması ve ailelere genetik danışma verilebilmesi açısından önemlidir. Avrupa Kistik Fibrozis Kayıt Sistemi'nin verileri ulusal yeni doğan tarama programının olmadığı ülkelerde ortalama tanı yaşının 4 ay ile 2 yaş arasında olduğunu ve yenidoğan tarama programından maksimum faydanın sağlanabilmesi için tanının 2 ayın altında konulması gerektiğini göstermiştir.

Ülkemizde kistik fibrozis Ocak 2015 itibarıyla yenidoğan tarama programına alınmıştır. 2017 yılında 1277013 bebek taranmış, 5737 bebek ter testi için sevk edilmiş, 141 bebeğe kistik fibrozis tanısı konmuştur. Ancak tanı sürecindeki aksaklıklar, ter testi yapılmasında gecikmeler, ter testi pozitif çıkan bebeklerin ilgili merkezlere başvurusundaki gecikmeler, sevk kabul etmeyen aileler ve tetkikleri yapılamadan ölen bebeklerin varlığı KF yeni doğan taramasındaki mevcut sorunlardır.

Ülkemizde tarama testinde topuk kanında immünoreaktif tripsinojen (IRT) bakılmaktadır. Doğumda alınan topuk kanında IRT³90 mg/dl saptanan bebekler, doğumdan sonra 7-14 gün arasında ikinci IRT testi için çağırılmaktadır. Bu değerin 70³mg/dl üzerinde saptanan bebekler ter testi için yönlendirilmelidir. Tripsinojen pankreas tarafından yapılan bir enzim prekürsördür. Hem normal hem de KF'li yeni doğanların kanında tespit edilebilir. IRT düzeyleri pankreatik yetersizliği olmayan %15 hasta dahil tüm KF'li hastalarda yüksektir. Perinatal strese bağlı olarak nonspesifik IRT yüksekliği saptanabilir. Mekonyum ileusu olan KF'li bebekler düşük IRT düzeylerine sahip olabilir, bu nedenle mekonyum ileusu olan tüm bebeklere tarama testi sonuçlarından bağımsız olarak ter testi yapılması uygundur. YDT sonuçları aileye bildirildikten sonra ter testi merkezine ulaşılan kadar geçen sürede hasta takip edilmeli, ter testinin en kısa sürede yapılması sağlanmalıdır. Bölgeler arası farklılıklar giderilmelidir.

Ter testi terde direk klor ölçümü ile yapıldığında <30 mmol/L altındaki değerler normal, 30-59 mmol/L arasındaki değerler şüpheli, >60 mmol/L üzerindeki değerler ise pozitif olarak kabul edilmektedir. Ter testi konduktivite yöntemi ile yapıldığında <50 mmol/L altındaki değerler normal, 50-89 mmol/L arasındaki değerler şüpheli, >90 mmol/L üzerindeki değerler ise pozitif olarak kabul edilmektedir. Şüpheli değerlerin tekrarı ve ileri tetkik için yönlendirilmeleri gereklidir. Ter testi pozitif saptanan hastaların mutlaka bir kistik fibrozis merkezine yönlendirilmesi gereklidir.

KF tanısı alan bir çocuğun 24-72 saat içerisinde akredite bir kistik fibrozis merkezinde ilk ziyarete gitmesi tavsiye edilmektedir. Tanı sonrası ailelerin KF hakkında bilgilendirilmesi, bilgilendirme işleminin sakin bir ortamda, deneyimli bir doktor tarafından yapılması önemlidir. KF tanısı alan bebeklerin büyüme gelişmelerinin yakın takibi, pulmoner komplikasyonların geciktirilmesi ve yaşam kalitesinin artırılması için semptom olmasa bile tanı alır almaz göğüs fizyoterapisi başlanması gereklidir. Vitamin desteği önemlidir. KF'li bebeklere Sağlık Bakanlığı'nın uyguladığı rutin aşı takvimi uygulanmalıdır, bunlara ek olarak 6 aydan sonra yıllık grip aşısı önerilmektedir. Pankreas yetmezliği olan (fokal elastaz düzeyi <200 mcg/gr) hastalara pankreatik enzim replasman başlanır.

Doğumda yüksek IRT düzeyi saptanan, ter testi belirsiz (direk klor ölçümü ile 30-59 mmol/L veya konduktivite ile 50-89 mmol/L) hastalarda genetik analiz yapılması önerilir. KFTR geninde 2'den daha az KF'e yol açtığı bilinen mutasyon saptanması durumunda, bu hastalar KFTR ilişkili metabolik sendrom (CF transmembrane conductance regulator-related metabolic syndrome-CRMS) veya KF tarama pozitif belirsiz tanı (Cystic fibrosis screen-positive, inconclusive diagnosis- CFSPID) olarak takibe alınır. Bu bebeklerin uzun dönem takipteki klinik bulguları çok iyi tanımlanmamıştır, bu çocuklarda KF'li hastalarda sık rastlanılan P. aeruginosa or S. aureus gibi patojenler daha fazla saptanmaktadır. CRMS/CFSPID ile izlenen bebeklerin yaklaşık %10'u takipte KF olarak tanı almaktadır. Bu nedenle bu bebeklerin sık olmayan ama düzenli klinik vizitler ile takibi ve 6 ay ve 2 yaşta ter testi tekrarı önerilmektedir.

Kistik fibrozisli hastaların tedavisinde son dönemde umut verici gelişmeler söz konusudur. Spesifik yeni ilaçlar ile tedaviye yönelik önemli çalışmalar mevcuttur. Bu da KF tanısının erken konulmasının önemini artırmaktadır. Ülkemizde de kistik fibrozis yenidoğan taramasının iyileştirilmesi içi doğum öncesi ve doğum sonrası aile bilgilendirmesinin artırılması, tarama testi pozitif saptandıktan sonra ter testi yapılana kadar geç sürelerin kısaltılması, bölgeler arası farklılıkların giderilebilmesi için ter testinin kolay ulaşılabilir olması, yenidoğanlarda ter testi uygulanmasının standartlarının iç ve dış kontroller ile denetlenmesi ve ter testi pozitif veya şüpheli vakaların hızla Çocuk Göğüs Hastalıkları hekimi olan spesifik merkezlerde takibe alınmalarının sağlanması önemlidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



KİSTİK FİBROZLU HASTA YÖNETİMİ

Ela Erdem Eralp

Marmara Üniversitesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Kistik fibrozis (KF); birçok sistemi etkileyebilen, farklı klinik bulgularla seyredebilen otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Akciğerler, hastaların büyük çoğunluğunda en sık etkilen organdır ve mortalitenin %90'ından akciğer tutulumu sorumludur. Gastrointestinal sistem tutulumu ise hastaların %85-90'ında görülür ve yaşla birlikte görülme sıklığı artar.

KF hasta yönetimi multidisipliner bir yaklaşım gerektirir. KF'de kistik fibrozis transmembran regülatör (KFTR) proteininin işlev bozukluğu nedeniyle solunum yollarında perisiliyer yüzey sıvısı miktarında azalma ve elektrolit içeriğinde değişiklikler görülür. Elektrolit transportundaki bozukluklar solunum yolları mukusunun sıvı içeriğinin azalmasına ve viskozitesinin artmasına neden olur. Buna bağlı olarak solunum yolları enfeksiyon ve enflamasyona açık hale gelir.

A-Solunum yolu tedavisi; hava yolu temizliğinin sağlanması, enfeksiyon ve enflamasyon tedavisine dayanır.

1-Hava yolu temizlenmesi:

a)Göğüs Fizyoterapisi: KF'li hastaların tedavisinin önemli bir parçasıdır. Fizyoterapi aşırı bronşiyal sekresyon, nefes darlığı, göğüs duvarı gerginliği ve azalan egzersiz toleransının tedavisinde yardımcı olur. Uzun dönemde ise, solunum probleminin ilerlemesinin geciktirilmesi ve optimal solunum fonksiyonların korunması amaçlanır. Kullanılan teknikler; postural drenaj ve perküsyon, aktif solunum teknikleri döngüsü, egzersiz, otojenik drenaj, pozitif ekspiratuar basınç (PEP), havayoluna ossilasyon yaptıran cihazlar ve yüksek frekanslı göğüs duvarı osilasyonudur. Hangi yöntemin en uygun olduğu konusu kesin değildir. Her hasta düzenli değerlendirilerek, kendisi için uygun olan en iyi yöntem seçilmelidir.

b)Mukolitik tedaviler:

-Dornaz alfa (rekombinan insan DNaz): KF hastalarının mukusundaki nekroza uğramış nötrofillerden açığa çıkan çok miktardaki serbest DNA'yı yıkmak ve böylece solunum yolu sekresyonlarının viskoelastisitesini azaltmak, mukusun klirensini artırmak ve solunum yolu enfeksiyonlarının sıklık ve şiddetini azaltmak yoluyla akciğer fonksiyonlarını korumak ya da iyileştirmek amacıyla geliştirilmiştir. Akut pulmoner alevlenme sayılarını azalttığı için, hafif, orta ve ağır akciğer hastalığı olan KF hastalarında kullanılması önerilir. Buzdolabında saklanmalı ve ışıktan korunmalıdır. Günlük dozu günde bir kez 2.5 mg'dır ve sadece özel jet nebulizatörlerle kullanılmalıdır.

-Hipertonik salin (HS) (%7): Solunum yolu yüzey sıvısının hidrasyonunu artırarak mukosilier klirensi artırır. ABD KF Derneği, 6 yaş ve üzeri KF hastalarında, orta dereceli etkileri nedeniyle, solunum fonksiyonlarını düzeltmek ve ekzaserbasyonları azaltmak için HS'in kronik kullanımını önermektedir. Bronkospazm riski nedeniyle, öncesinde bronkodilatör verilerek günde 2 kez 4-5 ml/doz inhalasyon yolu ile kullanılır.

-Mannitol: Osmatik bir ajan olup, suyu havayollarına çeker. Kuru toz formu vardır. 6 aydan uzun kullanımda FEV1 değerinde artış olduğunu gösteren çalışmalarla birlikte dornaz alfa'ya ek olarak kullanıldığında daha faydalıdır. İngiltere ve Avusturalya'da kullanılırken, Amerika'da henüz FDA onayı almamıştır.

2- Enfeksiyonların tedavisi: Pseudomonas aeruginosa, Staphylococcus aureus, Haemophilus influenzae, KF'li hastalar için önemli sorun oluşturan mikroorganizmalardır. Akut alevlenme bir hastada yeni semptomların ortaya çıkması ya da var olan semptomların kötüleşmesi şeklinde tanımlanır. Alevlenmeyi düşündüren öksürük ve balgamda hafif artış gibi semptomları olmasına rağmen, genel durumu iyi olan, SFT'de % beklenen FEV1 ve/veya FVC'değerlerinde %10 dan fazla düşme olmayan, oda havasında SpO2 normal olan hastalarda hafif bir alevlenme söz konusudur ve hasta yakın takip edilmek üzere oral antibiyotik tedavisi ile izlenebilir. Önceki kültürlerinde P.Aeruginosa saptanan hastalarda, kinolonlar oral tedavi için en uygun antibiyotik seçeneğidir. Yaşı daha küçük olan ve daha önceki kültürlerinde P. Aeruginosa saptanmayan hastalarda, S.Aureus ve H. İnfluenza'yı da etkileyebilecek 2. Kuşak sefalosporinler ya da ampisilin sulbaktam kombinasyonları kullanılabilir. Ama hastanın şikayetleri düzelmüyor ya da artıyor ise hastaneye yatırılarak intravenöz antibiyotik tedavisi alması uygundur. MRSA enfeksiyonlarında vankomisin, teikoplanin veya yeni antibiyotiklerden linezolid kullanılabilir. İlk P. Aeruginosa üremesinde eradikasyon çok önemlidir. Farklı tedavi protokolleri olmakla birlikte en sık tercih edilen 2-3 hafta süre ile direnç gelişimini önlemek için intravenöz 2 ilaç kombinasyonu (betalaktam+aminglikozid) kullanmaktır. Önerilen standart tedavi 2-3 haftadır.

Kronik P. Aeruginosa kolonizasyonu son 6 ay içinde (aralarında en az bir ay süreyle) üç kültürde P. Aeruginosa üremesi olmasıdır. P. aeruginosa ile kronik kolonize olan hastalar düzenli olarak nebulize antipseudomonal antibiyotikle tedavi edilmelidir. Bu amaçla; inhale tobramisin 28 gün aralıklarla ya da tobramisin direncinde kolimisin inhalasyon yolu ile kullanılır.

3- Enflamasyon tedavisi: KF hastaların solunum yollarında yoğun nötrofilik bir enflamasyonun olduğu bilinmektedir. KF'li hastalarda antiinflamatuvar tedavi ile ilgili kesin endikasyonlar mevcut olmamakla birlikte en yaygın olarak kullanılan ilaçlar makrolit grubu antibiyotiklerdir. Kortikosteroidler yan etkilerinden dolayı rutin olarak kullanımı önerilmektedir. Azitromisinn anti-enflamatuvar özellikleri hem antimikrobiyal hem de immünomodülatör etkilerine bağlıdır.

Pulmoner alevlenme sayısını azalttığı, SFT'yi arttığı gösterilmiş ancak Pseudomonas yokluğunda kullanımı tartışmalıdır.

KF'de hiperkapneik solunum yetersizliği ile karakterize son dönem akciğer hastalığı geliştiğinde noninvaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NPBV) kullanımı gerekebilir. KF'li hastalarda NPPV başlanması için kesin kriterler olmamak ile birlikte halsizlik, solunum sıkıntısı, sabah baş ağrıları gibi semptomlar ya da PCO₂ 'in yükselmesi (restriktif akciğer hastalıklarında 45mmHg, obstrüktif akciğer hastalıklarında 55 mmHg olması, gece oksijen satürasyonunun beş dakika süresince devamlı olarak % 88'in altında olması NPPV başlanması için en sık kullanılan endikasyonlardır. FEV₁ <%30 olan, beslenme durumu ve egzersiz toleransı bozuk hastalarda akciğer transplantasyonu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



açısından değerlendirilmelidir.

Son yıllarda KF'de mutasyon sınıfına göre uygulanan tedavi ajanları geliştirilmiştir. Mutasyona özgün tedavi, mutasyonun oluşturduğu bozukluğa göre 3 ayrı tipte küçük molekülü ajanla yapılmaktadır. Bunlar: fonksiyon. Arttırıcılar, onarıcılar ve mRNA da erken stop kodonları düzelterek okumayı sağlayan ajanlardır.

B- Gastrintestinal sistem tedavisi ve beslenme: KF'li hastalarda büyüme geriliği ve malnütrisyon sık görülen bir sorundur. Bu hastalarda beslenme durumu akciğer sağlığını ve fonksiyonlarını da etkiler.

1-Pankreas yetmezliği olan hastalara pankreas enzim replasman tedavisi verilmelidir. Pankreas enzim replasman tedavisi, her beslenme öncesinde bebeklerde 250-500 ünite/kg, daha büyük çocuklarda 500-2000 ünite/kg lipaz olarak başlanır. Daha sonra doz alınan yanıtı göre artırılabilir. Pankreas enzim replasman tedavisinin dozu 10.000 IU/kg/gün'ü almamalıdır.

2- Yağda eriyen vitaminlerin (A,D,E,K) eksikliği sık olarak görüldüğü için hastalara bu vitaminler verilmelidir.

3- KF'li tüm hastalarda tuz kaybı çok görülen bir sorun olduğundan hastalara tuz desteği yapılmalıdır ve hastalar tuz kaybı bulguları yönünden yakından izlenmelidir. Aşırı tuz kayıplarında hastanede parenteral tedavi gerekir. Kalsiyum desteği hızlı kemik büyümesinin olduğu adölesan dönemde ve kemik mineral dansitesi düşük olan çocuklarda yapılmalıdır.

4- KF'li hastaların günlük kalori gereksinimlerini karşılamak için o yaş için önerilen günlük kalori gereksiniminin %120-150'si verilmelidir. Bu enerjinin %15-20'si proteinlerden, %35-45'i yağlardan, kalanı karbohidratlardan sağlanmalıdır. Yiyecekler ile yeterli kalori alamayan ya da ağırlık kaybı gözlenen vakalarda oral destek ürünleri verilebilir, ancak bunlar normal beslenmenin yerini almamalıdır. Oral destek ürünlerine rağmen yeterli kilo alamayan çocuklarda nazogastrik sonda veya gastrotomi yolu ile enteral beslenme desteği verilebilir.

C-Endokrinolojik sistem değerlendirilmesi: İleri yaşla birlikte KF'e bağlı diyabet, büyüme geriliği ve gecikmiş puberte ile kemik mineralizasyon bozukluğu gelişebilir. Diyabet taraması için hastaların açlık kan şekeri ve klinik gereklilikte oral glukoz yükleme testinin yıllık yapılması ve akut hastalık, stres veya enfeksiyon durumlarında hastanede yatan hastalarda açlık ve tokluk kan şekeri takiplerinin yapılması önerilir. Osteopeniyi erken değerlendirmek için serum Ca, P, Vitamin D, PTH düzeylerinin yıllık ölçümü, adölesan yaş grubu ve erişkin hastaların yıllık kemik mineral dansitesi ölçümü önerilir.

D-Aşılar: KF hastalara, ülkemizde uygulanan rutin aşı programı ile aşılanmalıdır. Influenza aşısı da 6 ay üzeri olan hastalar yıllık olarak önerilir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



HİPERTANSİYONDA YENİ KLAVUZLAR NE DİYOR?

Nilüfer Gökner

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocukluk ve adolesan dönemde hipertansiyona yaklaşım için iki yeni klavuz bulunmaktadır. İlki 2009 yılında European Society of Hypertension tarafından oluşturulan 'Management of high blood pressure in children and adolescents'dir. Diğeri henüz 2017'de Pediatrics'de yayımlanan, American Heart Association tarafından desteklenen, American Academy of Pediatrics tarafından oluşturulan ve 'Clinical Practice Guideline for Screening and Management of High Blood Pressure in Children and Adolescents'dir. Bu sunumda ikinci klavuzdan bahsedilecektir.

APA tarafından oluşturulan klavuz bir pediatrik nefrolog, bir genel pediatrist, bir ebeveyn başta olmak üzere toplam 17 üyeden oluşmaktadır.

Klavuzda 30 anahtar öneri ve 27 ek öneri bulunmaktadır.

Klavuzun hedefleri;

Hasta ve aile merkezli bir yaklaşım

Gereksiz ve pahalı tıbbi müdahaleleri azaltmak

Tanı ve prognozu olumlu yönde geliştirmek

Yeni araştırmaları desteklemektir

Klavuzdaki önemli değişiklikler

- 1- Prehipertansiyon terimi yerine elevated 'yüksek kan basıncı' terimi getirildi.
- 2- BMI<85.p olan olgular ile yeni kan basıncı persentil tabloları oluşturuldu.
- 3- Basitleştirilmiş kan basıncı tarama tablosu oluşturuldu.
- 4- 13 yaş ve üzeri adolesanlar için yeni normal değerler oluşturuldu. Bu değerler American Heart Association ve American College of Cardiology ile uyumluydu.
- 5- Sağlam çocuk takibinde tarama sıklığı güncellendi.
- 6- Anormal kan basıncı ilk değerlendirme ve yönetiminde kolaylaştırılmış öneriler getirildi.
- 7- Pediatrik hipertansiyon tanı ve tedavisinde ABPM'in rolü artırıldı.
- 8- Yeni tanımlı hastalarda EKO ve sol ventrikül hipertrofi kriterleri yenilendi.

ANAHTAR ÖNERİLER

- 1- 3 yaş ve üzerinde yılda bir kez Kan Basıncı (KB) ölçümü önerilmektedir.
- 2- 3 yaş ve üzerinde
 - Obezite, diyabet
 - KB'nı yükselten ilaç kullanımı öyküsü
 - Böbrek hastalığı
 - Aortik arkusta obstrüksiyon veya koarktasyon varsa her kontrolde KB ölçülmelidir
- 3- Hipertansiyon tanısı üç ayrı vizitte KB 95.p ve üzerinde ise konulur. Tanı oskültatif yöntemle ve deneyimli sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır
- 4- Elektronik sağlık kayıtları ile takiplerde yüksek KB girişi olduğunda sistem uyarı vermelidir.
- 5- Osilometrik cihazlar kullanılabilir ancak mutlaka pediatrik yaş grubu için valide olmalıdır. Yüksek değerler oskültatif yöntem ile kontrol edilmelidir.
- 6- ABPM; Hipertansiyonun (HTN) doğrulanması için kullanımı önerilmektedir. Bir yıl ve üzeri artmış kan basıncı varsa veya 3. vizitte evre 1 HTN varsa uygulanmalıdır.
- 7- Rutin ABPM Riskli durumlarda mutlaka düşünülmelidir;
 - Sekonder hipertansiyon
 - KBY
 - Solid organ nakli
 - Obezite
 - Opere aort koarktasyonu
 - Hipertansiyon ilişkili genetik sendromlar
 - Prematüre doğum
- 8- ABPM; pediatrik popülasyon için valide edilmiş monitör ve pediatrik normal değerler ile kullanılmalıdır.
- 9- Beyaz önlük hipertansiyonu düşünülen hastalara ABPM takılmalıdır.
- 10- Ev kan basıncı ölçümü hipertansiyon, beyaz önlük veya maskeli hipertansiyon tanısında kullanılmamalıdır. Ancak ofis ve ABPM ölçümlerine destek olarak kullanılabilir.
- 11- 6 yaş ve üzerinde eğer pozitif aile öyküsü varsa, aşırı kilolu veya obez ise öykü ve fizik muayenede sekonder neden düşündürcek bir bulgu yoksa gerekli değildir.
- 12- Opere aort koarktasyonunda yıllık ABPM ile KB ölçümü yapılmalıdır.
- 13- KB yüksekliği saptandığında perinatal hikaye, beslenme, fizik aktivite, psikososyal öykü, aile öyküsü sorgulanmalı ve fizik



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



- muayene yapılmalıdır.
- 14- Sol ventrikül hipertrofisi için EKG çekilmesine gerek yoktur.
 - 15- A-EKO hedef organ hasarını saptamak için tedavi başlanmadan önce yapılmalıdır (Sol ventrikül kitlesi, geometri, fonksiyon) B-SVH; 8 yaşından büyük kız ve erkeklerde SVKI > 51 g/m^{2.7}, veya erkeklerde >115g/BSA, kızlarda > 95g/BSA.
C- EKO kontrolü 6-12 ay arayla yapılabilir. Tedaviye rağmen persistan HTN, konsantrik SVH veya azalmış son ventrikül ejeksiyon fraksiyonu varsa tekrar edilmelidir.
D- İlk EKO normalse, yıllık EKO evre 2 hipertansiyon, sekonder HTN, veya kronik evre 1 HTN (tam tedavi edilememiş) durumunda yapılmalıdır.
 - 16- >8 yaş çocuklarda, renovasküler hipertansiyondan şüpheleniliyorsa, Renal doppler USG ile RAS taraması yapılabilir.
 - 17- RAS şüphesinde BTA veya MRA kullanılabilir. Nükleer renografinin çocuklarda faydası sınırlıdır ve kullanımından kaçınılmalıdır.
 - 18- Rutin mikroalbuminüri bakılması önerilmemektedir.
 - 19- Çocuk ve adolesanlarda tedavi hedefi SKB ve DKB <90.persentil ve <130/80mmHg olmalıdır.
 - 20- Yüksek kan basıncı veya HTN tanısı alan çocuklarda **DASH diyeti ve fizik aktivite** (en az 3-5 gün ve 30-60 dk) önerilmektedir.
 - 21- Yaşam biçimi değişiklikleri ile tedavi yanıtı alınamayan hastalarda (özellikle SVH, semptomatik HTN, evre 2 HTN varsa ve bilinen obezite gibi bir etmen yoksa) tedaviye **ACE-i, ARB, uzun etkili kalsiyum kanal blokeri veya tiazid diüretik** ile başlanmalıdır.
 - 22- ABPM, tedavi etkinliğini göstermek için kullanılabilir (Özellikle ofis/ev kan basıncı değerleri yüksek ise)
 - 23- A- Kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalarda KB her başvuruda ölçülmelidir.
B-KBH varsa hedef KB 24 sa. MAP < 50.p
C- KBH' da ofis ve ev ölçümleri normal olsa dahi yıllık ABPM yapılmalıdır.
 - 24- KBH ve hipertansiyon varsa proteinüri değerlendirilmelidir.
 - 25- KBH' da hipertansiyona proteinüri eşlik ediyor ise ACE-i veya ARB düşünülmelidir.
 - 26- Tip 1 ve 2 DM tanılı hastalarda her kontrolde KB ölçülmeli ve ≥95.p veya >130/80mmHg (13 yaş üzeri) ise tedavi edilmelidir.
 - 27- Akut ciddi HTN durumunda kısa etkili antihipertansif ile KB ilk 8 saatte hedeflenen değer %25' inden fazla düşürülmemelidir.
 - 28- Yarışmalı sporlara katılım hedef organ hasarı ve kardiyovasküler risk değerlendirilmesi yapıldıktan sonra karar verilmelidir.
 - 29- Yarışmalı sporlara katılım öncesi KB, evre 2 HTN değerinin altında olmalıdır.
 - 30- Yüksek kan basıncı veya HTN tanısı alan adolesanlar **22 yaşında yetişkin polikliniğine** yönlendirilmelidir. Bazı durumlarda bu değer aşılabılır. Etiyoloji, geçmiş bulgular ve HTN komplikasyonları açısından bilgiler aktarılmalıdır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



NAZAL YÜKSEK AKIŞLI OKSİJEN TEDAVİSİNDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Nagihan Eyi

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Oksijen tedavisi arteriyel kanda oksijen eksikliğini gösteren hipoksemiye önlemek veya tedavi etmek amacıyla hastaya ek olarak oksijen verilmesiyle gerçekleştirilen bir tedavidir. Amaç; kandaki oksijenin taşınmasını sağlayarak solunum işini kolaylaştırmak, miyokart üzerindeki stresi azaltmak, alveoler basıncı artırarak hipoksemiye iyileştirmek ve doku oksijenizasyonunu artırmaktır. Oksijen; nazal kanül, basit yüz maskesi, rezervuarlı maskeler, gibi yavaş akımlı sistemlerle ve ventüri maske, yüksek akımlı nazal kanül gibi yüksek akımlı sistemlerle uygulanabilmektedir. Yüksek akımlı oksijen tedavisi; oksijenin ısıtılma ve nemlendirme işlemleri sonrası çok yüksek akımlara kadar (100 Lt/dk) uygulanan güvenli ve kullanışlı bir destek tedavidir. Yoğun Bakım'lardan sonra Kliniklerde ve Acil birimlerde de kullanımı yaygınlaşmaktadır. Literatürde CPAP, transnazal üfleme (blow) ve yüksek akımlı tedavi olarak adlandırılmaktadır. Sistem; bir hava/oksijen karıştırıcısı, aktif ısıtıcı, nemlendirici, nazal kanül ve devreden oluşmaktadır. Hava /oksijen karıştırıcısı oda havasını kullanarak FİO₂ yi 0,21 den 1,0 e kadar değiştirebilmektedir. Aktif nemlendirici aracılığıyla oksijen, su buharı ile satüre edilmekte ve tek yönlü devir hortumu sayesinde nemlendirilmiş oksijen 37 dereceye kadar ısıtılarak nazal kanüle aktarılmaktadır. Yüksek akım oksijen tedavisinin endikasyonları;

*Hipoksik solunum yetmezliği (Pnömoni, Akut Astım gibi)

*Yüksek FİO₂ ihtiyacının olduğu durumlar (Entübasyon, Ekstübasyon sonrası respiratuar distres, CO zehirlenmesi gibi)

*Hiperkapnik solunum yetmezliği (KOAİ gibi)

*Baş ağrısı (migren, küme tipi baş ağrısı gibi) olarak sıralanabilir.

Geleneksel oksijen verme yöntemlerine göre birtakım avantajları ve dezavantajları mevcuttur.

Avantajları: Noninvasif ya da invaziv mekanik ventilasyona ihtiyaç kalmadan hastalara daha yüksek FİO₂ sağlayabilir. Nazofarengeal ölü boşluğu doldurarak inspiratuar rezistansı azaltır ve bu yolla solunum yükünü azaltabilir. Nemli ve ısıtılmış oksijen, mukozal dehidratasyonu önleyerek siliyer aktivitenin devamlılığını sağlar. Azalmış ısı kaybı sonucu trakeit gelişmesini önleyebilir. Tedavi sırasında hastalar beslenebilir ve konuşabilir.

Dezavantajları: Ağız kapalıyken 100lt/dk akımda PEEP 12cm-H₂O iken, ağız açıldığında 2 cm-H₂O ya kadar düşebilir. PEEP değışkendir ve ölçülemez. Standart nazal kanüle göre çok daha fazla teknoloji gerektirir ve pahalıdır. Başarısız tedavi Entübasyonda gecikmeye ve daha kötü klinik sonuçlara yol açabilir.

Nazal kanül etrafından ve ağızdan hava kaçışı olması, pnömotoraks, pnömomediastinum, burunda travma ve karında şişlik gibi yan etkileri mevcuttur.

Hemşirelik Bakımında Dikkat Edilmesi Gereken Hususlar:

*Cihaz ve malzeme hazırlığı yapılmalı, cihazın dezenfekte edildiğinden emin olunmalıdır.

*Hastaya uygun boyutta kanül ve malzemeler seçilmeli, aksi takdirde burun deliklerinde iritasyon ve kanülün yerinden çıkması gibi sorunlarla karşılaşılabilir.

*Nemlendirme işlemi için steril distile su kullanılmalıdır.

*Hasta ve yakınına yapılacak işlemle ilgili bilgi verilmeli ve işbirliği sağlanmalıdır. Çocuk ağlıyorsa sakinleşmesi (yenidoğanlarda emzik verme, kundak yapma gibi) sağlanmalıdır. Ağız kapalı olması işlemin etkinliğini artıracaktır.

*Hastaya uygun pozisyon verilmeli. Kanül kaymayacak şekilde düzgünce sabitlenmelidir. Prone pozisyonunda oksijenizasyon supine pozisyona göre daha fazladır. Sık pozisyon değışimi sekresyonların hareketini de kolaylaştıracaktır.

*Hasta mutlaka monitörize edilmeli, kalp atımı, kan basıncı, solunum sayısı ve oksijen satürasyonu yakından takip edilmeli ve kaydedilmelidir.

*Cihaz üzerindeki göstergeler (FİO₂, oksijen akım hızı, sıcaklığı,) aralıklı takip edilmeli ve değışiklikler kaydedilmelidir.

*Tedavinin etkinliğini belirlemek ve komplikasyonlarını erken tanımlayabilmek için hasta sık aralıklarla dikkatle izlenmeli, solunumun niteliği ve hastanın bilinç durumu değerlendirilerek kaydedilmelidir.

*Hasta göğüste sıkıntı, ağrı, dispne, huzursuzluk, yorgunluk, giderek artan solunum güçlüğü, öksürük, parestezi gibi oksijen toksisitesi belirtileri yönünden izlenmelidir.

*Hastanın klinik durumuna göre Dr. istemiyle aralıklı kan gazı ve Akc grafisi takibi yapılmalıdır.

*Uygulama sırasında gastrik distansiyon gelişebileceğinden, aspirasyon riskini de önlemek için NGS ya da OGS ile mide havasının drenajı sağlanmalıdır.

*Çocuğun klinik durumun gerektirdiği sıklıkla burun içi ve ağız içi sekresyonlar aspire edilmeli ve hava yolu açıklığı sürdürülmelidir. Burun içinin ya da kanülün tıkalı olması tedavinin etkinliğini azaltacaktır.

*Postüral drenaj (taputman, vibrasyon,) uygulanarak, sekresyonların akciğerlerden trakeaya atılması sağlanmalıdır. İşlem; yemeklerden 30-45 dk önce, inhaler bronkodilatör ilaçlardan 15-20 dk sonra uygulanmalıdır. Toplamda en fazla 20-30 dakika sürmelidir.

*İritasyon belirtileri ve basınç noktaları için hastanın burun, kulak, boyun arkası ve yüzü 4-8 saatte bir kontrol edilmeli, pozisyonu değıştirilmeli ve deriye temas eden bölgeler pedlerle desteklenmelidir.

*Ağız hijyenini sağlamak için hastanın ihtiyacına göre 4-6 saat arayla etkin bir ağız bakımı verilmeli, dudaklara, yüze, buruna su bazlı nemlendirici krem sürülmelidir.

*Tedavi süresince hasta ve yakını ile iletişim kurulmalı ve psikolojik destek sağlanmalıdır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



*Tedavinin olası başarısızlığı göz önünde bulundurularak, entübasyon endikasyonuna karşı hazırlık yapılmalıdır.

Sonuç olarak;

Yüksek akım oksijen tedavisi ile vücuttaki oksijen düzeyi artırılırken hastanın hastanede kalış süresi kısalmaktadır. Tedavideki başarı hava yolu açıklığının ve etkin ventilasyonun sağlanması ile mümkündür. Hemşire Oksijen tedavisinin temel prensiplerini, endikasyonlarını, uygulama yöntemlerini, komplikasyonlarını ve hipokseminin altında yatan nedenlerini bilerek uygulamalı ve hastanın hemşirelik bakımı gereksinimlerine yönelik girişimleri uygulamalıdır. Ancak bu şekilde tedaviden olumlu sonuç alınması mümkün olacaktır.

Kaynaklar

- High-flow nasal cannula/Chris Nikson.Life in the Fastlan Critical Care Compendium/july 2015
- Jhons PG ve ark.Randomized Controlled Trial of Humidified High-Flow Nasal Oxygen for Acute Respiratory Distress in the Emergency Department :The HOT-ER study. Resp. Care 2016;61(3):291-9
- Uysal H. Oksijen Tedavisi ve Hemşirelik Bakımı. Kardiyovasküler Hemşirelik Dergisi. 2010
- Kezer S. Solunum Yetersizliğinde Yüksek Akımlı Oksijen Tedavisi. Genç pediatristler dergisi. Cilt-1. Sayı-2. 2015
- Ortaç Ersoy E. Oksijen Uygulama Sistemleri. Yoğun Bakım Dergisi 2016; 7:99-105



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA SİMÜLASYON

Sema Kuşuoğlu

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi

Geleneksel hemşirelik modeli bilgi ve becerilere odaklıdır. Modern hemşirelik öğrenme modeli ise, kültürel uygulamalara duyarlı, bireysel öğrenmeden çok toplumsal öğrenmeye odaklı, dinamik, aktif ve reflektifdir. Çağdaş anlayışa göre hemşirelerden; eğitici, araştırmacı, yönetici, karar verici ve savunucu rollerinin yanı sıra güvenli, maliyeti etkin ve kaliteli bakım sunması beklenmektedir. Bu anlayış bağlamında simülasyon hemşirelik eğitiminde kritik düşünme, sorun çözme ve karar verme yeteneklerini kullanıma sunan ve geliştiren yeni bir eğitim bilimidir.

Biz hemşire eğitimciler; kritik düşünme becerileri, öğrenme ve kendine güven gibi yetenekleri geliştirmeye yönelik öğrenme yaklaşımları ile uğraşırız. Çünkü bizler örgün hemşirelik eğitimimizde ya da mezuniyet sonrası sürekli eğitim programlarımızda hemşireleri, klinik uygulama alanlarında karşılaşabilecekleri her duruma hazırlamayı hedefleriz.

Hasta güvenliği ve tıbbi hatalara yönelik farkındalık, sağlık alanlarında teknolojinin kullanımındaki artış, klinik eğitimi etkileyen sağlık bakım sistemleri, hasta hakları, sağlık bakım eğitiminin kalitesi, yetki devri, liderlik ve iletişimin güçlendirilmesi, bakım kalitesi, alternatif klinik deneyimlere olan gereksinim, hataların hastaya zarar vereceği korkusundan uzak fiziksel ve psikolojik güvenli öğrenme ortamına duyulan gereksinim, klinik veya laboratuvar ortamlarında kullanılacak malzemelere önceden aşinalık, sürekli eğitimin gerekliliği, uygulama eğitimlerinin geçerli-güvenilir ve ölçülebilir hale getirilebilmesi, tüm becerilerin güvenli bir ortamda geliştirilebilmesi gibi faktörler klinik simülasyonu gerekli kılar.

Hem yetkinlik gelişimi hem de hasta bakımı için geleneksel kavramların veya yaklaşımların dışındaki düşüncede bir değer olan simülasyon uygulamaları; öğrenmeyi ve öğrenilenlerin davranışa dönüşümünü kolaylaştıran etkin bir eğitim yöntemidir.

Simülasyonun, askeri, nükleer güç ve havacılıkta iyi bilinen bir geçmişi vardır. Ayrıca, birçok önemli çalışma tarafından desteklenen, önerilen bir öğretim ve öğrenme stratejisidir.

Eğitim stratejisi olarak simülasyon; öğrenenlere güvenli bir çevrede öğrenme ve uygulama yapmalarına izni veren gerçeğe uygun klinik durumlar sağlar.

Simülasyon yöntemleri 2005'de yayınlanan Jeffries'in , "A Framework for Designing, Implementing, and Evaluating Simulations Used as Teaching Strategies in Nursing." makalesine odaklanır. Daha sonra bu tema, uzmanlardan oluşan bir ekip tarafından revize edilerek orta düzey teori olarak kabul edilmiştir. Yeni ismi "The NLN Jeffries Simulation Theory"dir. Simülasyonun hemşirelik eğitim programlarına entegrasyonunu açıkça gösterir.

Hastane ortamında sağlık hizmetlerinin sunumunda güvenliğin sağlanması, Institute for Medicine'in 1999'da yayınladığı "Err Is Human" raporu sonrasında artan bir ilgi görmüştür. Teknoloji ve süreçlerde birçok iyileşmeye rağmen, sağlık bakımındaki hatalar devam etmektedir. Hasta Güvenliği Dergisinin (Journal of Patient Safety) Eylül 2013'te yayınlanan sayısında, Amerika'da bakım ve tedavi için hastaneye gidip gelen 440.000 hastanın tıbbi hataya maruz kaldığını ve bu tıbbi hataların Amerika Birleşik Devletleri'nde ölüm nedenleri arasında üçüncü sırada yer aldığı ve önlenabilir zararlar olduğu belirtilmiştir. Sağlık hizmeti; bireylere kaliteli, hatasız işlevleri devam ettirmeye odaklanmaktadır. Simülasyon, uygulama hatalarını azaltmak için güçlü bir yöntemdir. Bu uygulamalı öğrenme yöntemi, acemi ve deneyimli sağlık profesyonelleri için hatanın oluşma olasılığının arttığı yüksek ve düşük riskli durumlarda pratik yapmalarını sağlar. Simülasyon, gerçekliği taklit eder, hayata benzer durumlarda hastalarla etkileşime girme fırsatı sağlayarak ilgi çekici bir öğrenme ortamı ve daha kişisel bir deneyim sunar. Bu nedenle gerçek hastaların bakımı ve güvenliğini geliştirme potansiyeline sahiptir.

Bilgisayardan bilgi ve istem, ilaç girişleri, brifingler, cerrahi kontrol listeleri ve ilaçların zaman aşımı kullanımı gibi hasta güvenliğini artırmak için sayısız girişim başlatılmıştır.

Simülasyon temelli hasta senaryoları teori ile klinik arasında köprü oluşturur. Hasta simülatörleri ile çalışanlar derslerde ya da okuyarak anlayamadıkları psikolojik yanıtları görerek daha kolay anlayabilirler. Var olan bilgilerini yeni edindikleri bilgileri ile birleştirerek kritik düşünme ve sorun çözme becerilerini geliştirirler.

Gelişmiş ülkelerde hastaneler simülatörler satın almakta, simülasyon merkezleri geliştirilmekte ve hasta güvenliği, kalite geliştirme girişimleri için simülasyon uzmanları aramaktadırlar. Ulusal Kalite Forumu Uygulaması # 3 (Takım Oluşturma ve Beceri Geliştirme) açıkça "Sağlık kuruluşları takım çalışması eğitimi, beceri geliştirme ve ekip liderliğindeki performans iyileştirme girişimleri yoluyla



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



takım temelli bakım geliştirmeye yönelik proaktif, sistematik ve organizasyon çapında yaklaşımlarda bulunarak hastaların önlenabilir zararlara maruz kalmasını azaltacaktır” demiştir. (National Quality Forum, 2003). Sağlık ekibimizin simüle edilmiş gerçekçi hasta bakımını güvenli bir ortamda deneyimleme fırsatı çok değerlidir.

Simülasyon, belirli bir alanda yetkinliğin geliştirilmesi için etkili bir mekanizma sağlayabilir. Örneğin, bir yönetici birim verilerini inceler ve kodlara tepki süresinin arttığını not ederse (örn. Kötüleşen hastaların erken teşhisi olmaz), simülasyon, ekibin kötüleşen hastanın değerlendirilmesi ve öngörülen tedavisi için bir fırsat sağlayabilir. Benzer şekilde birim liderlik, çok disiplinli ekip arasında meydana gelen işbirliğinde bir azalma olduğunu belirtebilir. Ekip arasında iletişim kurmayı gerektiren simülasyon senaryoları, işbirliğini ve hasta bakımını iyileştirmede yardımcı olabilir.

Simülasyon bir değerlendirme yöntemi olarak da düşünülebilir. Örneğin, oryantasyonu tamamlamadan önce, bir takım beceri temelli simülasyonları başarıyla tamamlamak (örneğin, trakeostomi bakımı, göğüs tüplerini değerlendirmek, IV kanul yerleştirme vb.) istenebilir. Simülasyon, yıllık yetkinlikleri sağlamak için veya yetersiz çalışanların düzeltilmesi için kullanılabilir.

Ekip çalışması, iletişim, sistemler ve süreçler ile becerileri geliştirmek için birçok simülasyon yapılmaktadır. Çoğumuz simülasyonun bir öğretim yöntemi olarak önemini kabul etmemize rağmen birçok programın gelişme veya uygulama aşamasında olduğunu ve bu eğitim deneyimini sağlamak için lider desteği ve kaynakların etkin kullanımına yönelik endişe duymaktayız. Simülasyon çalışmalarının hastanelerimizde özellikle yeni göreve baslayan meslektaşlarımızın oryantasyon programlarında kullanılması yararlı olacaktır.

Son 20 yılda simülasyon hemşirelerin ve hekimlerin eğitiminde daha bütünleşmiş olmasına rağmen, hemşireleri uygulama becerilerinin geliştirilmesine pek entegre olmamıştır. Bu yazıda, simülasyon teknikleri ve kullanımları ile seçilen simülasyon araştırmalarının gözden geçirilmesi sağlanacaktır. Simülasyonu kullanma ve simülasyonun eğitime entegrasyonu ile ilgili önerilere rağmen, hala hasta sonuçları üzerindeki etkisinin ampirik kanıtlarından yoksundur.

Bu sunumda; hemşirelik uygulamaları ortamında çeşitli örneklerle simülasyonun güncel kullanımlarını gözden geçirilecek ve bir simülasyon programı geliştirmek için öneriler sunulacaktır.

KAYNAKLAR

1. Aebersold, M., Tschannen, D., (2013). Simulation in Nursing Practice: The Impact on Patient Care. OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing, 18(2).
2. Berragan, L. (2011). Simulation: an effective pedagogical approach for nursing?. Nurse Education Today, 31(7), 660-663.
3. Foronda, C., Liu, S., Bauman, E. B. (2013). Evaluation of simulation in undergraduate nurse education: an integrative review. Clinical Simulation in Nursing, 9(10), 409-416.
4. Lopez CM. Becoming Personal About Patient Safety, Clinical Simulation in Nursing (2017) 13, 51-52
5. McCaughey, C. S., Traynor, M. K. (2010). The role of simulation in nurse education. Nurse education today, 30(8), 827-832.
6. Moule, P. (2011). Simulation in nurse education: past, present and future. Nurse Education Today, 31(7), 645-646.
7. Senger, B., Stapleton, L., Gorski, M.S. (2012). A hospital and university partnership model for simulation education. Clinical Simulation in Nursing, 8(9), 477-482.
8. Shellenbarger, T., Edwards, T. (2012). Nurse educator simulation: Preparing faculty for clinical nurse educator roles. Clinical Simulation in Nursing, 8(6), 249-255.
9. Shin, S., Park, J.H., Kim, J.H. (2015). Effectiveness of patient simulation in nursing education: meta-analysis. Nurse Education Today, 35(1), 176-82.
10. Swenty, C. F., & Eggleston, B. M. (2011). The evaluation of simulation in a baccalaureate nursing program. Clinical Simulation in Nursing, 7(5), 181-187.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



HEMŞİRELİK UYGULAMALARINDA YENİ TEKNOLOJİK YAKLAŞIMLAR

Nuran Aydın

Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Sağlık hizmetlerinde iki önemli konu öne çıkmaktadır. Birincisi kronik hastalıkların önlenmesi ve yönetimi, diğeri sağlık hizmetlerinde teknoloji kullanımıdır. Hemşirelik ve dijital sağlık uygulamaları her geçen gün daha fazla görünür duyulur olmaya başlamıştır. Mobil teknolojilerin sağladığı avantajlar hemşirelik hizmetlerinin daha hızlı, güvenli ve maliyet etkin verilmesine katkı vermektedir.

Dijital sağlık, bilişim, teknoloji, bilgi teknolojisi gibi terimler arasında bir karışıklık olduğu görülmektedir. Dijital sağlık uygulamaları bir kişinin giydiği, taşıdığı kablosuz sensörler, tabletler, tablet bilgisayarlar, geri bildirim cihazları, cilt ve beden sensörleri ile veri aktarımı sağlanması ve bu yolla sağlık bakım hizmetlerinin yürütülmesine katkı verilmesi demektir. Sağlık alanında bu veri aktarımlarının %90'ı akıllı cep telefonları ile yapılmaktadır. Akıllı cep telefonlarında en çok kullanılan dijital uygulamalar ise facebook, instagram gibi sosyal medya uygulamaları ile kullanıcısıyla tanışmaktadır. Dijital sağlık uygulamaları ile bireylerin uyku alışkanlıkları, yaşam bulgularını takibi, kalori ve egzersiz yönlendirmeleri, ilaç uygulama hatırlatmaları, aşı takip işlemleri, yara izlemi gibi pek çok hizmet verilebilmektedir.

Dijital sağlık; bilgiyi bulma, kullanma, kayıt etme, yönetme ve iletme anlamındadır. Hemşireler, dijital sağlık uygulamalarını hemşirelik bakımını desteklemek ve hasta bakımı hakkında bilgi edinmek ve bilgiyi paylaşmak, edindiği bilgiler ışığında karar vermek için kullanırlar. Bakımında sorumlu olduğu bireyler ve topluma dijital araçları kullanmayı öğretmek bakımın herkese ulaştırılmasını sağlarlar. Ayrıca hemşireler, hemşirelik eğitiminde kullanılan dijital materyalleri tasarlanması ve uygulanmasına da katkı verirler.

Dijital teknolojilerin en önemli özelliklerinden biri kişiye özel çözümler üretilebilmesidir. Dijital teknolojilere entegre edilen karar destek sistemleri ile bireylerden gelen veriler işlenip kişiye özel çözümler hızlıca oluşturulabilmektedir. Gelecekte bu yolla kişiye özel ilaçların, ilaç dozlarının çok hızlı oluşturup sunulacağı belirtilmektedir. Bu noktada hemşirelerin doğru veri kaydını sağlayacak uygulamalar üzerinde çalışmaları gerekmektedir.

Günümüz hemşirelerinin dijital sağlıktan bağımsız olmaları mümkün değildir. Hemşirelik hizmetlerinin iyileştirilmesi açısından bakıldığında dijital teknolojilerin, özellikle dağıtık coğrafyalarda hizmet veren hemşireler için çok önemli hale geldiği görülmektedir. Mobil teknolojiler kullanılarak hemşirelere eğitim verilmesi ya da onların eğitim alması için gereken yolculuk zamanı ve masrafları ortadan kaldırılmaktadır. Sağlık hizmetindeki eğitimleri, bilgileri, uygulamaları aynı standartlarda tüm hemşirelere ulaştırılması, uygulamaların dijital sağlık araçları kullanılarak ölçülebiliyor olması hizmet alana eşit ulaşılması anlamına gelmektedir. Bu aynı zamanda hemşirelik bilgi ve becerilerinin de azami ölçüde aynılaştırılması anlamındadır. Ayrıca dijital teknolojiler ile öğrenen hemşirelerin daha rahat ettikleri görülmüştür. Öğrenmeye çalıştığı konunun videosunu ya da uygulamasını istediği zaman, istediği sayıda tekrarlı kullanabilmekte buda onun başarısızlık hissi olmaksızın öğrenmeye teşvik etmektedir. Dijital teknolojiler ile hizmet verdiği hasta verilerini kolaylıkla kaydedebilmekte, bunlara uygun yazılımlar sayesinde istatistiklerini çıkarabilmekte ve verdiği hizmeti ölçebilmektedir. Bununla da kalmayıp diğer bölge ya da kurumlar arasında karşılaştırma yapabilmekte, genel ya da lokal raporlamalar çıkarabilmektedir. Dijital sağlık uygulamalarını kullanan hemşirelerin bir süre sonra kendi çözümlerini ürettikleri, tasarım önerileri getirdikleri ve bu alandaki firmalara danışmanlık yapmaya başladıkları görülmektedir.

Dijital uygulamalarda hemşireleri en çok zorlayan konular; teknolojiye uyum sağlayamama ve bilgi güvenliği kaygılarıdır. Teknoloji ile sonradan tanışmış olan nesillerin bunu yönetemeyeceği kaygısı hemşirelerde hala mevcuttur. Onlara yavaş ve karmaşık olmayan yollar ile denemeler yapmaları ve sonuçları görmeleri sağlanmalıdır. Ayrıca program yazılımcılarının basit ara yüz tasarımları ile alışma/ öğrenme dönemleri oluşturmaları bir başka çözüm olabilir. Dijital uygulamalar kesintisiz wifi erişimi gerektirmektedir. Erişimin yavaş olması, sık sık kapanması gibi durumlar uygulamaların kullanılmaması anlamına gelir. Hemşirelerin bu araçları kullanımı isteniyorsa ise bu erişimin ücretsiz, hızlı ve kesintisiz sağlanması gerekmektedir. Bilgi güvenliği ise hala yeni dünyanın önemli sorunlarından biri olmaya devam etmektedir. Bu konu ulusal güvenlik olarak değerlendirilip çözüm önerileri hep beraber uygulanmalıdır.

Sonuç olarak; hemşirelerin dijital sağlık uygulamalarını anlamaya, kullanmaya gönüllü olmaları gerekmektedir. Aksi halde yeni dünya sağlık anlayışında hemşirelik olarak var olmaları çok zor olacaktır.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KAYNAKLAR

De Veer, A. J., Fleuren, M. A., Bekkema, N., & Francke, A. L. (2011). Successful implementation of new technologies in nursing care: a questionnaire survey of nurse-users. *BMC Medical Informatics and Decision Making*, 11(1), 67.

Lucas, H. (2015). New technology and illness self-management: Potential relevance for resource-poor populations in Asia. *Social science & medicine*, 145, 145-153.

Mamykina, L., Smaldone, A. M., & Bakken, S. R. (2015). Adopting the sensemaking perspective for chronic disease self-management. *Journal of biomedical informatics*, 56, 406-417.

Morton, K., Dennison, L., May, C., Murray, E., Little, P., McManus, R. J., & Yardley, L. (2017). Using digital interventions for self-management of chronic physical health conditions: a meta-ethnography review of published studies. *Patient education and counseling*, 100(4), 616-635.

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). Feasibility and acceptability of Facebook for health promotion among people with serious mental illness. *Digital health*, 2, 2055207616654822.

Naslund, J. A., Aschbrenner, K. A., Scherer, E. A., McHugo, G. J., Marsch, L. A., & Bartels, S. J. (2016). Wearable devices and mobile technologies for supporting behavioral weight loss among people with serious mental illness. *Psychiatry research*, 244, 139-144.

Samples, C., Ni, Z., & Shaw, R. J. (2014). Nursing and mHealth. *International Journal of Nursing Sciences*, 1(4), 330-333.

Van Olmen, J., Kegels, G., Korachais, C., de Man, J., Van Acker, K., Kalobu, J. C., ... & Malombo, B. (2017). The effect of text message support on diabetes self-management in developing countries—A randomised trial. *Journal of clinical & translational endocrinology*, 7, 33-41.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



FİZYOTERAPİNİN YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDAKİ ROLÜ

Özlem Mutluer

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

RİSKLİ BEBEK VE FİZYOTERAPİ

Neonatal dönem, insan yaşamının en kritik, riskli ve hassas dönemini oluşturur. Bu dönemde sağlanan bakım koşullarının kalitesi ve yeterliliği ileriki yaşam dönemleri için çok önemlidir. Yenidoğan dönemi yaşam kaybının en fazla görüldüğü dönemlerdendir. Bu dönemdeki yeterli ve doğru tedavi ve bakım ciddi boyutta yaşam kaybını azaltacaktır. Bununla beraber yaşam kalitesinde de önemli artış olacaktır.

Riskli bebekler nörolojik sorunlar, gelişme geriliği, kardiyak ve pulmoner problemler açısından büyük risk altında olan gruplardır. Bu grup genelde; prematüre ve düşük doğum ağırlıklı bebekler, nörogelişimsel bozukluk riski olan bebekler, kardiyovasküler sistem sorunları olan bebekler, intraventrüküler kanama, perinatal asfiksi, hipoksik iskemik ensefalopati ve bronkopulmoner displazili bebeklerden oluşur. Riskli bebeklerin tanısı ve izlemi pek çok bilim ve uzmanlık dalını ilgilendiren multidisipliner bir ekipten oluşur. Bu multidisipliner ekip içerisinde yenidoğan uzmanı, çocuk nöroloji uzmanı, çocuk gelişim uzmanı, fizyoterapist, solunum fizyoterapisti, oftalmolog, konuşma ve dil fizyoterapisti ve farklı disiplinlerin içinde yer aldığı bir ekip bulunmalıdır. Bu ekipte yer alan fizyoterapist sadece yenidoğan yoğun bakımda değil, ayaktan takip edilen ve evde takip edilen hastalar için tedavide son derece önemli bir yer tutmaktadır.

Gelecekte gelişimsel bozukluk riski taşıyan bebeklere erken dönemde uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon, gelecekte nörogelişimsel gerilik riski olan bebeklerin motor, sosyal ve kognitif gelişimini destekler ve yaşam kalitesini artırır.

FİZYOTERAPİ YAKLAŞIMLARI

Fizyoterapi yaklaşımları, erken dönemde bebeğin değerlendirilmesi, uygun fizyoterapi yönteminin belirlenmesi, fizyoterapi yaklaşımlarının uygulanması, ev programının planlanması, ailenin eğitimi ve düzenli takibini içerir.

Erken dönemde yapılan değerlendirmeye bebeğin prenatal, perinatal ve postnatal bilgileri o anki medikal durumu, eklem hareket açıklığı, fonksiyonel yetenek, duyu ve motor yetenekleri, genel kas tonusu, fizyolojik ve patolojik refleks durumu, genel dolaşım ve solunum değerlendirmesi, cilt ve yumuşak dokuların değerlendirilmesi şeklinde genel olarak sıralanabilir.

Erken müdahale, neonatal dönemden başlayıp 24 aya kadar uygulanan fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarını içermektedir. Fizyoterapi ve rehabilitasyon yaklaşımlarında temel amaç, beyin plastisitesinden kaynaklanan hızlı öğrenme yeteneğini kullanarak normal fonksiyonel hareketlerin kazandırılması ve normal duyu girdisinin verilmesi bebeğin tüm açılardan mümkün olduğunca en bağımsız seviyelere ulaştırılmasıdır.

Fizyoterapi ve rehabilitasyon yöntemleri genel olarak; genel fizyoterapi ve rehabilitasyon uygulamaları, nörogelişimsel terapi (bobath), duyu bütünleme terapisi, göğüs fizyoterapisi, yutma fizyoterapisi ve aile destekli terapidir.

Neonatal dönemde uygulanan değerlendirme ve uygulamalar sırasında hassas olunmalıdır. "Az dokun çok gözle" ilkesi olmazsa olmaz bir prensip olarak dikkate alınmalıdır. Multidisipliner ekiple işbirliği içerisinde, tedavi, beslenme, fizyoterapi ve muayene saatleri ayarlamalıdır. Multidisipliner ekip ve aile işbirliği içerisinde prognozunu iyileştirilmesi ve bebek ve ailenin yaşam kalitesinin artırılması amaçlanır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



YENİDOĞAN PICC UYGULAMALARINDA HEMŞİRENİN ROLÜ

Melek Selalmaz

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Neonatolojinin gelişmesiyle birlikte yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde vasküler kateterler cankurtaran olarak kullanılan en yaygın girişim olmuştur. Yatan hastalarda vasküler erişim için kullanılan periferik yerleştirilen santral kateterler (PICC) popüler bir yöntem haline gelmiştir. Günümüzde çok düşük doğum ağırlıklı bebekler, kritik hasta bebekler, kronik hastalar, cerrahi girişim gerektiren bebeklerin sayısı artmakta olup uzun dönem parenteral beslenme ve IV medikasyon ihtiyacı da doğmaktadır. Umbilikal ve periferik ven kateterlerinin kullanım zamanı sınırlı olduğundan ve periferik olarak her türlü mayı gönderemediğimizden alternatif en kullanışlı yol periferik yerleştirilen santral kateterdir. PICC kullanımı uzun süreli tedavi olanağı sağlar, periferik venlerin zedelenmesini önler, ağrı gelişimini azaltır, mayı özellikler açısından daha geniş imkanlar sağlar, komplikasyon oranı azalır, iş gücü ve zaman yönetimini pozitif yönde etkiler, yarar/maliyet oranı daha yüksek olduğundan tercih edilen vasküler bir girişimdir.

PICC Yönetiminde Hemşirenin Rolü

Ülkemizde PICC yerleştirilmesi hekim sorumluluğunda, bakım ve takibi hemşire sorumluluğundadır. Ancak hemşirelerin rolü PICC uygulamasının hazırlık aşamasıyla başlar; kateterin yerleştirilmesi, bakım ve takibi, kateterin çekilmesi ve PICC çıkarıldıktan sonraki takibinde dahi devam etmektedir. PICC uygulamasında malzemelerin ve bebeğin hazırlığı hazırlık aşamasında yapıldıktan sonra hemşirenin görevi PICC yerleştirme işleminde hekimi asiste etmekle devam etmektedir. PICC yerleştirildikten sonra uzun süreli kullanımını sağlamak tüm dünyada kabul görmüş kılavuzların eşliğinde bakım ve izlemin yapılmasıyla mümkündür. Burada asıl amacımız PICC'in tıkanmasını ve enfeksiyonları önlemek, komplikasyonları en aza indirmek ve kateter kalış süresini uzatarak bebeği invaziv girişimlerden korumaktır. Bunu başarabilmenin en iyi yolu PICC konusunda eğitimli ve deneyimli bir "PICC Bakım Ekibi" oluşturmaktır. Bakım ekibi oluşabilecek sorun ve komplikasyonları erken fark ederek kateterin daha güvenli bir şekilde kullanılmasını sağlayacaktır.

PICC Takibi ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar

PICC takibi sırasında dikkat edilmesi gereken en önemli husus el hijyenini sağlamaktır. Kateter takılması sırasında cerrahi el yıkama, bakım sırasında hijyenik el yıkama yapılması gerekmektedir. Kateter ve kateter açıklığı, kateterin yeri ve pansumanı dikkatli bir şekilde izlenmeli ve değerlendirilmelidir. Katetere bağlı olan tüm setler luer lock sistemi olmalı ve steril teknik ile monte edilmelidir. Katetere doğrudan girişim yapılması kontaminasyon riskini artırdığından split septum iğnesiz girişim aparatı (ven valfi) kullanılmalıdır. Ven valfinin dezenfeksiyonu için antiseptik solüsyon (povidon iyot / klorheksidin) ve alkol kullanılabilir. PICC takıldıktan hemen sonra tıkanmayı önlemek amacıyla IV sıvı bağlanmalı ve hiçbir şekilde sıvı bağlantısı kesilmemelidir. İlaç uygulaması öncesinde ve sonrasında SF ile yıkama yapılmalıdır. Uygulanan ilaçların geçimsiz olup olmadığı konusunda dikkat edilmeli ve mümkünse arka arakaya verilmemelidir. Sıvılar bir infüzyon pompası ile verilmeli ve sıvı infüzyonu başlanmadan önce pompanın alarm ayarları kontrol edilmelidir. Kateter tıkanıklığını ve trombozu önlemek için sıvıların heparinize edilmesi önerilmektedir. Heparin ilavesi 0,25-1 ünite/100 ml konsantrasyon elde edecek şekilde hazırlanabilir. Kateter açıklığını korumak için minimum saatlik akım hızı 1 ml/saat olmalıdır. Yıkama solüsyonu olarak sodyum klorür (SF), hem de heparinize salin solüsyonu (ilaçlar salin ile uyumsuz ise dekstroz solüsyonu) kullanılabilir. 28 gauge ya da 1,9 Fr'den daha büyük kateterlerde aralıklı heparin kitlemesi yapılabilir. Yıkama 5-10 ml çapındaki enjektör ile yapılmalıdır. Daha düşük çaplı enjektörler kateter ve damar iç çeperi hasarı riski nedeniyle kullanılmamalıdır. Kateterde tıkanma ve hemolize neden olabileceğinden kan ürünleri (özellikle kırmızı kan) sadece çok acil durumlarda verilmelidir. Kateter tıkanıklığı ve hemoliz riski açısından kan alımı önerilmemektedir. Kateterin kaç santimde takıldığı, kateter yeri ve çevresiyle ilgili tüm gözlemler, giden IV sıvının özelliği ve miktarı mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

PICC Çıkarılması

Kateterin kullanım amacı ortadan kalktığında, herhangi bir kontaminasyon şüphesi varlığında komplikasyon veya tedavi sonlandırması sonrası bekletmeden çıkarılmalıdır.

- Bebeğin sakin olması sağlanır ve yatan bir pozisyon verilir.
- Pansuman uzak köşeden kaldırılarak deriden uzaklaştırılır.
- Kateter yavaş ve sabit bir hızla çekilir. Her seferinde en fazla 1 cm çekilir. Hızlı çekilmesi durumunda kateterin damar duvarıyla temas etmesine ve vazokonstriksiyonu uyarmasına sebep olabilir.
- Çekme sırasında dirençe karşılaşırsak kateterin kopmasına ve muhtemel emboliye sebep olmamak için çıkarmak için zorlamamalıyız.
- Böyle bir durumda kateterin bulunduğu ven boyunca 3 kez 20-30 dakika süreyle sıcak pansuman uygulanarak tekrar çekilmesi denenebilir. Çıkarılma işlemi başarısız olursa radyolojik inceleme ve cerrahi konsültasyon istenebilir.
- Kateter çıkarıldıktan sonra uzunluk ölçüsü kontrol edilir. Çıkan kateter ölçüsü farklı olduğu durumlarda embolizasyon riski nedeniyle derhal müdahale edilmelidir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Sonuç olarak;

PICC kullanımı Yenidoğan Yoğun Bakım Ünite'lerinde yatan ve uzun süreli IV tedavi ihtiyacı olan bebekler için bir standart olarak düşünülmelidir. PICC uygulaması, son bir çare olmaktan ziyade birinci seçenek olarak kullanılmalıdır. PICC uygulamasının başarılı bir şekilde yürütülmesi için hemşireler venöz anatomi ve fizyolojisi, PICC adayı bebeklerin tespiti, karşılaşılabileceği komplikasyonlar, ilaçlara yönelik güvenlik önlemleri ve PICC bakımı hakkında sürekli **eğitim** almaları gerekmektedir.

Kaynaklar

- Peripherally Inserted Central Catheters: Guideline for Practice, 3rd edition. **National Association of Neonatal Nurses (NANN)**, 2015.
- **Infusion Nurses Society (INS)**. Infusion Nursing Standards of Practice. Norwood MA: Wolters Kluwer Lippincott Williams & Wilkins; 2011.
- Moureau N. Neonatal/Pediatric Peripherally Inserted Central Catheter. **Basic Manual, Vygon**.
- National Association for Vascular Access Networks. Tip location of peripherally inserted central catheters (**National Association of Vascular Access Networks**). Journal of Vascular Access Devices. 1998;3(2):8-10.
- United States Food and Drug Administration. **FDA Drug Bulletin**: Precautions Necessary with Central Venous Catheters. In: Administration USFaD, ed. 19(2)1989:15-16.
- Isemann B, Sorrels R, Akinbi H. Effect of heparin and other factors associated with complications of peripherally inserted central venous catheters in neonates. J Perinatol. 2012;32(11):856-860.





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



AĞRI YÖNTEMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK YÖNTEMLER VE ATRAVMATİK BAKIM

Sevil İnal

İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

Çocuklarda, yapılan tedavi ve bakım uygulamalarının çeşitli düzeylerde ağrı ve anksiyete oluşturma potansiyeli vardır. Atravmatik bakım; sağlık bakım ortamında çocuklar ve aileler için fiziksel ve psikolojik sıkıntıları en aza indirmeyi amaçlayan bir bakım felsefesidir. Pediatrik hastalarda invazif girişimler sırasında nonfarmakolojik ağrı giderme yöntemlerinin kullanılması atravmatik bakımın bir parçasıdır. Pediatri hemşireleri atravmatik bir bakım yöntemi olan nonfarmakolojik yöntemleri bilmeli ve tedavi ve bakım uygulamalarında etkili şekilde kullanabilmelidir.

Nonfarmakolojik yöntemler ağrıyı azaltmada son derece etkilidir. Kullanılacak nonfarmakolojik seçiminde, çocuğun yaşı, bilişsel düzeyi, ağrının düzeyi, ünitenin olanakları ve pediatri hemşirelerinin nonfarmakolojik yöntemlerini uygulama becerisi gibi pek çok değişken etkilidir. Erişkin hastadan farklı olarak pediatrik hastada hem ağrının belirlenmesi hem de giderilmesi ile ilgili çeşitli güçlükler vardır. Çocuğun ağrısını ifade etmedeki güçlükler, ağrı ölçeklerinin kullanımı konusundaki yetersizlikler, çocukların daha az ağrı duyduğu ve ağrılı girişimi unuttuğu gibi çocuğun ağrısı konusundaki yaygın yanlış inanışlar, çocuklarda ağrının doğru olarak belirlenmesi ve giderilmesini güçleştirmektedir. Pediatri hemşireleri her türlü ağrı verici müdahalede bu uygulama gerekli mi, ağrıyı gidermek için ne yapmalıyım sorusunu kendine sormalıdır. Pediatri hemşireleri çocuklarda sıklıkla kullanılan non-farmakolojik yöntemleri bilmeli ve uygulama becerisi kazanmalıdır. Pediatrik hastada kullanılan non-farmakolojik ağrı giderme yöntemleri bilişsel-davranışsal ve fiziksel yöntemler olmak üzere iki başlık altında incelenmektedir. Bilişsel-davranışsal yöntemler arasında pediatrik hastada en sık kullanılan ve araştırmalarla ağrıyı azaltmada etkin olduğu belirlenmiş yöntemler arasında; terapotik oyun, dikkati başka yöne çekme, relaksasyon teknikleri, mizah sayılabilir. Fiziksel yöntemler arasında en sık kullanılan yöntemler ise; dokunma, masaj, pozisyon verme, sıcak/soğuk uygulama, cilt stümulasyonu ve akupunktur yer almaktadır.

Pediatrik hastada en sık kullanılan ve en etkili yöntemlerden biri çeşitli yöntemlerle dikkatin başka yöne çekilmesidir. Çocuklarda dikkati başka yöne çekme tekniğinin ağrıyı gidermede etkili olduğu ve uygulaması kolay bir yöntem olduğu bildirilmektedir. Dikkati başka yöne çekme teknikleri içinde, işlem sırasında sanal gerçeklik gözlüğü kullanılması, yanık pansumanı sırasında oluşan ağrı ve anksiyeteyi azaltmada etkili olduğu bildirilmektedir. Sanal gerçeklik gözlüğünün kan alma sırasında oluşan ağrıyı azaltmada da etkili olduğu gösterilmiştir. Bunun yanı sıra Kaleydoskop (çiçek dürbünü), distACTION® card çocuklarda invazif girişimlerde dikkati başka yöne çekmek için kullanılmış ve ağrıyı ve anksiyeteyi azaltmada etkili bulunmuştur. Bunun yanı sıra balon üfleme ve öksürme de ağrıyı azaltmada etkili bulunmuştur. Ağrılı invazif girişim sırasında video oyunu oynama ve çizgi film izleme de çocuk hastada ağrıyı azaltmada etkili olan diğer yöntemlerdendir. TENS (Transcutaneous electrical nerve stimulator) her ne kadar ağrıyı azaltmada etkili olduğunu bildiren çalışmalar olsa da etkili olmadığını gösteren çalışmalar da vardır. Eksternal termomekanik cilt stümulasyonu çocuklarda ağrıyı gidermede etkili olduğu bildirilen fiziksel yöntemlerden biridir. Buzzy® bu amaçla kullanılan bir araçtır. Soğuk uygulama ve titreşimin birlikte uygulanmasına olanak sağlamaktadır. Etki mekanizması kapı kontrol teorisine dayanan bu yöntemde, soğuk uygulama ve titreşimin ağrı kapısını kapatarak ağrı algısını azalttığı teorisine dayanır.

Yenidoğanlarda kullanılan nonfarmakolojik yöntemlerin başında; terapotik dokunma, sukroz, emzik, emzirme ve anne sütü, kanguru bakımı yer almaktadır. Pediatri hemşiresi bu non-farmakolojik yöntemleri çok iyi bilmeli, uygulama becerisine sahip olmalı, çocuğun gelişim düzeyi, yaşı ve ağrı müdahalesinin niteliğine göre en uygun nonfarmakolojik yöntemi seçmelidir. Yöntem seçiminde çocuk ve ailenin tercihlerini de göz önünde bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR

- Canbulat, N., İnal, S., & Sönmezer, H. (2014). Efficacy of distraction methods on procedural pain and anxiety by applying distraction cards and kaleidoscope in children. *Asian nursing research*, 8(1), 23-28.
- Demir, D., & İnal, S. (2017). Does the Use of a Vein Visualization Device for Peripheral Venous Catheter Placement Increase Success Rate in Pediatric Patients?. *Pediatric Emergency Care*.
- Gupta, N., Gupta, H., Gupta, P., & Gupta, N. (2017). Evaluation of the Role of Music as a Nonpharmacological Technique in Management of Child Patients. *The journal of contemporary dental practice*, 18(3), 194.
- İnal, S., & Kelleci, M. (2012). Distracting children during blood draw: looking through distraction cards is effective in pain relief of children during blood draw. *International journal of nursing practice*, 18(2), 210-219.
- İnal, S., & Kelleci, M. (2012). Relief of pain during blood specimen collection in pediatric patients. *MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 37(5), 339-345.
- İnal, S., & Canbulat, N. (2015). Çocuklarda İşlemsel Ağrı Yönetiminde Dikkati Başka Yöne Çekme Yöntemlerinin Kullanımı. *Journal of Current Pediatrics/Guncel Pediatri*, 13(2).
- Olsen, K., & Weinberg, E. (2017). Pain-Less Practice: Techniques to Reduce Procedural Pain and Anxiety in Pediatric Acute Care. *Clinical Pediatric Emergency Medicine*.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



İNTERNET BAĞIMLILIĞI

Alis Onar

Artı Psikiyatri, Psikoterapi

Teknoloji çok hızlı bir şekilde gelişmekte ve hayatımızı kolaylaştıran ve bugün artık vazgeçemeyeceğimiz bir çok yeniliği hayatımıza sokmaktadır. Teknolojinin bize sunduğu bilgisayarlar, akıllı telefonlar, tabletler ve tabi ki internet günümüzde neredeyse dünyanın her yerinde herkesin ortak kullandığı teknoloji ürünleridir. Evet bu ürünler hayatı kolaylaştırmaktadır ancak aşırı ve uygun olmayan kullanımları da zarar vermektedir. Özellikle okul çağındaki çocuklarda aşırı bilgisayar ve internet kullanımı bugün bir çok ailede anne babaları korkutmaktadır. Artık sokakta akranları ile oynamak yerine bir çok çocuk evde ya tek başlarına ya da diğer arkadaşları ile bilgisayar oyunu oynamaktadır. Amacın dışında gereğinden fazla internet kullanımı için "İnternet Bağımlılığı" terimini kullanılmaktadır.

Çocuk ve gençlerin psikolojik ve bedensel gelişimlerini, sosyal ilişkilerini olumsuz yönde etkileyerek akademik başarılarını da düşürebilen internet bağımlılığı, onların yalnızlaşmalarına da neden olmaktadır. Tüm bunların yanında internetin iletişimde, bilgiye ulaşmada ve bilgiyi paylaşmada bizlere sağladığı yararlar da inkar edilemez.

Türkiye İstatistik Kurumunun 2013 yılı Nisan ayında gerçekleştirdiği "Hanehalkı Bilişim Teknolojileri Kullanım Araştırması" 06-15 yaş grubu çocukların bilişim teknolojileri ile medyayı kullanım durumlarını araştırmıştır. Araştırmanın sonuçları şöyle sıralanmaktadır:

Çocuklarda bilgisayar kullanımı ortalama 8 yaşında başlıyor,
İnternet kullanımına ortalama başlama yaşı 9,
Çocukların %24,4'ü kendi kullanımına ait bilgisayara sahip,
Çocukların %60,5'i bilgisayar, %50,8'i internet, %24,3'ü cep telefonu kullanmıştır,
Çocukların %45,6'sı hemen her gün internet kullanmıştır.

Haftalık ortalama internet kullanım süreleri dikkate alındığında, 06-15 yaş grubundaki internet kullanan çocukların %38,2'si interneti iki saate kadar, %47,4'ü üç ile on saat arasında, %11,8'i on bir ile yirmi dört saat arasında %2,6'sı ise yirmi dört saatin üzerinde kullanmıştır.

06-15 yaş grubu çocuklar interneti en çok %84,8 ile ödev veya öğrenme amacıyla kullanırken, bunu %79,5 ile oyun oynama, %56,7 ile bilgi arama, %53,5 ile sosyal medya ağlarına katılma takip etmektedir.

Bilimsel çalışmalar çocukların psikososyal gelişimleri için teknoloji kullanımında bazı sınırlılıklar getirilmesi gerektiği konusunda hemfikirdir. Bu çalışmalardan biri "3-6-9-12" Kuralıdır.

- < 3 yaştan önce mümkün olduğunca ekran yok! Çocuğun ekranlara olabildiğince az maruz kalması hedeflenmektedir. Çocuklar oyun oynarken, yemek yerken ekranlar kapalı olmalı.
- < 6 yaştan önce çocuk yanında bir yetişkin olmadan bir oyun paneliyle oynamamalıdır. Kendine ait bir taşınabilir oyunu ya da tableti olmamalıdır.
- < 9 yaşından itibaren çocuğun internete yetişkin denetiminde girmesine izin verilmelidir. Anne babaların çocuğun internette ne yaptığını haberi olmalıdır.
- < 12 yaş sonrası, çocuk yalnız başına internete girmeye başlayabilir. Ancak belirli saat ve site sınırlamaları olmalıdır.

Anne babaların internetteki risklere karşı bilgili olmaları çok önemlidir. Bunun için öncelikle kendilerinin internet konusunda bilgili olmaları gerekmektedir. Hakim olunan bir konuda ancak anne babalar çocuklarını yönlendirebilirler. Bunun yanında ebeveynlerin teknoloji kullanımı konusunda kendi davranışları ile çocuklarına iyi örnek olmaları çok önemlidir.

İnternet ortamı ile ilgili ebeveynlerin ve çocukların unutmaması gereken önemli hususlar vardır. Öncelikle internete yüklenen her şeyin orada kalacağı unutulmamalıdır. Çocukların ve gençlerin internette paylaştıkları bilgilerin herkes tarafından ulaşılabilir olacağını bilmeleri gerekmektedir. Onların internete koydukları her şeyin de başkaları tarafından değiştirilebileceği unutulmamalıdır. Unutulmaması gereken bir diğer şey de internetteki her şeyin gerçek olmayabileceğidir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



ACİL SERVİSTE AKUT FAZ REAKTANLARI YÖNETİMİ

Seda Geylani Güleç

Hamidiye Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Enfeksiyonlar, immünolojik süreçler, doku hasarları ve inflamatuvar olaylar organizmada saatler ya da günler içinde sistemik bir yanıtı neden olur. Bu tabloya akut faz yanıtı, ortaya çıkan maddelere akut faz reaktanları denir. Akut faz yanıtının görevi patojenleri izole etmek ve etkisizleştirmek, doku hasarını en aza indirerek başka patojen girişini engellemek, onarımı başlatmak ve böylece konak hemostatik mekanizmalarının hızlı bir biçimde normal fizyolojik fonksiyonunu kazanmasını sağlamaktır. Akut faz yanıtı metabolik, endokrinolojik, nörolojik ve immünolojik olayları içerir. Bu dönemde serum veya plazma düzeyinde artışı ya da azalışı saptanan proteinlere akut faz proteinleri ya da akut faz reaktanları adı verilmektedir. Akut faz reaktanları (AFR) inflamasyon durumlarında serum konsantrasyonları inflamasyona yanıt olarak en az %25 artan (pozitif AFR) veya azalan (negatif AFR) proteinlerdir. Pozitif AFR'ler arasında eritrosit sedimentasyon hızı (ESH), C-reaktif protein (CRP), prokalsitonin (PCT), serum amiloid A (SAA), ferritin, vb. sayılabilir. Bunlar arasında enfeksiyon ve inflamasyon değerlendirilmesinde CRP, PCT ve ESH en fazla kullanılanlardır. AFR'ler karaciğerden enfeksiyon ve inflamasyonun tetiklemesiyle ve sitokinlere (IL6, IL-1 β , TNF- α , IF- γ gibi) bağlı olarak salınır böylece konak enfeksiyon ve inflamasyonu önlemeye çalışır. Inflamatuvar yanıt enfeksiyon veya travma, malignensi veya otoimmün hastalıklar gibi enfeksiyon dışı inflamasyona bağlı olarak gelişebilir. AFR enfeksiyon ve diğer inflamatuvar olayların varlığı ve yoğunluğunu gösterir ancak bunların hangi hastalığa bağlı olduğunu spesifik olarak göstermez. Sıklıkla bakteriyel enfeksiyonlarda viral enfeksiyondan daha fazla yükselmeye meyledir.

C-Reaktif Protein (CRP): İlk olarak 1930 yılında Tillet ve Francis pnömokokkal pnömonisi olan hastalarda enfeksiyonun klinik gidişi ile yakın paralel değişkenlik gösteren bir protein keşfetmiş ve sonrasında bu proteinin kalsiyum iyonu varlığında pnömokokkal C-polisakkaridi ile kompleks oluşturarak bir reaksiyon oluşturduğu gösterilmiştir. Oluşan bu reaksiyon sonrası bu proteine C-reaktif protein (CRP) terimi türetmiştir. Takip eden zaman içerisinde CRP çeşitli inflamatuvar bozukluklara sahip hastaların değerlendirilmesinde en popüler laboratuvar testlerden biri olmuştur. CRP karaciğerde sentezlenir. İnterlökin 6 (IL-6) direkt, interlökin 1 β , tümör nekrozis faktör α ve diğer sitokinler indirekt olarak CRP'nin transkripsiyonunu kontrol eder. CRP; 1.18 kDa boyutunda, non-kovalent bağlarla bağlanmış 5 alt üniteden oluşur. Bakteriye ve doku membranına bağlandığı ve fagositozu arttırdığı gösterilmiştir. Ek olarak CRP, klasik kompleman yolağını da aktive etmektedir. CRP, enfeksiyöz hastalıklar ve enfeksiyöz olmayan inflamatuvar durumlarda plazma ve serum örneklerinde nonspesifik olarak yükselen bir akut faz proteindir. Doku enfeksiyonu, hasarlanması, akut enflamasyon durumlarında CRP değerleri artmış bulunmuştur. CRP değerleri hemen her zaman patolojik değişiklikler sonucu arttığından CRP testi, inflamatuvar sürecin ve ilgili hastalıkların tanı ve izleminde faydalı bilgiler sağlamaktadır. Ancak artmış CRP değerleri spesifik olmadığından tek başına değerlendirilmemeli tam bir klinik değerlendirme ile birlikte yorumlanmalıdır.

Normal düzeyi genellikle <0.3 mg/dl olarak kabul edilir. CRP'de önemli yükselme (>10 mg/dl) enfeksiyonu özellikle bakteriyel enfeksiyonu gösterir. CRP serum düzeyi inflamasyonun başlamasından 3-6 saat sonra yükselmeye başlar ve 36-60 saat sonra en yüksek düzeyine ulaşır. CRP'nin enfeksiyona bağlı olarak ikiye katlanma süresi yaklaşık 8 saat, serum yarılanma ömrü ise yaklaşık 18-19 saattir. İnflamasyon sonlandıktan sonra 3-5 gün içinde normale döner. Hastanın yaş ve cinsiyetinden, eritrosit sayısından ve serum protein düzeylerinden etkilenmemesi önemlidir. Yenidoğan bebeklerde enfeksiyon değerlendirilmesinde en uygun AFR CRP'dir. Normalin üst sınırının yenidoğanda döneminde 1 mg/dl olduğu kabul edilir. CRP plasentadan geçmez veya minimal düzeyde geçer. Bu nedenle fetüs ve yenidoğanda yükselmesi anne kaynaklı değildir. Prematüreliliğin derecesi ve gestasyonel yaş CRP'yi etkilemez. Yenidoğanda CRP enfeksiyonun yanı sıra inflamasyon ve doku hasarı yapan nonenfeksiyöz (asfiks, respiratuvar distres sendromu, intrakraniyal hemoraji, mekonyum aspirasyon pnömonisi, anadne preeklampsi gibi) durumlarda da yükselir. Hasta fakat septik olmayan yenidoğanlarda enfeksiyon açısından yanlış CRP yüksekliği %5-15 olguda gözlemlenebilir. Cerrahi operasyondan sonra 4-6 saat içinde serum CRP yükselmeye başlar ve operasyondan sonra 2-3 gün içinde pik yapar (2.5-3.5 mg/dl). Postop dönemde bu değerlerin üzerinde CRP yüksekliği genellikle ek inflamatuvar olayın veya eklenen enfeksiyonun olduğunu destekler. CRP'nin yarılanma ömrünün kısa olması ve enfeksiyon/inflamatuvar durum başladıktan sonra saatler içinde yükselmeye başlaması özellikle enfeksiyonlarda tedavinin değerlendirilmesinde önemlidir. Bu çerçevede tedaviye yanıtın değerlendirilmesi açısından 1-2 günlük aralarla CRP'nin değerlendirilmesi tedavi için yol gösterici olabilir. Eritrosit Sedimentasyon Hızı (ESH): ESH yüksekliği sistemik ve lokalize inflamatuvar ve enfeksiyöz hastalıklarda, malign neoplazmlarda, doku hasarı, doku iskemisi ve travmada yükselir ancak enfeksiyonlarda diğer nedenlerle olduğundan daha fazla yükselmeye meyledir. Yaş ve cinsiyete göre değişebilir. ESH yarılanma ömrü 4-6 gün kadardır. ESH takibi genellikle haftalık sürelerle yapılabilir. Bazı eritrosit anormallikleri (orak hücreli anemi, anizositoz, sferositoz, mikrositoz, polisitemi gibi), aşırı lökositöz, aşırı yüksek serum safra asit düzeyleri, kalp yetmezliği, hipofibrinopeni, kaşeksi, pıhtılı kan veya kanın ölçüm öncesi fazla bekletilmesi, düşük oda ısısı gibi faktörler ESH'yi azaltır ve inflamasyon varsa beklenenden düşük değerler bildirilmesine yol açabilir. ESH özellikle kronik enfeksiyonlarda (osteomyelit, septik artirit, tüberküloz gibi) ve otoimmün hastalıklarda (özellikle polimiyalji romatika, temporal arterit, JRA, SLE gibi) yüksek olup, yüksek olduğu durumlarda tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılabilir. Çocuklarda romatoid artirit, Kawasaki hastalığı ve bazen SLE gibi non enfeksiyöz inflamatuvar/otoimmün durumlarda ESH tanı ve tedavi izleminde kullanılabilir. CRP genel olarak ESH'den daha iyi bir inflamasyon göstergesidir. ESH'nin yükselmesi tipik olarak iki proteinin (globülinler ve/veya fibrinojen) yüksekliğine bağlıdır. İleri yaş, anemi, makrositoz, yüksek ortam ısısı, sedimentasyon tüpünün eğik tutulması ESH'yi arttıran faktörler arasındadır. Aşırı lökositöz, polisitemia, sferositoz, akantositoz, mikrositoz, hipofibrinopeni, hipogamaglobulinemi, hiperviskozite, pıhtılı kan ESH'yi azaltan faktörler arasındadır.

Prokalsitonin (PCT): Prokalsitonin 116 aminoasit rezidüsünden oluşan küçük bir proteindir. Moleküler ağırlığı yaklaşık 13 kDa'dır ve ilk kez Moulic ve arkadaşları tarafından 1984 yılında tanımlanmıştır. PCT kalsitonin prohormonudur. Kalsitonin hormonal uyarıları sonrası sadece tiroid bezinin C hücreleri tarafından salgılanırken, PCT birçok hücre türü tarafından çok sayıda organdan proinflamatuvar uyarı, özellikle bakteriyel enfeksiyon sonrası salgılanır. PCT konsantrasyonu ve inflamasyonun şiddeti yakın ilişkili bulunduğundan PCT'nin prognostik değeri önemlidir. İnflamasyon sırasında PCT'nin kaynağının nöroendokrin kökenli hücreler olduğu düşünülmektedir. PCT bakteriyel toksinlere yanıt olarak kan örneklerinde artmış düzeylerde izlenir. Viral enfeksiyonu olan hastalarda düşük düzeylerde ölçülmüştür. PCT prospektif olarak antibiyotik başlanması kararı ve de antibiyotiklerin ne zaman kesileceğini göstermede kolaylık sağlaması açısından çalışılmış ve antibiyotik kullanımı gereksinimi ve antibiyotik maruziyetinin azaltılması açısından yardımcı bir akut faz reaktanı olarak bulunmuştur.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



NEKROTİZAN ENTEROKOLİT

Tuğba Gürsoy
Koç Üniversitesi Hastanesi

Nekrotizan enterokolit (NEK) sıklıkla prematüre bebeklerde görülen, mortalite ve morbiditeyi olumsuz etkileyen ciddi bir barsak hastalığıdır. Servisimizde izlediğimiz iki NEK vakasını literatür eşliğinde tartışacağız.

PREMATÜRE BEBEKLERDE İNTRAVENTRİKÜLER KANAMA VE KOMPLİKASYONLARINA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Mehmet Nevzat Çizmeci
Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Neonatoloji alanındaki hızlı gelişmeler sayesinde daha düşük doğum haftasındaki prematüre bebeklerin sağkalım oranlarında tüm dünyada ciddi artışlar gerçekleşmiştir. Ancak, sağkalımdaki bu artış beraberinde çok ciddi bir morbidite olan germinal matriks hemorajisi-intraventricüler hemoraji (GMH-IVH) sıklığında da artış olarak yansımaktadır. Günümüzde GMH-IVH konusunda yeni risk faktörleri tanımlanmakta, yeni patogeneze yaklaşımları olduğu anlaşılmakta ve daha da önemlisi önlenmesi ve komplikasyonları ortaya çıktığında tedavi edilebilmesi yolunda büyük adımlar atılmaktadır. Sunucu Dr. Mehmet N. Çizmeci, neonatal nöroloji alanında yapmakta olduğu doktora çalışmasının tez konusu olan bu mühim konuda yakın zamanda kaydedilen heyecan verici gelişmeleri özetlemeyi hedeflemektedir.

AKUT AFEBRİL VE FEBRİL NÖBETE YAKLAŞIM

Kürşad Aydın
Medipol Üniversitesi Tıp Fakültesi

Nöbet, beyinden kaynaklanan anormal elektriksel deşarjlar sonucu ortaya çıkan bilinç bozukluğu ve motor fenomenlerin eşlik ettiği geçici bir fonksiyon bozukluğudur. Çocuklarda acil ve nöroloji polikliniklerine en sık başvuru nedenlerinden biri olup tanı ve tedavinin birlikte yürütülmesi gerekmektedir. Ateş, travma, hipoglisemi ve elektrolit bozukluğu tetiklenmiş nöbetin en sık nedenleri iken tekrarlayan spontan nöbet varlığında epilepsi tanısından söz edilmektedir. İlk afebril tetiklenmemiş nöbeti bulunan tüm çocuklarda, nöbet tekrar riskini, nöbet tipini ve epileptik sendromu tanımlamak için elektroensefalografi yapılması önerilmektedir. Nöbet nedenini belirlemek ve potansiyel olarak tedavi edilebilen anormallikleri saptamaya yönelik olarak lomber ponksiyon, laboratuvar testleri ve beyin görüntüleme gibi çalışmaların gerekliliği, hastanın yaşına ve klinik durumuna göre değişmektedir. İlk afebril nöbetten sonra antiepileptik ilaç tedavisi başlama kararı, antiepileptik tedavinin yan etkilerine karşılık nöbet tekrar riski değerlendirilerek verilmelidir. Febril nöbetler ise çocukluk çağında akut semptomatik nöbetlerin en sık nedenidir. Febril nöbetlerde, elektroensefalografi kullanımı sınırlı olup sadece febril status epileptikusun tanısı değerlendirilmesinde ve epilepsi ayırıcı tanısı için söz konusu olmalıdır. Febril nöbetlerdeki temel tedavi yaklaşımı da febril nöbetlerin uzamasını önlemeye dönük girişimlerden oluşmaktadır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TEKNOLOJİ NASIL BAĞIMLILIK YAPAR

Mücahit Öztürk

İbn Haldun Üniversitesi Psikoloji Bölümü
Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Başkanı

Teknolojinin insan yaşamına sağladığı kolaylıklar ve olumlu katkıların yanı sıra, aşırı ve zararlı kullanımı sonucunda "teknoloji bağımlılığı" gelişebilmektedir. Teknolojik bağımlılıklardan en sık görüleni ve üzerinde en fazla bilimsel çalışma yapılmış olanı "internet bağımlılığı"dır. İnternetin beyindeki ödül (haz) merkezlerini harekete geçirmesi nedeniyle bağımlılığa yol açtığı bilinmektedir. Başlangıçta zorunluluk ya da boş zaman aktiviteleriyle sınırlı olan internet kullanımı, beyindeki ödül mekanizmalarını aktive ederek kişinin aynı hazzı duyabilmek için daha uzun süre ve aşırı kullanımına dönüşür, ilerleyen zamanlarda yaşamdaki tek mutluluk kaynağı olarak internetin görülmesi nedeniyle

yaşamın diğer alanları (sosyal yaşam, aile ilişkileri ve ders başarıları) ihmal edilir ve internetten uzak kalındığında mutsuzluk ve kaygı belirtileri hissedilir. Ayrıca, internetin her zaman ulaşılabilir olması, kontrolün kişide olması, yüz yüze iletişimin olmaması ve gerektiği kadar özeline açıklanabilmesi gibi özellikleri nedeniyle bağımlılık riski taşıdığı bilinmektedir. Ek olarak, internetin bağımlılık düzeyinde kullanılmasına yol açan risk faktörleri vardır. Ergenlik, yalnızlık, sosyal fobi, depresyon ve dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu gibi psikiyatrik bozukluklar da internet bağımlılığı riskini arttırmaktadırlar.

BEBEK RUH SAĞLIĞI VE BAĞLANMA

Hülya Bingöl Çağlayan

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

Ebeveyn-çocuk ilişkisi bebeklik ve erken çocukluk döneminde gelişim için önemli bir etken olup, bu ilişkinin gelişim üzerindeki belirleyici ve şekillendirici etkisi birçok bilimsel araştırma ile ortaya konmuştur. Anne-bebek ilişkisi ile oluşan bağlanma, sadece bebeğin güvende tutulup, fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamaz. Aynı zamanda bebek için içgüdüsel ve duygusal bir ihtiyaçtır. Bağlanma kuramı biyopsikososyal çerçevede bağlanmanın gelişimini aktarmaktadır. Bu sunumda, anne-bebek ilişkisi ve bağlanma, bağlanma kuramı bakış açısından sağlıklı ve patolojik bağlanma, klinik pratikte bebek-anne ilişkisinin değerlendirilmesi, anne-babalığın nörobiyolojisi ve bebek ruh sağlığında koruyucu yaklaşımlar vaka örnekleri eşliğinde gözden geçirilecektir.

TEKNOLOJİ BAĞIMLILIĞINDAN KORUNMA VE TEDAVİ

Gül Karaçetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Teknoloji bağımlılığından korunmada en önemli basamak teknolojinin bilinçli kullanımının sağlanmasıdır. Ayrıca, risk faktörlerinin ve koruyucu etmenlerin kontrolü de koruyucu ruh sağlığı açısından önemlidir. Çocuk ve ergenler içinde bulundukları gelişim döneminin özelliklerinden dolayı teknolojinin zararlı ve bağımlılık derecesinde kullanımı konusunda risk altındadırlar; ve yaygın kullanımı nedeniyle teknolojinin tamamen yaşamdan çıkarılması mümkün değildir; bu yüzden ebeveynlerin bilinçli kullanımı çocuk ve ergenlere öğretmesi, bu konuda rehberlik etmesi çok önemlidir. Teknolojinin bilinçli kullanımında ilk basamak ebeveynlerin çocuklarının teknolojiyi kullanımıyla ilgili içerik ve süre konusunda farkındalık kazanmaları ve çocuklarına güvenli teknoloji kullanımını öğretmeleridir. Çocuk ve ergenlerin teknolojiyle geçirdikleri sürenin kısıtlanması ve takibi ebeveynler tarafından yapılmalıdır. Teknoloji bağımlılığı için risk oluşturan sosyal fobi, dikkat eksikliği Hiperaktivite bozukluğu ve depresyon gibi psikiyatrik bozuklukların erken dönemde teşhisi ve tedavisi korunma açısından önem taşımaktadır. Spor aktiviteleri ve sosyal aktivitelerin geliştirilmesi, aile içi etkileşimin kuvvetlendirilmesi gibi koruyucu faktörlere önem verilmelidir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



OLGULARLA RESPIRATUVAR DİSTRES SENDROMU

Hanifi Soylu

Selçuk Üniversitesi, Neonatoloji Bilim Dalı

Respiratuvar Distres Sendromu (RDS), genelde doğumdan hemen sonra ortaya çıkan ve fetal hayattan doğum sonrasına geçiş döneminde solunum fonksiyonlarının bozulmasını yansıtan bir klinik tablodur. Takipne, burun kanadı katılımı, interkostal/subkostal çekilmeler, inleme ve siyanozla ortaya çıkar. Etiyolojisi akciğer ve akciğer dışı sebepler olarak geniş bir spektrumu içerse de bulgular birbirine benzer. Prematüre bebeklerde RDS oluşumuna yol açan 3 ana etyoloji a-) Yenidoğanın Geçici Takipnesi (YDGT), b-) Neonatal Pnömoni, c-) Hyalen Membran Hastalığı (HMD)'dir. Ama üç etyolojinin de hem tanısı hem tedavisi farklıdır. Tanıda başlangıçta akciğer grafisi ve klinik durum dışında çok fazla tanı aracı bulunmamaktadır. Klinikte YDGT'yi HMD'den ayırt eden en önemli göstergelerden birisi akciğerdeki fazla sıvı absorbe oldukça tedrici şekilde düzelmesidir. Ancak HMD olarak düşünülen birçok vakanın aslında orta-ağır derecede YDGT olduğu saptanmıştır. Ayırıcı tanıdaki bu zorluğun akciğer USG ile aşılabileceği konusunda umut verici çalışmalar vardır. Bunun yanında 24-34. gebelik haftaları (GH) arasında uygulanan antenatal steroidlerin 34-37. GH'a hatta elektif C/S'de daha da öteye uzatılmasının HMD yanında YDGT'yi de azalttığına ilişkin olumlu görüşler vardır. Neonatal pnömoni erken yenidoğan döneminde izole bir durum olarak değil sepsisin bir parçası olarak karşımıza çıkar. Ancak akciğer bulgularını HMD'den ayırt etmek zor olabilir. Persistan Pulmoner Hipertansiyon (PPHN) neonatal pnömoninin sık görülen bir komplikasyonudur.

Prematüre bebeğin doğum haftası azaldıkça HMD belirginleşir. Son yıllarda HMD tanısında radyolojiden daha çok bebeğin solunum çabası ve oksijen ihtiyacının derecesi daha ön plana çıkmıştır. Ayrıca, erken CPAP uygulamalı da rutin surfaktan kullanımının yerini almıştır. Doğumdan sonra spontan solunumu olan pretermilere 6 cm H₂O'dan CPAP uygulanması, inatçı apne ve bradikardisi varsa 20-25 cm H₂O pozitif basınçla ventilasyon uygulanması, cevap vermeyen ve mekanik ventilasyon gerekenlere surfaktan uygulanması, eğer bebek ≤ 26 GH ve FiO₂ %30 veya 26 GH iva FiO₂ %40 iise surfaktan verilmesi düşünülmelidir, Uygulanan surfaktanın doğal olması ve non invazif olarak (öncelikle INSURE, alternatif olarak LISA veya MIST) verilmesi tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Respiratuvar Distres, Prematüre, CPAP, Surfactan

DOĞAL MUCİZE: ANNE SÜTÜ

Duygu Gözen

İstanbul Üniversitesi Florence Nightingale Hemşirelik Fakültesi

Anne sütü bebeğin doğum sonrası ilk aylarında fiziksel büyümesini sağlamanın yanında anne-bebek bağının oluşmasını sağlayan doğal beslenme biçimidir. İlk 6 ay ek bir sıvı olmaksızın sadece anne sütüyle beslenme, bebek sağlığının gelişimi açısından en önemli etkidir. TNSA 2013 raporunda yer alan veriler incelendiğinde, bebeklerin %96'sının emzirildiği ve ortanca emzirme süresinin 17 ay olduğu bildirilmektedir. Ancak aynı raporda üç yaş altı çocukların yaşamının ilk 2 ayında %58'inin sadece anne sütü ile beslendiği vurgulanmıştır. Emzirilen 6 aydan daha küçük bebeklere anne sütünün yanı sıra formüle süt verme oranının %28 olması, sadece anne sütü ile beslenmenin sağlanmasında halen yetersizlikler olduğunu göstermektedir.

Doğum sonrası emzirmenin hemen başlatılması ve emzirme tekniğinin annelere öğretilmesi emzirmenin sürdürülmesinde ilk adımdır. Pek çok bebek dostu hastanede emzirmenin desteklenmesine yönelik kurallar sağlık çalışanları tarafından uygulanıyor olmakla birlikte, TNSA 2013 raporunda doğum sonrası ilk bir saatte emzirilen bebek oranının yaklaşık %50 olduğu ve doğum sonrası anne sütüne başlamadan önce %26 bebeğe başka bir sıvı verilmiş olduğu bildirilmiştir. Doğum sonrası ilk bir saatte emzirmenin başlatılmaması emzirmenin sürdürülmesini olumsuz etkileyebilecek bir faktördür.

Düzenli olarak gerçekleştirilecek sadece anne sütüyle beslenme ve fiziksel büyüme izlemi; erken dönemde büyüme- gelişme ve beslenme bozukluklarının tanınması ve çocuk ölümlerinin azaltılmasında önemli rol oynamaktadır. Literatür incelendiğinde sadece anne sütüyle beslenmenin sürekli desteklenmesi durumunda annelerin bebeklerini daha uzun süreli emzirdikleri ve bebeklerin gelişimini olumlu etkilediği bildirilmektedir. Annelerin bebeklerini emzirmesi ve sadece anne sütüyle beslemeyi sürdürmede anahtar kişiler olan ebe ve hemşirelerin emzirmeyi destekleme konusundaki görev ve sorumlulukları doğum öncesi dönemden başlayarak emzirmeden kesileceği zamana kadar devam etmelidir. Sadece anne sütü ile beslenmenin desteklenmesinde vücut tartısının yakın takibi annelerin emzirmeyi sürdürmelerinde önemli bir etkidir. Bu nedenle çocuk sağlığı izlemleri sadece anne sütü ile beslenmenin desteklenmesi ve sürdürülmesi açısından bir fırsat olarak değerlendirilmelidir.



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PEDİATRİST GÖZÜ İLE UYKUSUZ BEBEK

S. Songül Yalçın

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi

Uyku kompleks, esansiyel, organize, siklik, farklı nöron gruplarının etkilendiği, aktif, fakat dışarıdan gelen uyaranlara beynin kapalı olduğu, geri dönüşümlü bir bilinçsizlik durumudur.

Sağlıklı ve yeterli bir uyku her yaş için büyüme, bağışıklık sistemi, bilişsel işlemler, onarıcı işlemler ve hafızanın düzenlenmesinde rol oynar.

Uyku sorunları çocuğun büyüme ve gelişmesine olan etkilemektedir. Normal uyku fizyolojisinin ve yaşla birlikte değişiminin bilinmemesi hatalı beklentilere yol açar. Aynı zamanda gerçek ya da beklentisel uyku sorunları anne-aile sağlığını da olumsuz etkiler. Bu durumda aile içi ilişkileri etkiler.

Bu nedenle ilk iki yaşta uyku sorunlarının önemi daha fazladır.

Uyku sorunu en az dört bebekten birinde görülmektedir. Uyku sorunları uykuyu başlatmada, devam ettirme, istenenden erken uyanma şeklinde olabilir. Ebeveyn yardımı olmaksızın uykuya geçmede zorluk en sık karşılaşılan sorunlardır. Uykunun başlatılması ilişkili ve sınır koyma ilişkili tip olarak gruplanabilir. Uyku hijyeninin sağlanmaması ve eğitiminin erken dönemde kazandırılmaması çocuğun ileri dönem yaşamında da sorunlar yaşamasına yol açar.

Nörogelişimsel bozukluklarında uyku sorunlarının görülme sıklığı artar. Bu durumların bilinmesi ve ailenin bilgilendirilmesi altta yatan hastalığında kontrolünde yardımcı olur.

Çocuk izlemi yapan her hekimin uyku sağlığını sorgulaması, yaşa uygun danışmanlık verebilmesi gereklidir. Bu sorunların erken tespiti ve yönetimi çocuk-aile yaşam kalitesini artıran en önemli girişimlerden biridir.

GENETİĞİ DEĞİŞTİRİLMİŞ ORGANİZMALAR (GDO) VE ORGANİK TARIM

Osman Sağdıç, Kübra Özkan

Yıldız Teknik Üniversitesi, Kimya-Metalurji Fakültesi, Gıda Mühendisliği Bölümü, İstanbul, Türkiye

ÖZET

Biyoteknolojik çalışmalar günümüzde sağlık sorunlarını ortadan kaldırma ve insan yaşamını kolaylaştırma gibi konularda önem arz etmektedir. Bu teknoloji tüm canlı organizmalar arasında gen aktarımına imkan sağlamaktadır. Ancak modern biyoteknolojinin doğasından ve kullandığı materyalden kaynaklanan bir takım riskler de söz konusudur. Modern biyoteknoloji çalışmalarının başında gelen genetiği değiştirilmiş organizmalar (GDO) tarım ve hayvancılık alanında uygulama imkanı bulmaktadır. Bu organizmalar bazı bilim insanları tarafından gelecekte dünyadaki açlık ve benzeri sorunlara bir çözüm olarak düşünülse de; diğer bazı araştırmacılar bu ürünleri tüketen insanlarda yabancı gene karşı toksik ve allerjik reaksiyonların oluşabileceğini savunmaktadır. Ayrıca genetiği değiştirilmiş organizmalar dünyada biyoçeşitliliği sona erdirecek bir tehdit olarak düşünülmektedir. Bu nedenle belirtilen olumsuzlukların kontrol altına alınabilmesi için modern biyoteknolojide "biyogüvenlik" kavramı önemli bir yer tutmaktadır. Dünyada makinalaşma ve modern tarımın yaygınlaşması, kimyasal ilaç ve gübrelerin yaygın olarak kullanılması, katkı maddesi kullanımı ve genetik olarak değiştirilmiş ürünlerin devreye girmesiyle birlikte tarımsal üretim artmış, fakat doğal denge ve insan sağlığına yönelik endişeler de büyümüştür. Bu nedenle son zamanlarda organik üretimin önemi artmıştır. Organik tarım, tüketici ve üretici perspektifinden bakıldığında yiyecek kalitesi, insan sağlığı, çevresel, hayvansal refah ve sosyo-ekonomik hedeflere sahip olan bir üretim sistemidir. Organik gıdalar denildiğinde ise basit olarak yetiştirilmesinde ve işlenmesinde genetik mühendisliğin, yapay ve benzeri kimyasal gübrelerin, kimyasal böcek ilaçlarının, yabancı ot ve mantar öldürücü kimyasal ilaçlarının, büyütme düzenleyicilerinin, hormonların, antibiyotiklerin, koruyucuların, renklendiricilerin, katkı maddelerinin, kimyasal kaplama ve parlaticı maddelerinin ve kimyasal ambalaj malzemelerinin kullanılmadığı gıda maddeleri anlaşılmalıdır. Etki-tepki prensibiyle; günümüzde biyoteknolojideki ilerlemelerin, organik ürünlere olan talebi arttırdığı söylenebilir.

Anahtar kelime: *Biyoteknoloji, GDO, Organik Tarım, Biyogüvenlik, Tarım*



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



HİPERTANSİYON TEDAVİSİ

Sevgi Yavuz

İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Çocukluk çağı ve adölesan dönemde başlayan hipertansiyon (HTN) prematüre ateroskleroz ve erken kardiyovasküler hastalık (KVH) gelişimine neden olur. Çocuklukta kan basıncının (KB) düşürülmesi hedef organ hasarını önler; erişkin dönemde HTN ve KVH riskini azaltır. HTN tedavisinde güncel hedef sistolik ve diastolik KB'nın 90 persentilin, ≥ 13 yaşın üzerindeki adölesanlarda 130/80 mmHg'nın altında tutulmasıdır. Tüm hastalara öncelikle nonfarmakolojik tedavi başlanır. Amerikan Pediatri Akademisi hipertansif çocuk ve adölesanlara DASH diyeti ve haftada en az 3-5 gün (30-60 dakikalık) hafif-etkin egzersizi tavsiye etmektedir. 3-6 aylık yaşam şekli değişikliklerine rağmen sebat eden evre I HTN, semptomatik HTN, evre II HTN, hedef organ hasarı, kronik böbrek hastalığı (KBH) ve diyabetik hipertansif hastalara farmakoterapi uygulanır. Tek ilaçla, en düşük dozda tedavi başlanır. ACEI, ARB, uzun etkili Ca kanal blokerleri ya da tiazid ilk ilaç olarak tercih edilebilir. KBH, diyabet ya da proteinürisi olanlarda ACEI veya ARB başlanır. KB kontrol edilene kadar 2-4 hafta aralıklarla ilaç dozu artırılabilir. KB tek ajanla düşmezse ikinci bir ilaç eklenebilir. İkinci ilaç olarak tiazid grubu diüretik tercih edilir. İlaç başlanılan hastalar 4-6 hafta aralıklarla görülmelidir. KB kontrol altına alındıktan sonra 3-4 ayda bir izlenebilir. Ambulatuvar KB monitorizasyonu tedaviye yanıtın değerlendirilmesinde kullanılabilir. Akut ciddi hipertansiyonda KB genellikle evre II HTN eşliğini aşmıştır ve vakaların çoğunda sekonder nedenler bulunur. Hayatı tehdit eden komplikasyonlar nedeniyle kısa etkili antihipertansif ilaçlarla tedavi ivedilikle başlanmalıdır. İlk 8 saatteki KB düşüşü planlanan değer % 25'ten fazla olmamalıdır. Geri kalanı sonraki 12-24 saatte düşürülmelidir. Renovasküler HTN girişimsel ve/veya cerrahi tedavi gerektirecektir.

HEMŞİRELİKTE İNOVASYON VE PATENT ALMA

Yeliz Doğan Merih

Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hemşireler hizmet sunumlarında etkin ve istendik sonuçları yakalayabilmek için sürekli değişime ayak uydurmak ve inovasyon sürecini hizmetlerine entegre etmek zorundadırlar. Bu aşamada hemşireler bakım kalitesini arttırmak için yeni ve yaratıcı faaliyetleri yürütmektedirler. Bu faaliyetler hasta bakım maliyetini azaltırken, bakım kalitesini de artırmaktadır. Proje; tüm bu gereksinimler göz önüne alınarak hemşirelik hizmetlerinde inovasyon sürecini aktive etmek, hemşirelerin süreç konusunda farkındalıklarını belirlemek ve hemşirelik hizmetlerini geliştirmek amacı ile gerçekleştirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Proje İstanbul ilinde kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren bir eğitim araştırma hastanesinde gerçekleştirilmiştir. Hastanemiz hemşirelik hizmetlerinde inovasyon sürecini aktive etmek için bazı basamaklar takip edilmiştir. İlk adımda hemşirelerimizin farkındalıklarını düzenli eğitimler ile bilgi düzeyleri artırılmış, koçluk sistemi ile bireysel danışmanlıklar başlatılmış, süreci cazip hale getirecek yarışmalar düzenlenmiş, ödül süreci ile katılım artırılmış ve hemşirelikte inovasyon kültürü oluşturulmuştur.

Bulgular: Hastanemizde 2012 yılında başlatılan hemşirelikte inovasyonu aktive etme süreci dahilinde; yarışma ve sempozyum süreçleri gerçekleştirilmiştir. İlk yıl hemşirelerimiz 29 inovasyon projesi, ikinci yıl 33 inovasyon projesi, üçüncü yıl 29 inovasyon projesi, dördüncü yıl 67, beşinci yıl 100 inovasyon projesi olmak üzere 5 yıllık süreçte hastanemiz hemşireleri toplam 250 inovatif proje geliştirmiştir. Her biri yeni bir buluş özelliği taşıyan projeleri ile hemşirelerimizin bakım kalitesini arttırıcı, yeni ve yaratıcı faaliyetleri desteklemeleri sağlanmıştır. İnovatif 30 proje için patent alma süreci tamamlanmıştır ve yeni buluşların üretimi için çalışmalar aktive edilmiştir.

Sonuç: Hastanemizde 5 yıldır yürüttüğümüz hemşirelikte inovasyon süreci ile; her geçen yıl daha da etkin projelerin oluşturulduğu belirlenmiştir. Hemşirelerde inovasyon sürecinin aktifleştirilmesinde; düzenli eğitimlerin, süreci tanıttak, cazip hale getirecek, yol gösterecek bilimsel aktivitelerin yapılmasının ve rol model olmanın yeri büyüktür.

Anahtar Kelimeler: Hemşirelik, İnovasyon, Patent



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



CEP TELEFONU KULLANIMI

Çağrı Çöven Özçelik

Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü

Günümüzde teknolojinin kullanım yaşı ya da bunların etkilerine maruz kalma yaşı oldukça küçülmüştür. Çocuklar, erişkinlerin küçüğü değildir. Bu nedenle büyüyen vücutları ve beyinleri cep telefonu radyasyonu gibi çevresel etmenlere karşı son derece kırılgandır. Fizyolojik etkilerinin yanı sıra cep telefonları çocukların sosyal ve duygusal gelişimlerine zarar verebilmekte, davranışlarını kontrol etme becerilerini geliştirmesini ve akademik başarılarını olumsuz etkileyebilmektedir. Ülkemizde 06-15 yaş grubundaki çocukların cep telefonu kullanım oranının %24,3'tür. Yapılan araştırmalarda cep telefonu kullanımına başlangıç yaşıyla ilgili kesin bir veri bulunmamaktadır. Türkiye İstatistik Kurumu verilerine göre ise ülkemizde cep telefonu kullanmaya başlama yaşı ortalama 10'dur. Genellikle kullanım amaçları oyun oynamak iken yaş büyüdükçe mesajlaşma daha sık kullanılmaktadır. Bu nedenlerden dolayı günümüzde teknolojik araçlardan uzakta bir yaşam söz konusu olamayacağı için en azından çocukların sağlığını optimal düzeyde koruyacak önlemlerin alınması gerekliliği doğmaktadır.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü



SÖZLÜ BİLDİRİLER



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-01

Primer İmmün Yetmezliği Olan Çocuk Ve Ergenlerde Ve Ebeveynlerinde Psikopatoloji

İrem Bato¹, Ayşe Kutlu², Ferah Genel³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Günümüzde Primer İmmün Yetmezlik (PİY) tanısının erken konulması ve tedavinin erken başlanarak enfeksiyonların sıklığının azaltılması ile bu hastaların yaşam süreleri uzamıştır. Ancak bu durum çeşitli etkenlere de bağlı olarak primer immün yetmezlikli hastalarda sosyal, psikolojik, gelişimsel ve çevresel sorunları da hastalığın beraberinde getirmiştir. Çalışmamızda; PİY tanılı çocuklarda ve ebeveynlerinde psikiyatrik semptomatoloji ile birlikte ilişkili sosyodemografik özelliklerin ve tedavi değişkenlerinin etkisini araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi İmmünoloji Polikliniğinde Şubat 2017 - Ağustos 2017 tarihleri arasında PİY tanısı ile takiplerine devam edilen 2-18 yaş grubunda, 78'i İntravenöz İmmünglobulin (İVİG) replasman tedavisi alan 164 hasta ve ebeveynleri ile 124 sağlıklı gönüllü çocuk ve ebeveynleri olmak üzere toplam 288 çocuk ve ebeveynleri dahil edildi. Sosyodemografik Veri Formu yanında hem çocuklara hem ebeveynlerine Çocuklar İçin Depresyon Ölçeği (CDI) uygulanırken, sadece ebeveynlere Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ve Beck Anksiyete Ölçeği (BAÖ) uygulandı. İstatistiksel analizler "SPSS 15.0 for Windows" istatistiksel analiz paket programında yapıldı.

BULGULAR: Hasta grubunun yaş ortalaması ile kontrol grubunun yaş ortalaması benzer saptandı ($p=0,217$). Depresyon değerlendirilmesi için bakılan CDI ebeveyn ve çocuk puanları PİY tanılı grupta kontrol grubuna göre belirgin yüksekti ($p=0,004$; $p=0,032$). Hasta grubun ebeveynlerinin BDÖ ve BAÖ puanlarının kontrol grubuna göre daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,009$; $p=0,022$). İVİG alan grubun BDÖ puanları, almayanlardan anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0,024$). Hastaneye yatış öyküsü olan hastaların CDI ebeveyn puanlarının daha yüksek olduğu saptandı ($p=0,009$).

TARTIŞMA-SONUÇ: Klinik tanı düzeyinde olmasa da hasta çocuklar ve ebeveynleri sağlıklı gruba göre daha depresif ve anksiyetelidir. Hasta grupta; İVİG alan çocuklar ve ebeveynleri, almayanlara göre daha depresif iken ebeveynlerin anksiyete düzeyleri benzerdir. Bu sonuçlarla değerlendirildiğinde; PİY tanılı çocuklara bütüncül bir yaklaşım geliştirebilmek için tüm ailenin hastalığın tıbbi yönlerinin yanında zaman içinde yaşayabilecekleri psikososyal zorluklar açısından da bilgilendirilmesinin ve izlenmesinin uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, depresyon, kronik hastalık, primer immün yetmezlik

SS-02

Akut karın ağrılarında İskemi Modifiye Albumin'nin tanısıl değeri

Fatma Saracı¹, Selman Yeniocak², Sevgi Büyükbeşe Sarsu³, Kamil Şahin⁴, Esmâ Yücesat⁵, Macit Koldaş⁵

¹S.B.Ü Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi, Fatih, İstanbul, Türkiye

²S.B.Ü Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Acil Tıp Kliniği, Fatih, İstanbul, Türkiye

³Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi, Çocuk Cerrahi, Gaziantep, Türkiye

⁴S.B.Ü Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, Fatih, İstanbul, Türkiye

⁵S.B.Ü Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, Fatih, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ-AMAÇ: Akut karın ağrısı şikayeti ile acil servise başvuran çocuk hastalarda tanı koymak zordur. Ayrıca tanı amacı ile en yaygın kullanılan laboratuvar testleri olan beyaz küre sayısı ve C-reaktif protein (CRP) çeşitli çalışmalarda farklı sonuçlar vermektedir. Biz bu çalışmamızda, çocuklarda akut karın ağrılarının ayırıcı tanısında ve cerrahi-cerrahi olmayan ayırımının yapılmasında, İskemi modifiye albumin'in (İMA) tanısıl değerini araştırmayı planladık

YÖNTEM: Çocuk Acil ve Çocuk Cerrahisi Polikliniğimize akut karın ağrısı şikayeti ile başvuran 112 hasta ve 40 sağlıklı kontrol grubu olmak üzere, onamları alınmış 152 hasta çalışmaya dahil edildi. Tüm hastalardan ilk muayeneleri sonrasında İMA, beyaz küre sayısı ve CRP çalışılmak üzere venöz kan alındı.

BULGULAR: Akut apandisit (AA), Perfore apandisit (PA) ve nonspesifik karın ağrısı olgularının İMA ortalamaları, kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). AA ve PA olgularının İMA ortalamaları, nonspesifik ve diğer karın ağrıları grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). AA ve PA gruplarının İMA ortalaması arasında fark saptanmadı ($p>0,05$). AA ve PA olgularının, beyaz küre sayısı ve CRP düzeyleri, nonspesifik ve diğer karın ağrılarına göre istatistiksel olarak anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$). PA grubunun beyaz küre ortalaması AA grubuna göre anlamlı yüksek bulundu ($p<0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: İskemi, serum albumin'in N-terminal ucunda yapısal değişikliğe yol açarak, bakır, nikel, kobalt gibi transizyonel metallerin albumine bağlanmasını azaltır. Oluşan bu yeni albumin, "iskemi modifiye albumin" olarak adlandırılır. Yapılan çalışmalar İMA'nın oksidatif stres ve iskemik hasarın bir göstergesi olduğunu göstermiştir. İMA artışı iskemik başlangıcından dakikalar sonra başlar, 6-12 saatte yükselir ve 24 saat sonra normale döner. Karın ağrısı yapan apandisit gibi iskemik yapan nedenlerde, İMA yükselebilir. Çocuklarda akut karın ağrılarının ayırıcı tanısını yapmak ve ameliyat kararı vermek zor ve sıkıntılı bir süreçtir. Çalışmamız göstermiştir ki, İMA çocuklarda akut karın ağrılarının ayırıcı tanısında ve cerrahi-cerrahi olmayan neden ayırımında, beyaz küre sayısı ve CRP ile birlikte tanıya yardımcı bir biomarker olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut karın, apandisit, çocuk, iskemik modifiye albumin (İMA)



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-03

Erken pubertal bozukluk nedeni ile çocuk endokrin polikliniğine yönlendirilen hastaların tanısal dağılımı ve klinik özellikleri

Suna Kılınc

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Kız çocuklarında 8 yaşından önce meme gelişiminin başlaması, erkek çocuklarda ise 9 yaşından önce testis volumünün 4 ml'nin üzerine çıkması erken puberte olarak adlandırılmaktadır. Prematür telarş ve prematür adrenarş ise normal varyant erken puberte olarak adlandırılmaktadır. Bu çalışmada amaç erken pubertal bozukluk nedeniyle endokrin polikliniğine yönlendirilen hastaların tanısal dağılımını ve klinik özelliklerini belirlemek, erken puberte ve normal varyant puberte bozuklukları tanısı ile takip edilen ve tedavi başlanan hastaların klinik bulgularını saptamak, biyokimyasal ve antropometrik özelliklerini karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk endokrin polikliniğine Temmuz 2016-Temmuz 2017 tarihleri arasında erken pubertal bozukluk nedeniyle yönlendirilen 476 hastanın verisi hasta dosyaları ve hasta kayıt formlarından geriye dönük olarak tarandı. Puberte prekoks (PP), prematür adrenarş (PA) ve prematür telarş (PT) tanısı alan hastaların gelişinde fizik muayene ile belirlenmiş ergenlik derecesi ve bakılmış boy, kilo, hedef boy, öngörülen erişkin boy, kemik yaşları ve biyokimyasal tetkikleri değerlendirilip incelendi.

BULGULAR: 476 hastanın 22'si (%4.6) erkek, 454'ü (%95.3) kız idi. Erkeklerin %18'ine (4 hastaya), kızların ise %29.7'sine (135 hastaya) erken pubertal bozukluk tanısı konuldu. Kız erkek oranı 33/1 idi. Erkek hastaların 1 tanesi PP, 3'ü PA tanısı aldı. Kız hastaların ise 44'ü PP, 59'u PT, 32'si PA tanısı aldı. PP tanısı alan hastaların yaş ortalaması 7.68±0.83, PT yaş ortalaması 4.4±2.61, PA yaş ortalaması 6.97±0.78 idi. Etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde 133 olguda altta yatan bir neden saptanmadı, 2 hastada konjenital adrenal hiperplazi, 1 hastada ise hipotalamik hamartom saptandı. PP tanısı alan tüm hastalara GnRH analog tedavisi başlandı, ayrıca PP düşünülmeyen ancak hızlı ilerleyen pubertesi olan 8 hastaya da tedavi başlandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Sonuç olarak erken pubertal bozukluk daha çok kız çocuklarının bir sorunudur. Erken pubertal bozukluk tespit edilen tüm hastaların etiyolojik açıdan değerlendirilmesi ve düzenli izleme alınması gerekmektedir. Tedavi kararında ise hastanın yaşı, puberteye girdiği dönemdeki boyu, kemik yaşı ve puberte evrelemesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: erken pubertal bozukluk, prematür adrenarş, puberte prekoks, prematür telarş

SS-04

Yenidoğan döneminde kolestaz tanısı alan hastaların klinik, histopatolojik, radyolojik bulguları ve uzun dönem takip sonuçları

Zeynep İspir, Sebahat Çam

İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Gastroenteroloji BD

GİRİŞ-AMAÇ: Neonatal kolestatik hastalıklar konjuge hiperbilirubinemi ve karaciğer fonksiyonlarında bozulma ile seyreden, morbidite ve mortaliteye neden olabilen hastalıklardır. Bu çalışmada neonatal kolestaz tanısıyla izlenmiş olan hastaların bulguları ve uzun dönemli izlem sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Medeniyet Üniv. Göztepe EAH Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda 2008 ile 2017 yılları arasında neonatal kolestaz tanısıyla izlenmiş olan 28 kız, 48 erkek toplam 76 hasta dahil edilmiştir. Bu hastaların tanıları, yakınmaları, fizik muayene, laboratuvar, ultrasonografi, karaciğer histopatolojik bulguları, klinik seyirleri 9 yıllık dönemde izlem sonuçları araştırılmıştır. **BULGULAR:** Hastaların 18'i (%23,7) biliyer atrezi, 12'si (%15,8) idiyoPATİK neonatal hepatit, 10'u (%13,2) safra kanalı hipoplazisi, 9'u (%11,8) enfeksiyöz hastalıklar, 8'i (%10,5) metabolik ve genetik hastalıklar, 5'i (%6,6) PFIC ve 14'ü (%18,4) diğer hastalıklar grubunda idi. Başvuru yaşının ortalama 59,5±32,2 gün olduğu görüldü. En sık başvuru yakınması sarılık (%96,1), akolik dışkı (%46) ve karın şişliği (%18) idi. Sarılığın başlangıç zamanının ortalama 9,4±9,5 gün olduğu görüldü. Biliyer atreziyi diğer kolestaz nedenlerinden ayırımında ultrasonografinin duyarlılığı %72,2 iken özgüllüğü %81 olarak bulundu. Karaciğer biyopsi bulguları tanıları bakımından karşılaştırıldığında intralobüler duktus azlığı safra kanalı hipoplazisi olan grubun tamamında gözükürken, fibrozis en sık biliyer atrezili hastalarda (%83,3) saptandı. En sık görülen biyopsi bulguları iltihabi hücre infiltrasyonu (60 hasta, %78) ve safra kanalı proliferasyonuydu (50 hasta (%65)). İzlem sonuçlarında 41 hastanın (%53,9) karaciğer fonksiyonlarının normale döndüğü görülürken, (iyileşme süresi ortalaması 362,2±431,5 gün) 15 hasta hafif, orta karaciğer fonksiyon bozukluğu ile stabil olarak izlenmektedir. Kaybedilen toplam 9 (%11,8) hastanın 2'si biliyer atrezi, biri safra kanalı hipoplazisi, biri ARC sendromu, biri safra tıkaçı, biri yağ asidi oksidasyon defekti, biri sitrin eksikliği, biri neonatal hemokromatozis, biri sepsis tanısı ile izleniyordu. 11 hastamıza karaciğer yetmezliği nedeniyle transplantasyon yapıldı, bu hastalarımızdan 8'i biliyer atrezi, biri safra kanalı hipoplazisi, biri PFIC1, biri yağ asidi oksidasyon defekti tanılıydı.

SONUÇ: Kolestaz tanılı hastaların en kısa zamanda tanı ve tedavi amacıyla uygun merkeze yönlendirilmesi ve uzun dönemli takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: neonatal, kolestaz, karaciğer



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



SS-05

Kanser Tanısı Konmuş Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükleri İle Anksiyete Düzeyleri Arasındaki İlişki

Selmin Köse¹, Azime Türköz², Gülay Yıldırım³

¹Biruni Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşire, İstanbul

³Marmara Üniversitesi, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Doktora Öğrencisi, İstanbul

GİRİŞ: Kanser çocuk ve ailede anksiyete, depresyon ve somatik şikayetler gibi sağlık problemi oluşturabilmektedir. Çalışmanın amacı kanser tanısı konmuş çocuğa sahip olan ebeveynlerin bakım yükleri ile anksiyete düzeyleri arasındaki ilişkiyi incelemektir.

METOD: Araştırma Eylül 2017 – Ocak 2018 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden etik kurul izni alınarak yapıldı. Tanımlayıcı tipteki araştırmanın evrenini hastanenin hematoloji servisinde yatan kanser tanısı konmuş çocukların ebeveynleri, örnekleme ise çalışmaya katılmayı kabul eden ve araştırma kriterlerine uyan ebeveynler oluşturmaktadır. Veriler Soru Formu, Bakım Verme Yüğü Ölçeği ve Beck Anksiyete Ölçeği kullanılarak elde edildi. Bakım Verme Yüğü Ölçeği 22 ifadeden oluşan likert tipli bir ölçektir. Geçerliliği ve güvenilirliği İnci ve Erdem (2008) tarafından yapılmıştır. Beck Anksiyete Ölçeği, Beck ve arkadaşları (1988) tarafından geliştirilmiş likert tipi bir ölçektir. Toplam puanın yüksekliği, bireyin yaşadığı anksiyetenin şiddetini göstermektedir. Türkiye'de ölçeğin geçerlilik ve güvenilirliği, Ulusoy ve arkadaşları (1998) tarafından yapılmıştır. Veriler SPSS 22.0 paket programında Mann Whitney U ve Kruskal-Wallis H ve Spearman Korelasyon testleri kullanılarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmada ekonomik durumu düşük olan ebeveynlerin ekonomik durumu yüksek olan ebeveynlere göre bakım yükleri ve beck anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu belirlendi ($p<0,05$). Kronik hastalığa sahip başka çocuğu olan ebeveynlerin kronik hastalığa sahip başka çocuğu olmayan ebeveynlere göre bakım yükü ve beck kaygı puan ortalamalarının yüksek olduğu ($p<0,05$) belirlendi. Kanser tanısı yeni konmuş çocukların ebeveynlerinin beck anksiyete puan ortalamalarının yüksek olduğu saptandı ($p<0,01$). Ebeveynlerin bakım yükleri ve anksiyete düzeyleri arasında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu tespit edildi ($p<0,001$). SONUÇ: Ekonomik durumu düşük olan ve kronik hastalığa sahip başka çocuğu olan ebeveynlerin daha fazla bakım yükleri ve anksiyetelerinin olduğu, kanser tanısı yeni konulmuş çocukların ebeveynlerinin daha fazla anksiyete yaşadığı görüldü. Kanser tanısı konmuş çocuğa sahip ebeveynlerin bakım yükleri ve anksiyetelerinin birlikte artış gösterdiği aralarında pozitif doğrusal bir ilişki olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, bakım yükü, çocuk, ebeveyn, kanser.

SS-06

Çocuk sporcuların kardiyak risk analizinde ekokardiyografinin yeri

Muhammed Karabulut

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Ünitesi, İstanbul

GİRİŞ: Genç sporcularda ani ölüm oldukça nadir olup, yaklaşık 2/100000 olarak görülmektedir. Spor aktivitelerinde ani ölümlerin en sık nedeni kardiyak nedenlere bağlı olup 35 yaş üstünde sıklıkla aterosklerotik olaylara bağlı iken, alt yaş grubunda sıklıkla ileti veya kardiyovasküler dolaşımı etkileyen konjenital anomaliler ile ilişkilidir. EKG ve ekokardiyografi (EKO) sporcularda kardiyak risk analizi yapmak için en çok kullanılan araçlardır. Çalışmamızda spor yapabilir onayı için başvuran sporcuların fizik muayene, EKO, EKG, Qtc, tansiyon arterial ölçüm bulguları incelenerek yapılan kardiyak risk analizinde EKO'nun gerekliliği sorgulanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamıza Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatrik Kardiyoloji Ünitesine Ekim 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında spor yapabilir onayı için başvuran 107 sporcu çocuk dahil edilmiştir. Tüm hastaların kardiyak risk analizi için yapılmış olan fizik muayene, EKO, EKG, Qtc, tansiyon arterial bulguları kaydedilmiştir. Olası risk durumunda yapılmış olan ileri tetkik sonuçları ile birlikte spor onayı alan ve alamayan hastalar gruplara ayrılmıştır. Onay alma sürecinde EKO bulgularının tek başına etkinliği sorgulanmıştır.

BULGULAR: Yaş aralığı 6-18 olan 16 kız (%15) ve 91 erkek (%85) çocuktan oluşan 107 sporcu çalışmaya dahil edilmiştir. Sporcu çocukların 10'nun (%9.3) EKG'lerinde ve 14'ün (%13.1) ise EKO'larında anormal bulgular saptanmıştır. Mevcut laboratuvar bulguları ve yapılan ileri tetkikler sonucu EKG de patoloji saptanan dört çocuk, EKO'da patoloji saptanan bir çocuk ve yüksek tansiyon arterial değerlerine sahip bir çocuk olmak üzere toplam altı çocuğa (%5.6) spor yapabilir onayı verilmemiştir. Bu çocukların ikisinde ciddi ventriküler aritmiler, ikisinde yüksek Qtc değerleri, birinde ise fizik muayenesine patolojik kardiyak üfürümün eşlik ettiği sol kalp dilatasyonuna neden olan çift kapak yetersizliği saptanmıştır. SONUÇ: Sporcu çocukların kardiyak risk analizinde, sınırlı kaynaklarımızın akılcı kullanımı için alınan iyi bir öykü ile birlikte yapılan ayrıntılı fizik muayene ve EKG temel araç olmalı ve sadece yapılan ön değerlendirmede yüksek risk grubuna giren hastalar için EKO'nun da içerisinde bulunduğu ileri tetkikler tercih edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ekokardiyografi, Kardiyak risk, Sporcu çocuklar



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-07

DiGeorge Sendromunda Kardiyovasküler Tutulum: Merkezimizin 7 Yıllık Deneyimi

Helen Bornaun

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

GİRİŞ-AMAÇ: DiGeorge sendromu (DGS), 22q11.2 bandının submikroskopik delesyonu ile karakterize sık görülen mikrolelesyon sendromlarından biridir. Hastalığın prevalansı yaklaşık 1/4000'dir. Bu sendromun klinik özellikleri arasında; konjenital kalp defektleri, timus aplazi veya hipoplazisine sekonder konjenital immün yetmezlik, hipokalsemi, bilişsel ve psikiyatrik problemler ve enfeksiyonlara duyarlılık yer alır.

DGS hastalarının yaklaşık % 80'inde kardiyovasküler anomaliler görülür. En sık karşılaşılan kardiyak anomaliler Fallot Tetralojisi (%17), ventriküler septal defekt ve kesintili aortik ark (her biri %14), pulmoner atrezi / ventriküler septal defekt (%10) ve trunkus arteriosus (%9) içeren konotrunkal anomalilerdir.

DGS hastalarında konjenital kalp hastalıkları morbidite ve mortalitenin ana nedenidir.

Bu çalışmada amaç, kliniğimizde takip edilen DGS vakalarındaki kardiyak defektlerin prevalansı, özellikleri ve prognozunu incelemektir.

YÖNTEM:Bu çalışmada yedi yıllık süre içerisinde merkezimizemüracaat eden 50 DGS hastası kardiyak hastalıklar yönünden incelemeye alındı.

BULGULAR: 50 DGS vakasının (0-41 yaş arası, kadın/erkek nüfusu 28/22) klinik özelliklerin incelemesinde 47 olguda kardiyak anomali tespit edildi. 28 ventriküler septal defekt, 10 Fallot tetralojisi, 9 patent duktus arteriozus, 5 atrial septal defekt, 5 kesintili aortik ark, 4 trunkus arteriozus ve 8 sağ aortik ark vakası saptandı. Daha az sıklıkla atrioventriküler septal defekt, pulmoner kapak veya dalların darlığı, mitral kapak prolapsusu, aberrant sağ subklavyen arter, bikuspid aorta, pulmoner atrezi, çift çıkışlı sağ ventrikül, sol superior vena kava ve desendan aorta hipoplazisi saptadık. 24 hastada takip suresince doğumsal kalp defektlerine cerrahi düzeltme yapıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Diğer DGS çalışma sonuçlarına benzer bizim çalışmamızda da konotrunkal kardiyak anomali sıklığı %94 olarak bulundu. Bir vakada da çok nadir görülen sol pulmoner arterden orjin alan sol subklavyen arter tespit edildi. 22q11.2 mikrolelesyonu olan olguların klinik özellikleri oldukça değişken ve geniştir. DGS vakaları için artmış bir şüphe endeksi, tanı alanların bilinçli yönetimi ve bu konuda yapılan kapsamlı çalışmalar, sadece hastalar ve aileleri için değil, aynı zamanda bu durumun karmaşık patogenezi anlamamız için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: 22q11.2 delesyonu, doğumsal kalp hastalıkları, DiGeorge sendromu

SS-08

Ailevi Akdenizi Ateşinde MEFV Geni R202Q varyasyonu: Fenotip Genotip ilişkisi

Semra Bahar¹, Gözde Şahin¹, Gül Özçelik², Nurver Akıncı²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji, İstanbul

AMAÇ: Ailesel Akdeniz Ateşi (AAA) ile birçok MEFV (Mediterranean FeVer; MEFV) gen mutasyonu ve polimorfizmleri arasındaki ilişki açık olarak belirlenmiştir. Ancak özellikle R202Q başta olmak üzere bazı amino asit değişimlerinin hastalık ile ilişkisi halen tam olarak bilinmemektedir. Bu çalışmada, AAA bulguları ile başvuran çocuk hastalarda R202Q klinik ile ilişkisi araştırılmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM: AAA ile takip edilen hastaların cinsiyetleri, yaşları, başvuru tarihleri, tanı tarihleri ve başvuru şikâyetleri kaydedildi. Hastalığın hem başlangıcında hem de seyri sırasında cilt, eklem, böbrek, gastrointestinal sistem ve diğer sistem tutulumlarına ait klinik bulguları ayrıntılı olarak incelendi. Atak sırasındaki lökosit, CRP, serum amiloid A(SAA), idrar tetkiki, fibrinojen değerlendirildi. MEFV gen mutasyonları R202Q heterozigot ve R202Q / birleşik heterozigot olarak gruplandırıldı çalışıldı. Sonuçlar istatistiksel olarak değerlendirildi.

SONUÇLAR: Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji polikliniğinde 2012-2017 yılları arasında AAA tanısı alan toplam 178 hastanın dosyası incelendi. Çalışmaya 63 olgu dâhil edildi. Hastaların %52,4 kadın (n=33), %47,6 erkek (n=30), yaş ortalaması 13,7 ay ±51,8 (44-290 ay) saptandı. Hastaların ortalama hastalık başlama yaşı 79,6 ay ±50,3 (0-192 ay) arasında, tanı yaşı 105 ay±47,5 (18-204 ay) arasında, tanı gecikme süresi 25,3 ay ±24,5(1-86 ay) saptandı. Çalışmamızda sıklık sırasına göre şikâyetler; karın ağrısı (%93,7), ateş (%61,9), kas eklem ağrısı (%44,4), bulantı, kusma (%15,9) olduğu belirlendi. R202Q heterozigot mutasyonu %76,2 saptandı, M694V+R202Q %7,9, birleşik heterozigot,%15,9 saptandı. Genetik mutasyon gruplarının birleşik grubunun yaş ortalaması R202Q heterozigot grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı yüksekti (p=0,030). Grupların hipertansiyon oranlarında istatistiksel olarak anlamlı fark saptandı (p=0,026). M694V+R202Q mutasyonu olan hastaların hipertansiyon oranı daha yüksekti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızdaki hastalardegerlendirdiğimizde MEFV geni R202Q değişikliğinin AAA ile uyumlu semptomlara yol açabileceği gösterilmiştir. Bazı kaynaklarda R202Q gen değişiminin sadece AAA ilişkili bir mutasyonla beraberliği durumunda hastalıkla ilgili klinik belirtiler ortaya çıkardığı belirtilmiştir. Bu da tanı için R202Q gen değişiminin önemli olduğunu vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: R202Q gen mutasyonu, Ailesel Akdeniz Ateşi, MEFV geni



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-09

Multiple doz surfaktan: Kime ? Ne kadar?

Duygu Besnili Açar, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Evrim Kıray Baş, İlkay Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Surfaktanın doz, uygulama sıklığı ve tekrarlama sayısı ile ilgili kanıtlanmış bir görüş birliği bulunmamaktadır. Çalışmamız tek doz ve ≥ 2 surfaktan kullanılan hastaların etyolojileri, demografik verileri, kısa dönem sonuçları ve mortaliteleri açısından karşılaştırılarak farklılıkların belirlenmesi amacıyla gerçekleştirildi.

MATERYAL-METOD: 1 Ocak 2015 – Mart 2016 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde yatıp surfaktan uygulanan tüm hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Tek doz surfaktan kullanılan hastalar grup 1, tekrarlayan doz surfaktan kullanılan hastalar ise grup 2 olarak tanımlandı. Gruplar etyolojileri, demografik özellikleri, kısa dönem klinik sonuçları açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmamızda toplam 101 hasta ele alınırken bunların 62'si (%61,4) grup 1'de, 39'u (%38,6) ise grup 2'de yer almaktaydı. Gruplar arasında gebelik haftası, cinsiyet, doğum ağırlığı, doğum şekli, maternal yaş ve maternal özellikler açısından fark saptanmadı. Grup 1 de %71, grup 2 de ise %82,1 etyolojik neden RDS idi. Mortalite oranları sırasıyla %16 ve %28 olup, gruplar arasında fark yoktu. Gruplar arasında hastanede yatış süreleri ve cpap süreleri açısından fark saptanmazken, grup 2'nin mekanik ventilatör ve toplam oksijen alma süresi grup 1'den yüksekti.

TARTIŞMA: Surfaktanın alveoler yüzey gerilimini azaltarak oksijenizasyonu arttırdığı, ventilatör destek ihtiyacını azalttığı ve genel prognozu düzelttiği bildirilse de doz tekrarı konusunda kanıtlanmış bir veri yoktur. Türk Neonatoloji Derneği'nin RDS klavuzunda beractant için 6-12 saat arayla maksimum 3 tekrar, proctant alfa için ise 12 saat ara ile maksimum 2 tekrar kullanımı önerilmektedir. Çalışmamızda tekrarlayan surfaktan uygulanan bebeklerin sağ kalım ve erken dönem morbiditelerinin tek doz surfaktan uygulanan bebeklere göre farklı olmadığı ve 8 doza kadar surfaktan uygulanan (surviv dışında nörolojik defisit de olmadığı) hastalarımızın da olduğu görüldü. Surfaktan tekrar dozları; orta uzun vadeli mortalite ve ağır kalıcı hasar olasılığı göz önüne alınarak solunum yetersizliğinin devam ettiği durumlarda kullanılabileceğini düşünmekteyiz. Surfaktan uygulama sayısı ile ilgili literatürde net bilgiler bulunmamakta ve bu konuda çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: tekrarlayan surfaktan kullanımı, yenidoğan, respiratuvar distress sendromu

SS-10

Erken Membran Ruptürü Olan Annelerden Doğan Prematüre Bebeklerde Neonatal Sonuçlar

Özge Sağlam, Merih Çetinkaya

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

GİRİŞ: Erken membran ruptürü (EMR), fetal membranların doğum eylemi başlamadan açılması olup, membranlardaki açılmanın 37. gestasyonel haftadan önce olması "Preterm EMR" (PEMR), 18 saatten daha uzun süredir devam etmesi "Uzamış EMR" olarak tanımlanmaktadır. EMR tüm gebeliklerin %10'unda görülmekte ve %80'i term gebeliklerde meydana gelmektedir. PEMR'nin en sık karşılaşılan komplikasyonları koryoamnionit ve preterm doğumdur. Bu çalışmanın amacı EMR'li anne bebeklerindeki neonatal morbiditeleri belirlemek ve EMR'li olmayan anne bebekleri ile karşılaştırmaktır.

YÖNTEM: 2012-2016 yılları arasında yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan ve annesinde EMR öyküsü olan 140 prematüre çalışma grubunu, EMR öyküsü olmayan annelerden doğurtulan 140 bebek kontrol grubunu oluşturdu. Her 2 grubun maternal (EMR süresi, antibiyotik, kültür üremesi) verileri ile postnatal dönemdeki morbidite ve mortalite verileri kaydedildi. SPSS 22.0 programı ile analiz edildi, $p < 0.05$ istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 280 bebek dahil edildi. Ortalama doğum haftası 28.8 ± 1.7 hafta, ortalama doğum ağırlığı 1098 ± 67 gram idi. Erken sepsis ve mekanik ventilatörde kalma oranları çalışma grubundaki bebeklerde anlamlı şekilde daha yüksek idi. 60 bebeğin (%42,8) anne idrar/servikal sürüntü kültüründe üreme saptandı. Bunların 45'i gram negatif bakteri, 10'u gram pozitif bakteri ve 7'si maya üremesi idi. Gram negatif üremesi olan anne bebeklerinin ortalama doğum ağırlığı ve doğum haftası anlamlı şekilde daha düşüktü ($p < 0.05$). Gram negatif üremesi olan anne bebeklerinde yatış ve tekrar doz surfaktan ihtiyacı, PDA ve mortalite diğer 2 etken grubundan anlamlı şekilde yüksek iken ($p < 0.05$); bu bebeklerde NEK, BPD ve ROP tanıları daha fazla idi.

TARTIŞMA: Çalışmamızda annelerde en sık gram negatif üreme olduğu ve maternal gram negatif enfeksiyonların daha düşük gestasyonel hafta ve doğum ağırlığı ile olan erken doğum eylemine yol açtığı, bu bebeklerde artmış surfaktan ihtiyacı ve mortalite ile ilişkili olduğu görülmüştür. Bu nedenle uzamış EMR'si olan annelerden idrar ve servikal sürüntü kültürleri alınarak uygun antibiyotik profilaksileri ile neonatal etkilenmenin en aza indirilmesi amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Erken Membran Ruptürü, Prematürite, Neonatal Morbidite



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-11

Otizmli Çocuklarda Epilepsi Birlikteliği

Cemile Büşra Ölçülü, Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu, Emek Uyur Yalçın, Mahmut Doğru, Nihan Uyur Külçü, Feyza Mediha Yıldız
T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Otizm sosyal yetersizlik, verbal ve nonverbal iletişimde gerilik, sınırlı ve basmakalıp ilgi alanı ve davranışlar ile karakterize nörogelişimsel bir bozukluktur. Epilepsi, etyoloji ve patogenezi net açıklanamayan Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB)'nın negatif faktörlerinden birisidir. Otizm de epilepsinin bir risk faktörüdür. OSB tanılı olgularda elektroensefalogram (EEG) anomalileri bildirilmiştir. Bu çalışmadaki amacımız otizmli çocuklarda epilepsi ve/veya EEG anormalliğinin sıklığını göstermek ve bu birlikteliğin otizmli hastaların demografik özellikleri, nörolojik gelişimleri, aile öyküleri ve tıbbi risk faktörleriyle ilişkisini araştırmaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya OSB tanılı 80 hasta dahil edildi. Olgularımıza çekilen rutin EEG bulguları incelendi. Olguların demografik özellikleri, EEG sonuçları, olguların ve ailelerinin afebril/febril konvülsiyon (FK) öyküleri, ilaç kullanımları ve tedaviye yanıtları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmadaki olguların, 20'sinin (%25) EEG'sinde patolojik bulgu saptanırken, 60'ında (%75) EEG anormalliği yoktu. EEG'si anormal saptanan hastaların 10'u (%50) çalışmaya alınan tüm olgularına 18'i (%22,5) epilepsi tanılıydı. Epilepsi eşlik eden hastaların %55,6'sında jeneralize tonik-klonik nöbet majör nöbet tipi olarak bulundu. EEG bulguları değerlendirildiğinde %90'ı fokal nitelikte olup odaklara bakıldığında en sık oksipital lobta patolojik bulgular saptanmıştır. Antiepileptik tedavi alan hastalarda en sık sodyum valproat (VPA) kullanılmıştır. Tek başına tedavide kullanıldığı hastalarda %93,7 oranında nöbetleri kontrol altına aldığı görülmektedir. Çalışmamızda epilepsi birlikteliği EEG anormalliği ile anlamlı düzeyde ilişkili bulunmuştur ($p=0,002$). İleri yaş ortalaması, yürümede/konuşmaya başlamada gecikme ve EEG anormalliğiyle epilepsi ile ilişkili saptanmıştır ($p<0,05$). Otizmli hastaların FK geçirme ve ilaç kullanım öyküleri hem EEG bozukluğu hem de epilepsiyle ilişkili bulunmuştur ($p<0,05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Otizmli hastalarda epilepsi ve EEG bozukluğu yapılan diğer çalışmalarla benzer oranlarda olduğu gösterilmiştir. Otizmli çocuklarda EEG anomalisi ve epilepsi görülme oranı normal popülasyona oranla oldukça yüksek bulunmuştur. Bu sebeple OSB tanılı hastaların takiplerinde gelişebilecek problemler arasında epilepsi düşünülmelidir ve prognoz takibi açısından EEG incelemesinin önemi artmıştır. Tedaviye yanıtın nöbetleri kontrol altına alma ve EEG bulgularına etkileri değerlendirildiğinde, erken tanı/tedavi bu çocukların hayat kaliteleri açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Elektroensefalografi, Elektroensefalografi Anomalileri, Epilepsi, Otizm, Otizm Spektrum Bozuklukları

SS-12

Sistemik juvenil idiyopatik artrit hastalarında makrofaj aktivasyon sendromu sıklığı ve uzun dönem takip sonuçları

Mustafa Çakan, Nuray Aktay Ayaz, Şerife Gül Karadağ
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Sistemik juvenil idiyopatik artrit (SJIA) ateş, döküntü, artrit ve poliserözit ile karakterize bir hastalıktır. En korkulan komplikasyonu olan makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) hastaların %10-15'inde gözlenmektedir. SJIA monosiklik, polisiklik veya kronik poliartiküler olmak üzere üç farklı seyir izleyebilmektedir. Çalışmamızın amacı hastanemiz çocuk romatoloji kliniğinde SJIA tanısıyla takip ve tedavi edilen hastaların demografik özelliklerini çıkarmak, MAS sıklığını saptamak ve uzun dönem takip sonuçlarını belirlemektir.

YÖNTEM: Çalışmamıza Mayıs 2010 ile Eylül 2017 tarihleri arasında SJIA tanısı alan ve en az 6 süre ile kliniğimizden takip edilen hastalar alınmıştır.

BULGULAR: 53 SJIA hastası çalışmaya alınmıştır. Ortalama tanı yaşı 7.9 yıl iken, ortalama takip süresi 39 ay idi. Hastaların 32'si (%60) kız iken, 21 (%40) erkek idi. MAS 18 hastada (%33.9) gelişti. Cinsiyet dağılımına göre erkeklerin %42'sinde (9 hasta), kızların %28'inde (9 hasta) MAS gözlendi. MAS hastalarının 5'inde (%27.7) hemofagositoz gözlenmez iken, MAS bulgusu olmayan 3 hastada (%8,5) hemofagositoz gözlendi. Hastaların SJIA tanısı ve MAS tanısı arasındaki süre ortalama 10.1 gün iken, MAS gözlenen ve gözlenmeyen olguların SJIA tanısı konulduğu andaki lökosit, hemoglobin, trombosit, ferritin, trigliserit, ESR, CRP, fibrinojen, AST, ALT, albumin ve LDH değerleri karşılaştırıldığında başlangıç ferritin ve fibrinojen değerlerinde anlamlı fark bulundu. MAS atağı geçirenlerin başlangıç ferritin düzeyi 4482 mg/dl, fibrinojen düzeyi 371 mg/dl iken, MAS atağı geçirmeyenlerin ferritin değeri 2060 mg/dl, fibrinojen düzeyi 466 mg/dl olarak bulundu (ferritin için $p=0.0137$, fibrinojen için $p=0.003$). Monosiklik gidişat 24 (%45) hastada gözlenirken, 16 (%32) hastada polisiklik, 13 (%23) hastada kronik poliartiküler gidişat gözlemlendi. Biyolojik ajan 21 hastada kullanıldı. Monosiklik hastaların %12,5 inde, polisiklik hastaların %50'sinde ve kronik poliartiküler seyir gösterenlerin %77'sinde biyolojik ajan ihtiyacı olduğu görüldü. Son kontrolde 31(%58) hasta ilaçsız remisyonda izlenir iken, 20 hasta (%38) ilaçlı remisyonda ve 2 hasta aktif idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: SJIA tanısı konulan hastanın klinik ve laboratuvar bulguları MAS gelişimi açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: ferritin, makrofaj aktivasyon sendromu, sistemik juvenil idiyopatik artrit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



SS-13

Çocuk acil serviste doğumsal metabolik hastalıklar: bir üçüncü basamak hastane deneyimi

Emel Berksoy

S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: Doğumsal metabolik hastalıklar (DMH); son yıllarda elde edilen yeni gelişmelerle birlikte tanı ve tedavi şansı belirgin olarak artan ancak şüphelenilmediğinde tanı konmasının mümkün olmadığı bir hastalık grubudur. Çalışmamızda DMH olan hastaların acil servislere başvuru nedenleri ve tanısal süreçlerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Dr. Behçet uz Çocuk Hastanesi acil servisine 2014-2016 tarihleri arasında başvuran doğumsal metabolik hastalık tanılı hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Hastalar acil servis başvurusu sonrası tanı alan hastalar (Grup 1) ve doğumsal metabolik hastalık tanısı olup çeşitli nedenlerle acil servise başvuran hastalar (Grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, acil servise başvuru nedenleri, başvuru sayıları, öncesinde başka merkez başvurusu olup olmadığı, fizik muayene bulguları, geliş laboratuvar analizleri, görüntüleme analizleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmanın yapıldığı zaman aralığında acil servise toplam 310183 hasta başvurusu olmuştur. Acil servis başvuru sonrasındaki süreçte ilk kez doğumsal metabolik hastalıklara yönelik tanı alan (Grup 1) 94 hasta ve doğumsal metabolik hastalık tanısı olup çeşitli nedenlerle acil servise gelen (Grup 2) 38 hasta olmak üzere toplam 132 doğumsal metabolik hastalık tanılı hasta başvurusu olmuştur. Grup 1 deki hastalar için acil servis ilk başvuru anındaki ortalama yaş; 13,5 ay (0-18) ay, tanı anındaki yaş; 21,75 ay (0-202) idi. Acile en sık başvuru nedenleri nöbet geçirme (29 hasta, %30,9) ve solunum sıkıntısı (23, %24,5) olup hastalar sırasıyla intoksikasyon tipi DMH (37 hasta, %39,3), enerji metabolizması bozukluğu (35, %37,2), kompleks molekül hastalık (22, %23,4) tanısı almışlardır. Halen tedavisi devam eden 68 hastanın tanı öncesi acil servis başvuru sayısı 2,5 (1-5), ölen 24 hastanın başvuru sayısı ise 3,2 (1-5) olarak bulundu ($p < 0,05$).

SONUÇ: DMH olan hastaların çoğunluğunun hekimle ilk buluşması acil servislere gerçekleşmektedir. Özellikle acil servislere çalışan hekimlerin doğumsal metabolik hastalıkların sık karşılaşılan hastalıklarla benzerlik gösterebilen özellikleri olduğu konusunda farkındalık kazanmaları çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: acil servis, çocuk, doğumsal metabolik hastalık

SS-14

İnhale kortikosteroidler ve montelukastın çocuklarda büyüme ve vücut kitle indeksi üzerine etkisi

Onur Akın

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: İnhale kortikosteroidler (İKS) ve montelukast çocuklarda astım tedavisinde kullanılan ilaçlardır. Özellikle uzun süre ve yüksek doz tedavi alan hastalarda inhale steroidlerin büyüme ve vücut kitle indeksi (VKİ) üzerine olan olumsuz etkileri gösterilmiştir. Ancak daha yaygın kullanılan dozlarda benzer yan etkileri araştırılan çalışma sayısı oldukça azdır. Montelukastın ise çocuklarda antropometrik parametrelere etkisi bilinmemektedir.

YÖNTEM: Astım tanısı ile tedavi edilmekte olan 175 çocuk çalışmaya dahil edilmiş ve hastalar uygulanan tedaviye göre budesonid, flutikazon ve montelukast (5 mg/gün) alt gruplarına ayrıldı. Çocuk allerji polikliniğinde astım dışı atopik hastalıklar nedeniyle takip edilen 77 çocuk kontrol grubunu oluşturdu. En az bir yıllık izlemi olan bu hastaların yaklaşık 1 yıl arayla yapılan kontrollerindeki antropometrik veriler, deri prick test sonuçları, tedavi bilgileri retrospektif olarak elde edildi. Tedavilerin kümülatif dozları gün sayısına bölünerek her hasta için günlük doz belirlendi. Antropometrik parametrelerin standart sapma skorları (SSS) ve bu verilerin tedavi boyuncaki değişimini değerlendirmek amacıyla başvurular arasındaki SSS farkları hesaplandı. Elde edilen veriler astım tedavi grupları ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldı. Bunun yanında İKS dozları ile SSS değişimleri arasında korelasyon analizi yapıldı.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, cinsiyet ile atopi verinit prevalansları açısından fark yoktu. Budesonid grubunda hastaların 39'u (%73,5) orta, 13'ü (%24,5) düşük, flutikazon grubunda ise hastaların 57'si (%70,4) orta, 22'si (%27,1) düşük dozda ilaç kullanmaktaydı ve ilaç dozları açısından 2 grup arasında fark bulunmadı. Hem ilk hem son kontroldeki boy, vücut ağırlığı ve VKİ SSS'leri ile tedavi sürecindeki SSS değişimleri açısından tedavi grupları ve kontrol grubu arasında fark saptanmadı. Ancak budesonid dozu ile boy SSS değişimi arasında negatif korelasyon bulundu.

SONUÇ VE TARTIŞMA: Sonuçlar, sık tercih edilen doz aralıklarında İKS'lerin büyümeyi ve VKİ'ni etkilemediğini düşündürmektedir. Ancak budesonid dozu ile büyüme arasında korelasyon saptanmış olması doz bağımlı büyüme etkilenimi olabileceğini düşündürmüştür. Montelukast da VKİ ve büyüme üzerine olan etki açısından güvenli bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Astım, budesonid, büyüme, flutikazon, obezite, montelukast



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



SS-15

Ailesel Hipertrigliseridemi Hastalarının Uzun Dönem İzlem Sonuçları

Ebru Canda

Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.D Metabolizma ve Beslenme B.D

GİRİŞ-AMAÇ: Ailesel hipertrigliseridemi yüksek trigliserid, normal LDL kolesterol düzeyleri ile karakterizedir. Sık olarak lipoprotein lipaz (LPL) eksikliği veya onun kofaktörü olan Apo-C2 eksikliği sonucu görülmektedir. Trigliseridde zengin lipoprotein birikimi sonucu hepatosplenomegali, tekrarlayan epigastrik ağrı, pankreatit atakları ve eruptif ksantomalar görülebilir. Sütçocukluğu döneminde şiddetli karın ağrıları infantil kolik ile karışabilmektedir. Primer hipertrigliseridemi tanısıyla izlenen hastalar klinik, laboratuvar ve izlem bulguları ile tartışılmak üzere sunuldu.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastavերileri dosyakayıtlarından retrospektif olarak tarandı. Demografik özellikler, klinik ve laboratuvar bulguları kaydedildi. **BULGULAR:** Toplam 38 hasta çalışmaya alındı. Kız/erkek oranı=21/17 idi. Ortalama yaş 9.7 ± 3.6 (3.6-19) ve ortalama tanı yaşı 0.8 ± 2.5 yıl (15 gün-15 yıl) saptandı. En sık semptom kolik tarzı karın ağrısı, huzursuzluk ve kusma idi. Beş hasta yenidoğan döneminde lipemik serum saptanması üzerine tetkik edilmesi sonucu tanı aldı. Ondokuz hastanın ailesinde akrabalık vardı. Yirmiyedi hastanın ailesinde ve 19 hastanın kardeşinde hipertrigliseridemi öyküsü mevcuttu. Beş ailede erken miyokard infarktüsü ve 1 ailede erken serebral infarktüs öyküsü saptandı. Altı hastada organomegaly, iki hastada ksantom mevcuttu. Tanı anı ortalama trigliserid düzeyi 3694 ± 4403 mg/dl (364-23100) idi. Son kontrolde alınan trigliserid düzeyleri ortalama 1442.3 ± 1626.2 (153-7434) bulundu. Hastaların ortalama takip süresi 5.8 ± 3.8 yıl idi. Tüm hastalara düşük yağ içerikli ve MCT den zengin (total yağın yaklaşık %80'i) diyet başlandı. Diyet ile regülasyon sağlanamayan seçilmiş hastalarda fenofibrat tedaviye eklendi. Bir hastada tekrarlayan pankreatit atakları sonucu kronik pankreatit ile uyumlu bulgular saptandı.

TARTIŞMA- SONUÇ: Ailesel Hipertrigliseridemi yüksek morbiditeye sahiptir. Tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonlar önlenmeye çalışılmalıdır. Özellikle ilk aylarda diyet ve MCT ile trigliserid düzeyinde dramatik azalma kaydedilebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: trigliserid, lipoprotein lipaz, karın ağrısı, pankreatit

SS-16

Konjenital adrenal hiperplazi olgularımızın genetik dağılımı: 145 hasta ile tek merkez deneyimi

Melek Yıldız, Hasan Önal, Elif Yılmaz Güleç, Erdal Adal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital adrenal hiperplazi (KAH), adrenal steroidogenez basamaklarından birinde gerçekleşen enzim eksikliği nedeniyle ortaya çıkan, otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Kolesterolde kortizol sentezlenmesinde rol alan enzimleri kodlayan genlerde oluşan mutasyonlar sonucu ortaya çıkar. En sık sebebi 21-hidroksilaz eksikliği olup, 11-beta hidroksilaz eksikliği, 3-beta hidroksisteroid dehidrogenaz eksikliği, 17-alfa hidroksilaz eksikliği ve POR eksikliği daha nadir nedenler arasında yer alır. Son yıllarda genetik analiz imkanlarının artmasıyla, daha nadir rastlanan KAH formlarının da genetik tanısı konulabilmektedir. Bu çalışmada bölümümüzde takipli KAH tanılı hastaların klinik ve genetik özelliklerinin ortaya konulması amaçlanmıştır.

METOD: Kliniğimizde KAH tanısıyla takip edilen 145 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların başvuru yaşı, başvuru şikayeti, izlemde puberte prekoks ve hipertansiyon gelişimi, testiküler adrenal rest tümör varlığı, hormonal değerlendirmeleri, klinik ve genetik tanıları kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmaya 63 erkek, 81 kız hasta alındı. Hastaların %88,2'si 21-hidroksilaz eksikliği iken (%61,1'i tuz kaybetti tip, %17,4'ü basit virilizan tip ve %9,7'si non-klasik tip), %9,0'u 11-beta hidroksilaz eksikliği, %2,1'i 3-beta hidroksisteroid dehidrogenaz eksikliği, %0,7'si ise POR eksikliği idi. Olguların %65,3'ünde akraba evliliği mevcuttu. Kız hastaların %67,9'u ambigü genitalite ile, erkek hastaların %68,3'ü ise tuz kaybı ile tanı almıştı. 15 hasta santral puberte prekoks nedeniyle GnRH analogu kullanmıştı. 7 hastada testiküler adrenal rest tümör mevcuttu. Tanısı genetik olarak doğrulanan toplam 121 hastadan 105'inde CYP21A2/CYP21B mutasyonu, 12'sinde CYP11B1 mutasyonu, 4'ünde HSD3B2 gen mutasyonu, 1 hastada ise POR gen mutasyonu saptanmıştı.

SONUÇ: Merkezimizdeki KAH hastalarında gözlenen enzim eksikleri ve ilişkili genetik dağılım literatür ile uyumlu bulunmuştur. İzlem sırasında hipertansiyon gelişimi 11-beta hidroksilaz eksikliği açısından uyarıcı olmaktadır. 21-hidroksilaz eksikliği açısından mutasyon saptanmayan, hipertansiyon ve sendromik görünüm benzeri klinik özellikleri bulunan ve hormonal açıdan ipucu olan hastalar nadir KAH formları açısından değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital adrenal hiperplazi, 21-hidroksilaz eksikliği, mutasyon



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-17

Besin Proteini İlişkili Alerjik Proktokolit: Prevalans, Klinik Özellikler ve Prognoz Değerlendirilmesi

Duygu Doğan Aktepe, Ayşe Merve Usta, Ayşenur Kaya, Nafiye Urgancı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Besin-proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP), yaşamın ilk aylarında, çoğu anne sütü ile beslenen, genel durumu iyi ve sağlıklı görünen bebeklerde, taze kanlı dışkılama ve buna eşlik eden hafif gastrointestinal belirtilerle karşımıza çıkmaktadır. İyi seyirli görünmesine rağmen, besin eliminasyonu nedenli oluşabilecek besinsel eksiklikler ve çocukların büyüme-gelişimleri açısından, özellikle ebeveynler için oldukça kaygı verici bir durumdur. Bu çalışmanın amacı BPIAP hastalığının görülme sıklığına dair bilgi vermek, klinik özelliklerini aydınlatmak, hastalığın doğal seyrini belirlemek ve bu seyre etki eden faktörleri ortaya çıkarmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Çocuk gastroenteroloji kliniğinde takip edilen 123 BPIAP tanılı hastanın klinik belirtileri, laboratuvar bulguları, tanısal testleri ve tolerans geliştirme yaşları, çalışmamızda geriye dönük ve kesitsel olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: BPIAP prevalansı % 0,01 olarak saptanmıştır. BPIAP hastalarının ana belirtileri kanlı dışkılama (%74,8) ve mukuslu dışkılamadır (%95,9). Belirtilerin başlama yaşı ortalaması 2,69 ± 2,31 aydır. İnek sütü ve ürünleri ana alerjendir (%99,2). Hastalarda ek alerjen olarak yumurta %37,3, buğday %6,5, kuruyemiş %1,6 ve balık/deniz ürünleri %0,8'inde saptanmıştır. Tekli besin alerjisi % 62,6, çoklu besin alerjisi % 37,4 sıklıktadır. Hastaların %51,2'si 1 yaşında iyileşmektedir. %37,4'ü 2 yaşında ve %11,4'ü 2 yaşından sonra, en geç 48 aylıkken iyileşmektedir.

SONUÇ: Çoklu besin alerjisi kötü prognoz göstergesidir. 6 aydan kısa süre anne sütü alabilen hastaların 1 yaşında düzelme oranları % 26,7 ile son derece düşüktür. Süt sp İgE ve buğday sp İgE yüksekliği sık görülmemekle birlikte prognozu olumsuz etkilemektedir. Atopi patch ve deri prick testleri hastaların 1/3'ünde pozitif, tanısal olarak yardımcı olmaları dışında prognostik özellikleri yoktur.

Anahtar Kelimeler: besin protein ilişkili alerjik proktokolit, non-İgE aracılı besin alerjisi, gastrointestinal kanama, süt çocuğu

SS-18

Ailesel Akdeniz Ateşi tanısı ile izlenen olguların üst gastrointestinal sistem bulgularının değerlendirilmesi

Gizem Sarı¹, Nafiye Urgancı², Gül Özçelik³, Merve Usta²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

AMAÇ: GİS yakınması olan FMF tanılı hastaların üst GİS yakınmalarının, endoskopik ve histopatolojik bulgularının, kontrol grubu ile karşılaştırılmasıdır.

MATERYAL-METOD: 2012-2016 yılları arasında Pediatrik Nefroloji Polikliniğinden FMF tanısı ile takipli, kolşisin tedavisine rağmen karın ağrısı devam eden ve/veya çeşitli GİS yakınmaları olan 4 yaş-18 yaş arasındaki 85 olgu hasta grubu, kronik karın ağrısı yakınması ile Gastroenteroloji polikliniğinden takipli 85 olgu kontrol grubunu olarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmadaki olguların dermografik verileri, üst GİS endoskopik bulguları, biyopsi sonuçları ve FMF gen analiz sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: FMF tanılı olguların, %69 ünde tedaviye rağmen devam eden karın ağrısı, %22 sinde dispeptik yakınmalar, %22 retrosternal yanma ve % 33 unda birden fazla şikayet saptandı. Endoskopik incelemede hasta grubunun %54'ünde özofajit, %45'inde özofagogastrit, %25'inde duodenit ve %1'inde duodenal ülser saptanırken %6' sında anormal bulguya rastlanmadı. Anormal endoskopik bulgular, hasta grubunda, kontrol grubuna göre anlamlı düşük saptandı (p < 0.001). Histopatolojik incelemede, FMF tanılı olguların %67' sinde özofajit, %65' inde inaktif kronik gastrit, %44' inde aktif kronik gastrit ve %13' unda duodenit saptandı. Kontrol grubunun %53' ününde özofajit, %51' inde inaktif kronik gastrit, %47' sinde aktif kronik gastrit ve %13' ünde duodenit saptandı. Grupların histopatolojik bulguları arasında anlamlı fark saptanmadı. Hasta grubunda sadece antrumda H.Pylori pozitifliği, kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptandı (p:0,003). FMF tanılı hastaların 35' inin FMF gen analizinde en sık R202Q heterozigot mutasyonuna rastlandı. Mutasyonlar ile endoskopik ve histopatolojik pozitif bulgular arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda, FMF olguları ile kronik karın ağrılı olguların üst GİS endoskopik ve histopatolojik bulguları arasında anlamlı fark saptanmadı. Literatürdeki sonuçların aksine üst GİS yakınmaları ile başvuran olgularda R202Q Heterozigot, en sık mutasyondur. Bu konuda net bir yorum yapamamakla birlikte, daha geniş serilerde, bu mutasyonu taşıyan olguların gastrointestinal sistem bulguları ve kolşisin tedavi yanıtızlığı yönünden yakından izlenmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Üst gastrointestinal sistem, üst GİS endoskopi, FMF.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-19

Kanserli Çocukların Tanı Anındaki Nutrisyonel Durumunun Değerlendirilmesi

Dildar Bahar Genç¹, İnci Pınar Seçinti², Sema Vural¹, Burhan Turan²

¹Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Onkolojisi Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Kanser çocukluk çağında malnutrisyonun bilinen sebeplerinden biridir. Ateş, iştahsızlık ve halsizlik gibi sistemik yakınmaların yanı sıra kanserin kendisi de katabolik süreci ve beslenme bozukluğunu tetikleyerek çocuklarda nutrisyonel eksikliklere ve kilo kaybına sebep olabilir. Bu çalışmada Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesinde Nisan 2013-Aralık 2017 tarihleri arasında kanser tanısı almış hastaların nutrisyonel durumlarının değerlendirilmesi planlandı.

YÖNTEM: Hastaların yaşı, cinsiyeti, tanı tipi, tanı anında ağırlık, boy, vücut kitle indeksi ve persentilleri, 25OHD, ferritin, folik asit ve B12 ölçümleri dosyalarından retrospektif olarak kaydedildi. Dünya Sağlık Örgütü malnutrisyon sınıflaması kullanıldı.

BULGULAR: Toplam 153 (92 erkek, 61 kız) hasta çalışmaya dahil edildi. Ortanca yaşı 6.72 yıl olan hasta grubunda en sık görülen tanı tipleri lösemi ve lenfomalar (%38) ve merkezi sinir sistemi (%24) tümörleriydi. Yüzdört olguda vücut kitle indeksi normal sınırlarda saptandı. Yirmidokuz olguda zayıflık bulunurken, 20 olguda fazla kiloluluk ve obezite mevcuttu. Ortanca 25OHD 16.3 ng/ml (2-119) bulunurken hastaların %61'inde D vitamini düzeyi 20 ng/ml'nin altındaydı. Yüzde 12 olguda B12 eksikliği vardı. Yaş büyüdükçe D vitamini eksikliğinin, yaş küçüldükçe ise B12 eksikliğinin arttığı saptandı ($p<0.05$). Folik asit eksikliği olguların %8'inde vardı. B12 eksikliği ve folat eksikliği arasında ilişki izlenmedi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Ülkemizde daha önce yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında kanserli çocuklarda fazla kiloluluk ve obezite oranları benzer, zayıflık oranı yüksektir. Zayıflık kanserden kaynaklanan akut beslenme bozukluklarına bağlı olabilir. Aşırı kilo kaybının yanı sıra fazla kilonun da tedavi başarısı üzerine etkili olduğu üzerine yayınlar mevcuttur. Hastaların tanı ve tüm tedavi boyunca bu yönden izlenmesi önerilir. Nutrisyonel eksiklikler açısından en sık D vitamini yetersizliği izlenmiştir. Özellikle büyük çocuklarda vitamin D eksikliği, küçük çocuklarda ise B12 eksikliğinin görülebileceği unutulmamalıdır. Vitamin ve mineral desteği planlanırken ilaç etkileşimleri ve yeni tanı anında oluşabilecek tümör lizis sendromu ilişkili hiperfosfateminin D vitamini ile artabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kanser, nutrisyon, çocuk

SS-20

Kronik İmmun Trombositopenik Purpuralı Hastalarda Otoimmün Tiroidit Sıklığı

Tuba Nur Tahtakesen Güçer, Ebru Yılmaz, Gönül Aydoğan, Zafer Şalcıoğlu, Ezgi Paslı Uysalol, Ali Ayçiçek, Gül Nihal Özdemir
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Kronik immün trombositopenik purpura (İTP), diğer açılardan sağlıklı çocukta başka nedenlerle açıklanamayan, 12 aydan daha uzun süren izole trombositopeni durumu olarak tanımlanmaktadır. İmmün disregülasyon nedeniyle romatolojik hastalıklar, immün yetmezlikler ve tiroid hastalıklarının kronik İTP ile bir arada bulunabileceği bilinmektedir. Biz bu çalışmamızda kronik İTP hastalarında otoimmün tiroidit sıklığını araştırmayı hedefledik.

MATERYAL-METOD: Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji polikliniklerinde, 1995-2018 tarihleri arasında 1 yıldan uzun süre boyunca trombosit sayısı $<100.000/mm^3$ olarak devam eden toplam 142 kronik İTP tanılı (K/E:1,05) hasta çalışmaya dâhil edildi. Hastalar, takipleri sırasında yapılmış tiroid fonksiyon testleri ve tiroid antikörleri açısından poliklinik dosyalarından geriye dönük olarak değerlendirildi.

BULGULAR: 142 hastanın 73'ü kız (%51,4), 69'u erkekti (%48,6). Hastaların yaş ortalaması $13,2\pm5,4$ yıl (aralık2,4-28,1yıl), tanı yaşı ortalama 89 ± 51 ay (aralık2,1-200ay) idi. Hastaların hiçbirinde hipo/hipertiroidiye ait klinik bulgu yoktu. Hastalardan 129'unda fT4, TSH, AntiTPO, AntiTG'den en az 1'i değerlendirilmişti. Bunlardan 40'ının (%31) fT4, TSH, AntiTPO ve Anti TG değerlerinden en az biri anormal idi. Değerlendirilen hastalardan 29'u (%22,4) hashimoto tiroiditi nedeniyle çocuk endokrinolojisi tarafından izleme alındı. Bir hastaya tiroid hormon replasmanı başlandı. Geriye kalan 11 hasta tarafımızca tiroid fonksiyon testleri ile izlenmektedir. 22 hastada antiTPO (%15,5) ve 18 hastada antiTG (%12,7) değerleri yüksek bulundu. Tiroid otoantikörleri yüksek olanların çoğunluğu kız hastalardı (%67,5).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Klinik bulgu olmaksızın tiroid otoantikör pozitifliği toplumda sık görülmektedir. ABD'de yapılmış geniş kapsamlı bir çalışmaya göre genel toplumda AntiTPO pozitifliği %10,4, AntiTG pozitifliği %11,3'tür. Bu oranlarla karşılaştırıldığında kronik İTP'li hasta popülasyonunda tiroid otoantikör pozitifliği ve otoimmün tiroidit sıklığının arttığı görülmektedir. Kronik İTP'li hastalar, hipo-hipertiroidiye ait bulgular açısından her vizitte sorgulanmalı, düzenli olarak tiroid fonksiyonları ve tiroid otoantikörleri ile değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik İTP, otoimmün tiroidit, Hashimoto, immün trombositopeni



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-21

Akut romatizmal ateş; güncellenen yeni kriterler ile ne durumdayız ?

Furkan Borazan¹, Kazım Öztarhan², Helen Bornaun², Hilal Karaoğlu¹, Nazlıcan Çivilabal¹, Yusuf Ziya Varlı¹, Davut Gözükcük¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ: Akut romatizmal ateş (ARA) çocuklar, ergenler ve genç yetişkinlerde dünyada ve ülkemizde halen önemli bir sorundur. Jones ölçütlerinin ilk tanımlanmasından sonra zaman içinde yapılan güncellemeler tanı ölçütlerinin özgünlüğünü artırmış, ancak duyarlılığını azaltmıştır. ARA sıklığının yüksek olduğu ülkelerde tanı ölçütlerinin duyarlılığını artırmak için değişiklikler yapılmıştır. 2015 yılında Jones ölçütleri güncellenerek orta yüksek riskli hastalar ve düşük riskli topluluklarda farklı tanı ölçütleri oluşturulmuştur. Okul çağı çocuklarında ARA sıklığı $\leq 2/1000$ ve tüm yaşlarda romatizmal kalp hastalığı yaygınlığı $\leq 1/1000$ olan topluluklar düşük riskli; diğerleri orta ve yüksek riskli olarak tanımlanmıştır. Ayrıca güvenilir epidemiyolojik çalışmaların olmadığı topluluklarda, orta ve yüksek riskli topluluklardaki tanı ölçütlerinin uygulanması önerilmiştir. Türkiye'nin de içinde bulunduğu orta yüksek riskli topluluklarda yeni değişiklik olarak klinik olarak saptanan kardit yanısıra ekokardiyografi ile saptanan subklinik kardit major bulgu olarak kullanılmakta; gezici poliartrit yanısıra, aseptik monoartrit ve poliartralji majör bulgu, monoartralji de minör bulgu olarak kullanılmaktadır. Subklinik karditi sağlıklı bireylerde saptanan fizyolojik kapak yetersizliklerinden ayırt etmek önemlidir; aseptik monoartrit ve poliartralji majör bulgu olarak kullanıldığından eklemli tutan diğer hastalıkları dışlamak doğru tanı için son derece önemlidir. Yeni ölçütlerde minör bulgulardan ateşin 38°C ve üzerinde, eritrosit çökme hızının (EÇH) 30 mm/saat ve üzerinde olması minor kriter kabul edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmamızda 2012-2017 yılları arasında ARA tanısı konmuş 137 hasta değerlendirilmiştir. 2015 yılında Jones kriterlerinin yenilenmesi sonrasında kliniğimize gelen hastalar bu kriterler ile değerlendirilmiştir; ARA tanısı bu genişletilmiş kriterler ile konulmuş ve tedavilerine başlanmıştır. 2015 yılından sonra 75 hastaya ARA tanısı konulmuştur, 70 hasta artrit major kriter olarak alınmıştır. Hastaların 44'ünde (%62.9'unda) gezici asimetrik poliartrit, 15'inde aseptik monoartrit (%21.4), 11'inde poliartralji (%15.7) saptanmıştır. Çalışmamızda da görüldüğü gibi major kriter olarak 2015 yılından sonra ilave ettiğimiz bulgular ile eklem bulguları major kriter olarak bulgularımızın %93.3'ünü olarak kapsamaktadır. 2015 yılındaki yeni kriterler olmasaydı %37 hastada ARA tanısı konulamayacaktı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: ARA tanı kriterlerinin genişletilmesi daha fazla hastaya tanı konulmasına, tedavi edilmesine neden olacaktır. Çalışmamızda %37 hastaya ilave yeni tanı kriterleri ile ilave edilen major tanı kriterleri ile tanı konulup tedavi yapılmıştır. Yeni kriterlerde hedeflenen amaç tanıdan gözden kaçabilecek hastaların sayısı azaltmak, yapılacak düzenli profilaksi ile atakların tekrarlamasını engellemek ve geç gelişebilecek kardiyak komplikasyonların gelişmesini engellemektir. Uzun dönemde ARA sıklığının yüksek olduğu ülkelerde ilave edilen kriterler ile kalp kapak onarım ve yapay kapak takılım oranlarının azalması hedeflenen temel amaçlar olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, Jones ölçütleri, monoartrit, kardit

SS-22

Tanısal Kalp Kateterizasyonu ve Anjiyografi Yapılan Çocuklarda Kateter İlişkili Aritmilerin Değerlendirilmesi

Taner Kasar, İbrahim Cansaran Tanıdır, Erkut Öztürk, Yakup Ergül, Alper Güzeltaş

İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada tanısal kalp kateterizasyonu yapılmış olgularda aritmi sıklığı ve aritmeye neden olan faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Ocak 2012- Ocak 2018 döneminde merkezimizde tanısal kalp kateterizasyonu ve anjiyografi yapılmış konjenital kalp hastalığı olan çocuklar retrospektif olarak incelendi. Kayıt sisteminden elde edilen veriler ışığında; yaş, kilo, cinsiyet, ekokardiyografik tanı, kateter sırasında uygulanan anestezi biçimi, kullanılan kateter türü, floro süresi, prosedür süresi, işlem sırasında aritmi varlığı, saptanan aritmi türü ve aritminin şiddeti, hemodinamik sonuçları, aritminin yönetim biçimi vb bulguları içeren çalışma formu oluşturuldu. Sonuçlar değerlendirildi.

BULGULAR: Bu dönemde 1316 olguya tanısal kalp kateterizasyonu ve anjiyografi yapılmıştı. Olguların %54'ü erkekti. Median yaş 18 ay (Aralık 6 gün-21 yıl) ve median ağırlık 9.9 kg (Aralık 2.2-135 kg) idi. Ana tanılar Ventriküler septal defekt (n=281) ve Fallot tetralojisi (n=257) idi. %7 olguda (n=93) kardiyak aritmi saptandı. Bu aritmilerin 58'i (%62) bradikaritmisi ve 35'i (%38) taşikaritmisiydi. Aritmiler şiddet düzeyine göre değerlendirildiğinde low advers event severity %2.7; high advers event severity %4.3 ve major advers event severity %1.2 olarak saptandı. Aritmi yönetiminde; 36 olguda gelişen ritim problemlerine herhangi bir müdahale yapılmadı. 57 olguda aritminin sonlandırılması için ek müdahalede bulunuldu. Bu müdahaleler; 15 olguya kateter manüplasyonu, 24 olguya medikal destek, 3 olguya kardiyoversiyon, 11 olguya kardiyopulmoner canlandırma (CPR), 2 olguya geçici pace maker implantasyonu ve 2 olguya kalıcı pace maker implantasyonu şeklindeydi. Kateter ilişkili aritmeye bağlı olarak kaybedilen olgu saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Heterojen ve kompleks yapıları konjenital kalp hastalarında tanısal kalp kateterizasyonunda çok farklı kardiyak aritmiler gelişebilmektedir. Bu aritmilerin uygun yönetimi morbidite ve mortalite üzerinde olumlu etki yapmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Tanısal kalp kateterizasyonu, çocuk, konjenital kalp hastalığı, aritmi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-23

Düşük doğum ağırlıklı çocukların kan basıncı ve böbrek fonksiyonu açısından normal doğum ağırlıklı çocuklar ile karşılaştırması

Diana Üçkardeş¹, Ayşe Ağbaş¹, Bağdagül Aksu¹, Emel Ataoğlu¹, Demet Oğuz¹, Aykut Adam², Murat Elevli¹

¹S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Düşük doğum ağırlıklı (DDA) kişiler erişkin dönem hipertansiyon ve kronik böbrek hasarı (KBH) açısından risk altındadır. Patofizyolojide düşük nefron sayısı, intrarenal renin-angiotensin disregulasyonu, sempatik aktivite artışı gibi faktörler suçlanmaktadır. Çalışmamızda, DDA çocuklar ile normal doğum ağırlıklı (NDA) çocukların kan basıncı (KB) karşılaştırılmıştır. Ayrıca KB'yi etkileyen faktörler araştırılmıştır.

YÖNTEM: Prospektif, vaka-kontrol çalışmasıdır. Hastanemizde 2007-2012 yılları arasında izlenmiş DDA (<2500 gr), kronik hastalığı olmayan 24 çocuk (ortalama yaş 7,03 ± 0,96 yıl) ile 17 NDA (2500-4000 gr) çocuk (ortalama yaş 7,54 ± 1,45 yıl) kontrol grubunu oluşturdu. Her iki grubun antropometrik ölçümleri (boy, tartı, vücut kitle indeksi ve SDS değerleri; bel çevresi ve bel-boy oranı), laboratuvar incelemeleri (serum üre, kreatinin, Na, K, Cl, sistatin C, 24 saatlik idrar Na, mikroalbumin), KB ölçümü (ofis ve 24 saatlik ambulator KB monitorizasyonu [ABPM]) kaydedildi. Ultrason ile böbrek boyutları ölçülerek, hacmi hesaplandı.

BULGULAR: İki grubun bel-boy oranı (p=0.01) dışında antropometrik ölçümleri arasında fark yoktu. Kreatinin değeri hasta grubunda kontrol grubuna göre anlamlı yüksekti (0,42 ± 0,06 vs 0,37 ± 0,05 mg/dl, p=0,03). Sistatin C değeri her iki grupta benzerdi (p=0,53). Hasta grubunda Schwartz'a göre eGFR değeri anlamlı olarak düşüken (161 ± 18,9 vs 184 ± 24,4 ml/dk/1.73m², p=0,001), 24 saatlik idrar kreatinine göre hesaplanan eGFR değeri benzerdi. Böbrek hacmi her iki grupta benzerdi. Ambulator hipertansiyon 6 hastada saptandı. ABPM'de sistolik KB (SKB) ve diyastolik KB (DKB) değerlerinin tümü; tüm gün, gündüz ve gece ölçümlerinde-gece DKB hariç- hasta grubunda anlamlı yüksekti. Univariate analizde gündüz SKB-SDS ile hasta VKİ-SDS, annenin gebelik öncesi ve annenin doğumdaki kilosu arasında pozitif korelasyon (p=0,02, r=0,513; p=0,01, r=0,542; p=0,03, r=0,476 sırasıyla) mevcuttu. Multivariate analizde ise gündüz SKB-SDS ile annenin gebelik öncesi kilosu arasında bağımsız ilişki vardı (p=0,013, β=0,374).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hipertansiyon ve KBH açısından riskli olan DDA çocukların belirli aralarla ABPM ile izlenmeleri erken tanı ve tedavi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Düşük doğum ağırlığı, hipertansiyon, kronik böbrek hasarı

SS-24

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerindeki Radyasyon Maruziyetinin Belirlenmesi

Demet Terek, Nilgün Kültürsay

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Yoğun bakım ünitelerinde radyasyon maruziyeti hem hastalar hem de sağlık çalışanları üzerine bazı olumsuz etkileri getirmektedir. Uzun süre yüksek dozda radyasyona maruziyet hastaların ileri ki yaşamlarında maligniteler başta olmak üzere birçok sağlık sorununa neden olabilir. Benzer risk sağlık çalışanları için de geçerlidir. Bu çalışmada 2 yıllık sürede ünitemizdeki hastaların radyasyon maruziyetini değerlendirmeyi planladık.

YÖNTEM: Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde (YYBÜ) Ocak 2014 - Aralık 2015 arasında izlenen bebeklerin çekilen posterior-anterior akciğer grafisi (PAAG), direkt batın grafisi (ADBG) ve bilgisayarlı tomografi (BT) sayısını hasta kayıtlarından incelenerek demografik özellikleri ile birlikte hazırlanan formlara kaydedildi.

BULGULAR: YYBÜ'de izlenen 499 hastanın ortalama gestasyonel haftası (GH) 34±4,7(21-41) hafta, ortalama doğum ağırlığı (DA) 2324 ±2016(370-4760) gram, ortalama yatış süreleri 25 haftaydı. Hasta başına çekilen PAAG/ADBG ortalama 17,9(0-258), alınan ortalama radyasyon 0,358±0,02(0-5,1) mSv idi. Tomografi incelemeleri ortalama 0,34(0-7) defa gerçekleştirilmiş ve ortalama 1,38(0-28) mSv radyasyon maruziyeti gerçekleştirilmişti. GH 28 haftadan küçüklerde ortalama direkt grafi sayısı 28,2±5,05(1-204); 28-32 hafta olanlarda 18,2±2,5(1-144); 32 haftadan büyüklerde 15,3±1,5 (0-258) idi. GH 28 haftanın altında olanlarda 32 haftadan büyüklerle karşılaştırıldığında daha fazla direkt grafi çekilmişti (p:0.004). Benzer şekilde DA 1000-2000 gr olanlara 2000 gram üstü olanlara göre daha fazla grafi çekilmişti (p:0.048). Mekanik ventilatör süresi 1 haftadan uzun olanlara; 1 haftaya kadar olanlara ve hiç almayanlara göre daha fazla grafi çekilmiştir (p sırasıyla 0,014-0,001) NEK ve İVK nedeniyle izlenen hastalarla diğer hastalar karşılaştırıldığında çekilen grafi sayısı açısından fark gözlenmedi. (p>0,05)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı daha düşük olan bebeklerin daha fazla radyasyon maruziyeti olduğu; karşılaşılan radyasyon dozunun bazı hastalarda sadece direkt grafler ile 5.1 mSv'ye kadar ulaşabildiği görüldü. Kritik hasta bebeklerin izlemlerinde yaşamsal olan radyolojik tetkiklerin azaltılması için çaba sarf edilmeli ve fazla radyasyon maruziyeti olan hastalar uzun dönemdeki komplikasyonlar açısından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: grafi, radyasyon, yenidoğan, yoğun bakım



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



SS-25

Term bebeklerde doğumhanede sustained inflation uygulamasının kısa dönem solunumsal sonuçlar üzerine olan etkisi: randomize prospektif kontrollü çalışma

Merih Çetinkaya, Dilek Kurnaz, Özge Sağlam
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Sustained inflation (SI) ya da aralıksız şişirme olarak tanımlanan uzun inspirasyon zamanlı pozitif basınç uygulaması doğumda akciğer havalanmasının artırılması için önerilen bir yöntemdir. Bu yöntemin prematüre bebeklerde entübasyon ve ventilasyon ihtiyacını azalttığı bildirilmiştir. Bu çalışmanın amacı sezaryan ile doğurtulan term bebeklerde doğumhanede uygulanan SI manevrasının kısa dönem solunumsal sonuçlar üzerine olan etkilerinin araştırılmasıdır.

YÖNTEM: Bu prospektif çalışmada term bebeklere randomize olarak ya T-parça aracılıklı SI (5 sn boyunca 30 cmH₂O basınç) uygulandı ya da ek girişim olmaksızın normal canlandırma basamakları izlendi. Esas amaç 2 grubun izlemde nazal devamlı pozitif havayolu basıncı (CPAP) ve/veya entübasyon gereksinimi açısından karşılaştırılması idi. Yaşamın ilk 2 saatinde solunum sayısı, solunum sıkıntısı gelişimi, oksijen saturasyonları, FiO₂ ihtiyacı, kan basıncı ve ek oksijen girişimleri kaydedildi.

SONUÇLAR: Toplam 40 bebeğe SI uygulanırken, 40 bebek kontrol grubunu oluşturdu. İki grup demografik özellikler açısından benzerdi. Solunum sıkıntısı bulguları kontrol grubunda (%75) SI grubundan (%25) anlamlı şekilde daha fazla idi ($p=0.05$). SI grubu ile karşılaştırıldığında kontrol grubundaki olguların FiO₂ ihtiyacı 10. dakikadan 2. saate kadar tüm zaman dilimlerinde anlamlı şekilde daha yüksek idi (tüm $p<0.05$). Yaşamın 1. ve 2. saatlerindeki CPAP gereksinimi ve hastaneye yatış oranları kontrol grubunda daha fazla olsa da, istatistiksel anlamlı değildi ($p>0.05$).

YORUM: Bilgilerimize göre bu çalışma SI uygulamasının term bebeklerde yaşamın ilk 2 saatinde solunum sıkıntısı gelişimini ve FiO₂ ihtiyacını azalttığını gösteren ilk çalışmadır. SI ile CPAP gereksinimi ve hastaneye yatış oranları da azalmıştır. SI yönteminin term bebeklerde kısa dönem solunumsal parametreleri olumlu yönde etkileyerek solunum sıkıntısını azaltmak amacı ile kullanılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: sustained inflation, solunumsal sonuçlar, term

SS-26

Yenidoğan Nöbet Öyküsü Olan Bilişsel Normal Çocukların Psikososyal ve Davranış Sorunlarının Araştırılması: Vaka Kontrol Çalışması

Edibe Pembegül Yıldız¹, Gonca Bektaş², Uğur Tekin³, Emine Eraslan², Melis Ulak Ozkan², Mine Çalışkan², Nur Aydın², Meral Özmen²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul

³Ege Üniversitesi, Çocuk Psikiyatrisi Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Beyin matürasyonu tamamlanmadan meydana gelen yenidoğan nöbetlerinin davranışsal sorunlara yol açtığı pek çok hayvan deneylerinde gösterilmiştir. Yenidoğan döneminde nöbete maruz kalmış bu riskli grupta kronik hastalıklardan ve mental yetersizlikten bağımsız olarak uzun dönemde gelişebilecek psikososyal ve davranışsal sorunları araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: 2006-2008 yılları arasında yenidoğan döneminde nöbet geçirdiği için kliniğimize başvuran 9-11 yaş arası çocuklardan fiziksel engeli, kronik hastalığı ve mental retardasyonu (IQ>70) olmayan hastalar çalışma grubunu; benzer yaş, cinsiyet ve sosyoekonomik duruma sahip çocuklar ise kontrol grubunu oluşturdu. Mental fonksiyonları değerlendirmek için Wechsler Çocuklar İçin Zekâ Ölçeği-IV (WISC-IV) kullanıldı. Psikososyal ve davranışsal işlevler SDQ-Türkçe versiyonu kullanılarak (duygusal belirtiler, davranış sorunları, hiperaktivite ve konsantrasyon sorunları, akran ilişkileri) değerlendirildi.

BULGULAR: Toplam 35 hasta; yenidoğan nöbeti olan 17 hasta (9 kız) ve 18 sağlıklı kontrol (10 kız) çalışmaya katıldı. Çalışma ve kontrol grupları arasında IQ skorları açısından istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamadı ($p>0.05$). SDQ-Toplam puan ve SDQ sub-skorları her iki grup arasında istatistiksel olarak farklı değildi ($p>0.05$).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız psikososyal ve davranışsal sorunların sıklığının, epilepsi tanısı veya mental engeli olmayıp neonatal nöbet öyküsü olan hastalar için sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldığında artmadığını göstermektedir. Yine de, beyin gelişiminin aktif aşamaları sırasında nöbetlere maruz kalan bu çocukları, okula çağına ulaştıklarında psikososyal ve davranışsal sorunlar açısından değerlendirmenin bu riskli grup için iyi bir yaklaşım olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan nöbeti, davranış sorunları, SDQ skorları



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-27

Çocukluk çağında migren ve vitamin D düzeyleri arasındaki ilişki

Betül Kılıç

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Son yıllarda, D vitamini eksikliği küresel bir halk sağlığı sorunu olarak kabul edilmiştir. D vitamini eksikliği kas iskelet bozuklukları, kanser, otoimmün bozukluklar, böbrek bozuklukları, zihinsel bozukluklar, cilt bozuklukları gibi hastalıkların etyolojisinde gösterilmiştir. Çocukluk çağında düşük D vitamini seviyelerinin baş ağrısı ile ilişkili olduğunu gösteren yeterli çalışma yoktur. Bu çalışmanın amacı serum D vitamini seviyeleri ile migren arasındaki ilişkiyi incelemektir.

METHOD: Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Kocaeli Derince Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji polikliniğinde migren tanısı ile takip edilen hastaların yaş, cinsiyet, kilo, boy, vücut kitle indeksi, kronik hastalık, vitamin ve mineral alım öyküleri, migren ataklarının ortalama sıklığı ve süresi kaydedildi. Migren şiddeti Visual Analog Scale (VAS) ile ölçüldü. Ped MIDAS skorları belirlendi. D vitamininin serum seviyeleri 25 (OH) D3 enzim bağlantılı immunosorbent assay (ELISA) ile ölçüldü. Serum D vitamini düzeylerine göre, eksiklik (<10 ng /ml); yetersizlik (10-20 ng /ml); ve yeterlilik (>20 ng /ml) belirlendi. Primer hiperparatiroidizm dışlamak için kalsiyum, fosfor, albümin, alkalen fosfataz ve paratiroid hormon düzeyleri ölçüldü.

BULGULAR: Bu çalışmaya 42 kız ve 14 erkek, olarak 56 migren hastası alındı. Yaş ortalaması $13,1 \pm 2,9$ idi. Ortalama baş ağrısı şiddeti $6,8 \pm 1,5$ olup kızlarda daha yüksekti. Migren hastalarında D vitamini eksikliği, yetersizliği ve D vitamininin yeterliliği sırasıyla %48,3, %30,3 ve %21,4 olarak tespit edildi. Serum D vitamini seviyeleri ile migren şiddeti arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0,749$). Ancak PedMIDAS skoru ile serum vitamin D düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki gösterildi ($p=0,007$, $r=-0,347$).

SONUÇ: Bu çalışmada, serum vitamin D ve PedMIDAS skorları arasında istatistiksel olarak anlamlı ters yönde bir ilişki olduğu gösterildi. Bununla birlikte, serum D vitamini ve migren şiddeti arasında anlamlı bir ilişki yoktu. Vitamin D eksikliğinin baş ağrısındaki rolü tam olarak bilinmemektedir, ancak çeşitli hipotezler sunulmuştur. D vitamini eksikliği global bir sorun olmakla birlikte migren hastalarında hayat kalitesini arttırmak adına terapötik değeri değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Migren, D vitamini, Ped MIDAS skoru

SS-28

Juvenil idiopatik artritli hastalarda metabolik sendrom durumunun değerlendirilmesi

Nurhayat Yakut, Kahraman Yakut

Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Metabolik sendrom abdominal obezite, insülin direnci, dislipidemi, hipertansiyon, inflamasyon ve trombotik olaylara eğilim ile karakterize olan kompleks bir hastalıktır. Erişkin hastalarda kardiyovasküler hastalık gelişimiyle birlikte sıkça görülen obezite ve MetS'nin son yıllarda çocuk yaş grubunda da yaygınlığı giderek artmaktadır. Erişkinlerde olduğu gibi çocukluk çağında da metabolik sendrom patogenezinde en çok obezite ve insülin direnci üzerinde durulmaktadır. Bununla birlikte MetS'nin gelişmesinde inflamasyonun rolü giderek artan oranda gösterilmektedir.

Çalışmamızda juvenil idiopatik artritli (JIA) çocuklarda hastalığın seyrinin ve kullanılan ilaçların metabolik sendrom (MetS) görülme sıklığı üzerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza International League Against Rheumatism (ILAR) teşhis kriterlerine göre JIA tanısı almış, ek kronik hastalığı olmayan 10 ile 16 yaş arası 67 hasta alındı. Çalışmaya alınan olgularda MetS tanısı, Uluslararası Diyabet Federasyonu (IDF) tarafından yaş gruplarına göre belirlenen MetS tanı kriterlerine göre konuldu.

BULGULAR: Çalışmaya 28'i (%41,7) erkek olmak üzere 67 JIA'lı hasta alındı. Hastaların %38,8'i entesit ilişkili JIA, %38,8'i oligoartiküler JIA, %13,4'ü poliartiküler JIA, %8,9'u sistemik JIA olarak belirlendi. Hasta ailelerinin %54'ünde hipertansiyon (HT), %27'inde tip 2 diyabetes mellitus (T2DM), %39'unda obezite, %13'ünde inme, %36'sında ateroskleroz ve annelerin %4'ünde gestasyonel diabetes mellitus (GDM) öyküsü vardı. JIA'lı hastaların %4,47'sinde MetS varlığı belirlendi. Hastaların %9'unda vücut kitle indeksi (VKI) >95p, %7'sinde HT, %6'sında trigliserid (TG) ≥ 150 mg/dl, %24'ünde yüksek dansiteli lipoprotein (HDL) ≤ 40 mg/dl, %7'sinde açlık kan şekeri (AKŞ) ≥ 100 mg/dl, %16'sında stria, %7'sinde akantozis nigrikans belirlendi. JIA'lı hastaların %16'sının non-steroid anti inflamatuvar ilaç (NSAİİ), %1'inin metotreksat (MTX), %10'unun salazosulfapyridine (SASP), %7'sinin glukokortikoid (GC)+SASP, %18'inin MTX+GC, %7'sinin MTX+SASP, %12'sinin MTX+SASP+GC, %1'inin anti-tümör nekrozis faktör-alfa (Anti-TNF- α)+MTX+GC, %1'inin Anti-TNF-alfa+MTX+GC+SASP kullandığı belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda JIA'lı hastalarda hastalığın seyri ve kullanılan ilaçların MetS sıklığını arttırmadığı belirlendi. JIA'lı hastalarda tedavi seçeneklerinin iyi bilinmesi ve gerektiği durumlarda alternatif tedavilerin kullanılması halinde MetS ve komponentlerine bağlı komplikasyonların önemli ölçüde azalacağı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Artrit, insülin direnci, metabolik sendrom.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-29

Konuşmada gecikme masum bir bulgu mudur ? Konuşmada gecikme nedenleri ve yönetimi

Gizem Kara Elitok¹, Ali Bülbül², Sümeyye Dilber¹, Ebru Ayyıldız¹, Sinan Uslu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Gelişimsel Pediatri Ünitesi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocuklarda konuşmada gecikme genetik ve nörolojik hastalıklar, işitme kaybı, otizm spektrum bozukluğu ile uyaran eksikliği gibi birçok nedenden kaynaklanabilir. Erken tanı ve tedavinin uygulanmadığı durumlarda bebekte sosyal soyutlamaya neden olmaktadır. Çalışmamızda Gelişimsel Pediatri Ünitesine konuşma gecikmesi şikayeti ile getirilen çocukların değerlendirme sonuçlarının sunulması amaçlandı.

YÖNTEM: Hastanemiz Gelişimsel Pediatri Ünitesine 1 Ocak-31 Aralık 2017 tarihlerinde konuşma gecikmesi şikayeti ile getirilen çocukların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Değerlendirmelerde; aile merkezli gelişimsel değerlendirme ve gözlem yöntemleri, standart araç olarak Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) kullanıldı. Değerlendirme sonunda gelişimsel risk, sorun ya da gecikme saptanan çocuklar için aile ile birlikte tedavi planı çizilerek; çocuğun sorununa yönelik yönlendirmeler yapıldı.

BULGULAR: Konuşma gecikmesi şikayeti ile ünitemizde 82'si (%75,9) erkek toplam 108 çocuk değerlendirildi. Çocukların yaş ortalaması 29 (14-42) aydı. Gelişimsel değerlendirmelerde 92'sinin (%85,2) anlatım dil, 61'sinin (%54,5) alıcı dil, 7'sini (%6,5) hareket, 37'sinin (%34,2) ilişki, 31'inin (%28,7) oyun, 16'sinin (%14,8) öz bakım alanında gecikmesi saptandı. Çocukların 13'ünün (%12) herhangi bir alanda gelişimsel gecikmesi yoktu. Değerlendirme sonucunda çocukların 21'inde (%19,4) otizm spektrum bozukluğu, 33'ünde (%30,6) uyaran eksikliği, 25'inde (%23,1) özgül konuşmada gecikme, 8'inde (%7,4) genel gelişim gecikmesi, 3'ünde (%2,8) işitme kaybı belirlendi. Çocukların 29'u (%26,8) özel eğitim ve rehabilitasyona, 35'i (%32,4) konuşma terapisine, 50'si (%46,3) okul öncesi eğitime yönlendirildi.

SONUÇ: Dil ve konuşma gecikmesi pediatri polikliniklerinde oldukça sık karşılaşılan bir sorun olmasına rağmen bu konu ile ilgili ülkemizde yeterli sayıda çalışma bulunmamaktadır. Bu çalışmada konuşma gecikmesi ile gelen 5 çocukta birinde otizm spektrum bozukluğu gibi acil ve erken müdahale gereken bir durum saptadık. Çocuklarda konuşmada gecikme semptomu ihmal edilmemeli, altta yatan nedenler araştırılmalı, erken destek ve rehabilitasyona yönlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Gelişim, Konuşma, Otizm

SS-30

Orta-ağır bronşiyolitli çocuk hastaların tedavisinde basınç osilasyonlu CPAP ile difüzörlü maske ile oksijen tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması

Ayşe Betül Ergül

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kayseri, Türkiye.

GİRİŞ ve AMAÇ: Bu çalışmada orta ve ağır bronşiyolit tanısı alan hastaların tedavisinde difüzörlü maske ile basınç osilasyonlu CPAP (Bubble CPAP) ile oksijen tedavisinin etkinliğinin karşılaştırılması planlandı.

YÖNTEM: Çalışma prospektif tek merkezli çalışma olarak tasarlandı. Yaşları 1-24 ay arasında olan, tanımlama kriterlerine göre orta ve ağır derecede akut bronşiyolit tanısı alan, oksijen ihtiyacı nedeniyle yoğun bakıma yatırılan 61 hasta çalışmaya dahil edildi. Maske grubuna (n=33) difüzörlü oksijen maskesi (OxyMask, Southmed Inc. Barrie, ON, Canada) ile oksijen saturasyon değerini %92'ün üzerinde tutacak şekilde 10-15 L/dk arasında oksijen tedavisi verildi. Bubble CPAP grubuna (n=28) ise Bubble CPAP cihazı (Fisher and Paykel Healthcare, New Zealand) ile göğüs titreşimlerini oluşturacak kadar 5-7 cm H₂O ve oksijen saturasyon değerini %92'ün üzerinde tutacak FiO₂ kullanılarak nazal maske ile oksijen tedavisi verildi. Tedavi başarısızlığı olan hastalarda tedavinin devamı nazal kanül yüksek akışlı oksijen tedavisi (Optiflow, Fisher & Paykel Healthcare Ltd, Auckland, New Zealand) ile verildi. Her iki gruptaki hastalara bronkodilatör ve sedatif etkisinden faydalanmak için ketamin infüzyonu 1 mg/kg/saat dozunda verildi. Gruplar arasında tedavi başarısı, oksijen tedavisi süresi, yoğun bakımda yatış süresi, komplikasyon gelişimi, klinik ve laboratuvar bulguları açısından fark olup olmadığı belirlendi.

BULGULAR: Gruplar arasında demografik veriler ve tedavi başlangıcındaki klinik ve laboratuvar bulgular açısından anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05). Her iki grup arasında grubunda tedavi başarısızlığı görülme oranı, yoğun bakımda yatış süresi, hastanede kalış süresi ve toplam oksijen tedavisi süresi açısından anlamlı fark gözlenmedi (p>0.05). Maske grubunda hiçbir hastada komplikasyon gözlenmezken, Bubble CPAP grubunda 9 hastada (%32,1) (3 hastada ek sedasyon ihtiyacına bağlı solunum arresti, 6 hastada yüzde basınç yarısı) komplikasyon gelişti (p<0.001).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Orta ve ağır bronşiyolit tanısı alan hastalarda tedavi başarısı açısından difüzörlü maske ve Bubble CPAP ile oksijen tedavisi arasında fark saptanmasa da Bubble CPAP tedavisi basınç yarısı gelişmesi ve ek sedasyon ihtiyacı gerektirmesi nedeni ile daha az konforlu gözükmetedir.

Anahtar Kelimeler: bronşiyolit, çocuk yoğun bakım, difüzörlü oksijen maskesi, Bubble CPAP, OxyMask.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



SS-31

Yenidoğanda Akıl Almaz Bir İstismar: Neonatasid Vakası

Duygu Öztürk Önsal, Hasan Sinan Uslu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenidoğan Kliniği

Acil servise karın ağrısı ve vajinal kanama nedeniyle başvuran 20 yaşında kadın hasta, fizik muayenesinde bol miktarda vajinal kanamasının olması nedeni ile Acil Kadın Doğum Kliniği'ne getirilmiştir. Acil Kadın Doğum Kliniği'nde yapılan değerlendirmede dış genital yapı ödemli ve uterus hacmi artmış saptanması üzerine aseptik koşullarda küretaj ve cinsel istismar ön tanısı ile ayrıntılı muayene ve laparotomi için ameliyathaneye alınmıştır. Acil Servisten, annenin çantasından bebek sesi duyulduğuna dair Acil Kadın Doğum Kliniği'ne telefonla bilgi verilmesi üzerine annenin çantası açıldığında; kordon boynuna dolanmış, siyanoze bir bebek ile karşılaşmış ve bebek acil olarak doğumhaneye nakledilmiştir.

Anamnezde annenin 20 yaşında, sağlıklı, üniversite öğrencisi olduğu, gebelikte takibe gitmediği, anne ve babanın evli olmadığı öğrenildi. Genel durumu kötü, hipoton, siyanoze spontan solunum eforu olmayan bebeğin ağız içinden sızıntı şeklinde kanaması mevcuttu. Kalp atım hızı < 60/dk, vücut ısısı: 31 °C saptandı. Doğumhanede 45 dakika aktif resüsitasyon uygulanan bebek entübe olarak Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine alındı.

Bebeğin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesindeki fizik muayenesinde genel durumu kötü, vücut ısısı 32 °C, arterial kan basıncı 65/42 (53) mm/Hg, kalp atım hızı 117/dk, saturasyonu %94 saptandı. Spontan solunum çabası ve öğürme refleksi olan bebek ekstübe edildi. Ağız içinden sızıntı şeklinde kanaması devam etmekteydi. Hastanın vücut ısısı yarım saatte 0,5 °C arttırılacak şekilde 34 °C de tutulması planlanarak aEEG izlemine başlandı. aEEG izleminde normal zemin aktivitesi görüldü. Kan gazında pH:7,17 BE:- 6.5 mmol/L olan, 30 dakikalık izleminde aEEG monitörizasyonunda patolojik bulgu olmayan, tonusu normal, ekstübasyonu tolere etmiş ve soğuk strese maruz kalmış olan hasta postnatal asfiksi olarak değerlendirildi ancak hipotermi kriterlerinin karşılanmaması üzerine teropatik hipotermi uygulanmadı. Orogastrik sondanın ilerletilememesi üzerine ağız içinde istismar amaçlı yabancı cisim olma olasılığı nedeni ile direkt laringoskop ile baki yapıldı ve nazofarenksten zorlu bir müdahale sonucu plastik şişe kapağı çıkarıldı. Kulak Burun Boğaz ve Çocuk Cerrahisi Klinikleri tarafından operasyona alınan hastanın epiglottis, ağız içi ve nazofaregeal bölgede lasere alanları saptanarak bu alanlar sütüre edildi. Özefagoskopide, herhangi bir perforasyon ya da laserasyon ekarte edilemedi. İşlem sonrası 2 gün entübe, 7 gün nazal-CPAP'ta izlenen hasta postnatal 5. gününde orogastrik sonda ile beslenmeye başlandı. Postnatal 1. ayda tam enteral beslenmeye geçiş sağlandı.

Yatışının ilk gününde bebeğin hayatına kasıt olması nedeni ile adli süreç başlatıldı. Annenin olası kaçma ihtimali nedeni ile Kadın Doğum ekibi tarafından doğumhanede yatış yapıldı ve polis aranarak anne ile ilgili gerekli işlemler başlatıldı. Sosyal hizmetlere durumu bildirilen bebeğe savcılık tarafından koruma kararı çıkarıldı.

Postnatal 60. günde 4200 gram, spontan oda havasında soluyan, orogastrik sonda ile tam enteral beslenen bebek sosyal hizmetlere teslim edilerek Çocuk Esirgeme Kurumu'na gönderildi. Anne ve babanın resmi nikahı sonrası bebek babaya verildi ve bakımını babaanne üstlendi. Nörolojik gelişiminde postnatal 15. ayında herhangi sekel saptanmayan hastanın yaşadığı asfiksiye rağmen hemen hemen hiç etkilenmemiş olması maruz kaldığı soğuk stres ile ilişkilendirildi.

SS-32

Persistan lökomoid reaksiyon ile seyreden neonatal boğmaca: Olgu sunumu

Sibel Ergin Şahin, Hatice Güllüelli, Abdulkadir Bozaykut
Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Boğmaca, Bordetella pertussis' in neden olduğu bulaşıcı, yaşamı tehdit edebilen, aşı ile korunulabilir bir solunum yolu enfeksiyonudur. Öksürüğün başlıca bulgu olduğu ve ateş, halsizlik, kas ağrısı, boğaz ağrısı, taşipne, wheezing ve rallerin olmadığı her hastada şüphe edil-mesi gereken bir hastalıktır. Boğmaca bebeklerde ve küçük çocuklarda hiperlökositoz (> 100 000 / mm3) ile seyredebilir ve bu kötü prognoz göstergesidir. Biz olgumuzda 22 günlük bir yenidoğanda yüksek seyreden lökosit sayıları ile birlikte olan boğmaca enfeksiyonunun takip ve tedavisini sunduk.

OLGU: Yirmiki günlük bir yenidoğan kliniğimize öksürük, kusma, morarma şikayetleri ile başvurdu. Bilateral krepitan ralleri ve taşipnesi olan hastanın hemoglobin değeri 16.1 g/dl, lökosit sayısı 36.400 /mm3, nötrofil/lenfosit oranı: 21/62, crp:1.36 mg/dl, trombosit sayısı 430000/mm3 idi. Hastadaki boğulur tarzda öksürük nöbetleri ve yüksek lökosit sayısı bize boğmaca tanısını düşündürdü. İV ampicilin sulbaktam 150 mg/kg/gün, oral klaritromisin 15 mg /kg/ gün olarak başlandı. Yatışının ve tedavisinin 3. gününde lökosit sayısı 83100/ mm3'e çıkarken, oral alımı bozulan taşipnesi artan hastaya iv sıvı tedavisi başlandı ve ampicilin sulbaktam kesilip, seftriakson+teikoplanin tedavisine geçildi. Çocuk hematoloji konsultasyonu sonrası yüksek lökositoz enfeksiyona bağlı lökomoid reaksiyon olarak değerlendirildi. Bordetella Pertussis Ig G antikor pozitif geldi. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanan hastanın lökosit sayısı 25200/mm3 e düştü. Öksürük nöbetleri azalan oral alımı düzelen hasta yatışının 20. gününde şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Boğmaca yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Tanısı klinik ve laboratuvar bulgularla konulur, mikrobiyolojik ve serolojik testlerle kesinleştirilir. Tedavinin amaçları öksürük sayısını azaltmak, öksürüğün ciddiyetini gözlemek ve gereğinde destek sağlamaktır. Bizde şiddetli öksürük atakları olan hastamızı takip ve tedavi amacı ile yatırarak destek tedavisini başladık. Gelişen lökositoz ve sekonder enfeksiyonlar için intravenöz sıvı ve geniş spektrumlu antibiotik tedavisi düzenledik. Hiperlökositozu yakın bir lökositoz ve bu lökositozun persiste etmesi pertussiste sıkça rastlanmayan bir oluşum olduğundan bu olguyu literatüre katkı yapmak amacıyla sunmak istedik.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-33

Konjenital Sitomegalovirüs Enfeksiyonu, Bir Olgu Sunumu

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği
Dr. Pelin Çırtlık, Doç. Dr. Çağatay Nuhoğlu

GİRİŞ: Konjenital sitomegalovirüs (CCMV) enfeksiyonu tüm canlı doğumların %1'ini etkileyen yaygın bir yenidoğan enfeksiyonudur. Sitomegalovirüs ile enfekte birçok bebek asemptomatiktir, ancak yaklaşık yüzde 10'unda semptomlardan biri veya birden fazlası görülmektedir. CMV enfeksiyonu intrauterin, perinatal veya postnatal dönemde bulaşabilir. En güvenilir tanı yöntemi, bebeğin idrar örneğinde veya tükürük sıvısında virüsün tespit edilmesidir. Doğum izleyen ilk üç hafta içerisindeki pozitif sonuçlar enfeksiyonun intrauterin dönemde geçirildiğini gösterir. Üç hafta sonrasında tespit edilmesi durumunda perinatal ve postnatal dönemde enfeksiyonun geçirildiği düşünülmektedir. Bu sunumumuzda, yenidoğan döneminde semptomları olan, fakat 6 aylıktan tarafımıza başvurduğunda cmv enfeksiyonu tanısı konulan bir vaka anlatılacaktır.

OLGU: 6 ay 2 haftalık (düzeltilmiş yaşı 4 ay) olan erkek bebek, çocuk acil polikliniğimize solunum sıkıntısı, öksürük, hırıltı şikayetleri ile başvurdu. Ateş 36.6 derece, banız 153/dakika, solunum 60/dakika, spO_2 %96 idi. Orofarenks hiperemik, solunum sesleri kaba, ekspiryum uzun, inspiratuar stridoru, subkostal ve interkostal çekilmeleri mevcuttu. Dismorfik yüz görünümü vardı. Göz teması kuramıyordu. Hipotonikti. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hasta akut bronşiolit ötanısıyla interne edildi. Hastanın anamnezinde 15 yaşındaki annenin birinci gebeliğinden normal spontan vajinal yol ile 30. gestasyonel haftasında doğduğu öğrenildi. Doğum sonrası takipnesi nedeniyle prematüre doğum ve RDS ötanıları ile 40 gün boyuncayenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü mevcuttu. İndirekt hiperbilirubinemi nedeniyle iki gün fototerapi görmüştü. Postnatal 28. gününde çekilen kranial ultrasonografisinde lateral ventriküllerde ventrikülomegaliye gidiş?, bilateral perifrontal alan derin beyaz cevherde en büyüğü 7 mm çapında multipleistik açıklıklar/lökomalazi izlendi. Tüm batın ultrasonografisinde sağ böbrek pelvikalisel sistemde grade 3 hidronefroz, sol böbrek pelvikalisel sistemde grade 1 hidronefroz mevcut idi. Aşılarda takipli, tarama testleri alınmıştır. Hastanın tetkiklerinde CRP negatif, tam kan sayımında ve biyokimyasal parametrelerinde özellik yoktu. Akciğer grafisinde infiltrasyon olan hastaya intravenöz seftriksone tedavisi ve inhale adrenalin, budesonid, salbutamol tedavileri başlandı. Boyu 55 cm, baş çevresi 39 cm, vücut tartısı 7 kg idi. Inspiratuar stridoru olan hastada laringomalaziden şüphelenildi, KBB konsültasyonu istendi, yapılan muayenede omega epi glott izlendi. Göz teması kuramayan hasta için göz konsültasyonu istendi, sağ sol ışıklı obje takibinin zayıf olduğu, bilateral fundus muayenesinde optik diskler ve seçilen retina alanlarının doğal olduğu, 2 ay sonra poliklinik kontrolü önerildi. Transtorasik ekokardiyografisi normal idi. BERA testinde patoloji saptanmadı. TSH: 0,18 Uru/mL, serbest T3: 2,78 pg/mL, serbest T4: 1,27 ng/dL idi. Anti CMV IgG 161,10 AU/MI pozitif, anti CMV IgM negatif bulundu. Diğer antikorlar negatif idi. CMV IgG avidite testi, %88,88 – yüksek avidite olarak sonuçlandı. Plazma ve idrarda CMV PCR istendi. Plazma: 4455 kopya/mL, idrar PCR 8214 kopya/mL idi. Annenin tetkiklerinde anti cmv ıgm negatif, anti cmv ıgg pozitif saptandı. Hastaya semptomatik konjenital cmv enfeksiyonu tanısı konuldu. 6 haftalık intravenöz gansiklovir (12 mg/kg/gün, 2x1 dozda) tedavisi başlandı. İmmün yetmezlik araştırılması planlandı. İmmünglobulinleri ve lenfosit alt grupları istendi. İmmünglobulin IgA-IgM normal sınırlarda saptadı,

flowsitometrisinde CD3+ T lenfosit %32,2 (n: 51-77), CD3+/CD4+ (yardımcı T lenfosit) %16,6 (n: 35-56) olarak sonuçlandı. İntravenöz tedavisi tamamlanan hastanın poliklinik kontrolleri planlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Konjenital CMV enfeksiyonunun santral sinir sistemi üzerine etkileri çok önemlidir ve ciddi nörolojik sekillere yol açabilir. En sık görülen nörolojik belirtiler mikrosefali, mental retardasyonu, tek veya çift taradlı işitme bozukluğu, koryoretinit veya diğer görme bozukluklarıdır. Ayrıca intrauterin gelişme geriliği ve prematüre doğum gibi gelişimsel problemlere de neden olmaktadır. Olgumuzda da prematüre doğum öyküsü ve intrauterin gelişme geriliği, nöromotor gelişme geriliği, göz muayenesinde ışığa yanıtızsızlık ve obje takip edememe vardı. Kranial görüntülemesinde ventriküller dilatasyona sahipti. Konjenital CMV enfeksiyonu olan hastalarda fizik muayene, cmv ye odaklı laboratuvar ve görüntüleme inlemeleri yapılarak hastalığın düzeyinin saptanması, hastaların takibi için önemlidir. Asemptomatik bebeklerde tedaviye gerek yoktur, sensorinöral işitme kaybı açısından yakın takibi önerilir. Semptomatik konjenital cmv enfeksiyonu olan bebeklerde mortalite doğumu izleyen ilk hafta içerisinde %6-12, yaşamın ilk yılı içerisinde %30 oranlarına kadar yükselmektedir. Semptomatik konjenital CMV enfeksiyonu olan bebeklerde (yani, virolojik olarak doğrulanmış konjenital CMV ve en az bir uç-organ semptomu olan bebekler için) en az altı aylık antiviral tedavi önerilmektedir. Hayatı tehdit eden semptomları olan bebeklere başlangıçta iki ila altı hafta arasında intravenöz gansiklovir tedavisi başlanır ve ardından oral valganciclovir e geçilir; öte yandan yaşamı tehdit etmeyen semptomları olan bebekler altı aylık tedavi süresince oral valganciclovir alır. Sürekli viremi saptanırsa ağır etkilenen bebeklerde tedavi uzatılır. İntravenöz (IV) gansiklovir ve oral olarak mevcut ön ilacı olan valganciclovir, konjenital CMV hastalığının tedavisinde ilk tercih edilen antiviral ajanlardır. Tedavi başarısızlığı açısından en yüksek risk altındaki bebekler primer immün yetmezlik (özellikle T hücrelerinin ve doğal öldürücü hücrelerin işlev bozukluğu) olanlarla glukokortikoidler ve kemoterapi gibi immünosupresif tedavide olan bebeklerdir. Bazı vakalarda, refrakter CMV hastalığı, bağışıklık bozukluğunun ilk belirtisi olabilir ve altta yatan bağışıklık yetersizliği için ek testler garanti edilebilir. Hastamızın flowsitometrisi sonucunda CD3 T lenfosit düşüklüğü saptanmış olup, hastanın dirençli CMV enfeksiyonu açısından risk altında olduğu tespit edilmiş, takipleri planlanmıştır. Sunduğumuz olguda doğumsal edinsel CMV enfeksiyonu tam olarak tanımlanamamış, konjenital CMV enfeksiyonu gibi tedavi edilmiştir. Erken dönemdeki bulguları hipoksik iskemik ensefalopati nedeniyle maskelenmiştir. Buna karşılık prematüritenin sebebinin de CMV enfeksiyonu olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu olgunun bize öğrettiği en önemli bilgi, CMV'nin yol açtığı semptom ve bulgularla erken tanı ve semptomatik bebeklerde erken tedavinin önemi yanı sıra, konjenital ve edinsel ayrımını yapmanın o kadar da kolay olmadığı gerçeğidir.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



SS-34

Çocuklarda Akut Baş Ağrısının Nadir Görülen Nedeni: Sinüs Ven Trombozu

Özge Karataş, Fatma Kaya Narter
Kartal Dr Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ: Çocukluk döneminde baş ağrısının birçok sebebi vardır. Enfeksiyöz nedenler, santral sinir sistemi hastalıkları ve dehidratasyon etyolojide öncelikli nedenler olmakla birlikte sinüs ven trombozu da nadiren baş ağrısına neden olabilmektedir. Manyetik rezonans ve sinüs venografi gibi görüntüleme yöntemlerinin yaygınlaşması ile tanı koyma oranları artmıştır. Sinüs ven trombozu etyolojisinde trombofilik yatkınlığın önemli bir yerinin olduğu bilinmektedir. Antitrombin, Protein C ve S eksikliği, Faktör V Leiden, G20210 A Protrombin gen ve melen tetra hidrofolat redüktaz gen mutasyonu önemli risk faktörleridir. Malignansilerin, sistemik lupus eritematozus, Behçet, juvenil romatoid artrit, Wegener Hastalığı, sarkoidozis gibi kronik inflamatuvar hastalıkların da sinüs ven trombozu riskini artırdığı bilinmektedir. Bu yazımızda acile baş ağrısı ile başvuran ve görüntüleme yöntemleri sonrası sinüs ven trombozu tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 11 yaş 6 aylık erkek hasta hastanemiz çocuk acil kliniğine 10 gündür süren ara ara çok şiddetlenen baş ağrısı, bulantı, kusma şikayeti ile başvurdu. Ayrıca birkaç gündür akut gastroenterit tanısıyla izlendiği ve dış merkezde başlanan metoklopramid ve metranidazol tedavilerini kullandığı öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde; bilinci açık, koopere, meningeal irritasyon bulgusu yok, ense sertliği yok, ateşi yoktu, tansiyon takipleri normal aralıkta idi ve fizik muayenesinde sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında; C-reaktif protein ve prokalsitonin negatif; WBC:15300/mm³ olarak saptandı. Biyokimyasal değerleri normal aralıkta idi. Acil şartlarda beyin bilgisayarlı tomografisi normal olarak raporlandı. Baş ağrılarının çok şiddetli olması nedeniyle hasta çocuk nöroloji bölümüne konsulte edildi ve önerisi ile göz dibi muayenesine ve lomber ponsksiyon yapılmasına karar verildi. Hastanın göz dibi bakışında her iki optik disk kabarık, sınırlar silik, disk çevresinde hemorajiler görüldü. Hastaya diazomid tedavisi başlandı. Hastanın yatışı sırasında şiddetli şekilde baş ağrılarının devam etmesi nedeniyle kontrastlı beyin venografisi çekildi. Sonucun sinüs ven trombozu ile uyumlu olduğu görüldü. Hastaya düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Hastanın tromboz paneli ve anti faktör Xa değerleri normal aralıkta geldi. Hastanın kontrol göz dibi bakışı normal olması nedeniyle diazomid tedavisi kesildi. Hastanın baş ağrısı yakınmaları düzeldi. Kontrol venografide trombozun rekanalize olduğu görüldü. Hasta, profilaksi dozunda düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine devam edilmesi kararlaştırılarak taburcu edildi.

SONUÇ: Akut başlayan şiddetli baş ağrılarında sinüs ven trombozu akılda tutulmalıdır ve acil şartlarda çekilen BT'nin tanıyı atlayabileceği dolayısıyla semptomlar devam ediyorsa ileri tetkik yöntemlerine başvurulması gerekmektedir.

SS-35

Burun Kanaması ile Başvuran Pansitopenili Hastada Sistemik Lupus Eritematozus

Caner Doğan¹, Sezin Kısabacak¹, Seda Geylani Güleç¹, Nurver Akıncı², Yıldız Yıldırım³

¹Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genel Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Sistemik lupuseritematozus (SLE) geniş bir klinik spektruma sahip sistemik otoimmün bir hastalıktır. Tanısı, geliştirilmiş olan tanı kriterlerine göre konulur. Hematolojik tutulum lupuslu çocuklarda sık rastlanılmaktadır. Lökopeni hastaların üçte ikisinde görünmekle birlikte tipik olarak mutlak lenfosit sayısının düşüklüğü şeklinde olmaktadır. Nötropenilupusta sık görülen bir bulgu değildir. Anemi tüm lupuslu hastaların yaklaşık yüzde ellisinde gözlenirken çoğunlukla kronik hastalık anemisi, demir eksikliği anemisi ve otoimmunhemolitik anemi şeklinde görülmektedir. Trompositopeniprevalansı yüzde on ile elli arasında değişmekte olup hafif seyirlidir ve hemoraji çok nadir görülür. Pansitopeni ise oldukça nadir olarak karşımıza çıkmaktadır. Burada acil polikliniğimize burun kanaması şikayeti ile başvurup laboratuvar da pansitopenisi saptanan ve sistemik lupuseritematozus tanısı alan bir vaka nadir görülmesi nedeni ile sunulmuştur.

OLGU: 14 yaşında kız hasta, acil polikliniğimize iki gündür sızıntı şeklinde başlayan ve giderek artan burun kanaması ve ateş şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde son bir yıldır ara ara olan yanaklarda döküntü, saç dökülmesi, kilo kaybı, iştahsızlık ve halsizlik şikayetleri vardı. Aşılardan zamanında ve tam uygulanmıştı. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede ateş:38,3°C, nabız:96/dk, tansiyon:105/65idi. Cilt soluktu, damaktapeşi ve yanaklarda malarraşı vardı. Solunum sesleri bilateral eşit ve doğal, ral veronuk yoktu. Kalp sesleri doğaldı, ek ses ve üfürümü yoktu. Batın rahat, defans, rebound yoktu. Karaciğer ve dalak ele gelmiyordu fakat trauze kapalıydı. Nörolojik muayene doğaldı. Aktif burun kanaması devam eden hastaya tampon uygulandı. Tam kan sayımında pansitopenisi (hemoglobin:7,2 g/dl, lökosit:1.59 10³/µL, nötrofil:0.8110³/µL, lenfosit: 0.6910³/µL, trombosit:6 10³/µL) olup periferik yaymada 1-2 adet ikili küme yapmış trombositler gözlemedi. Eritrosit ve lökosit morfolojisi doğal olup, atipik hücre görülmedi. Biyokimyasal tetkiklerinde böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitleri normal olup AST:674 U/L, ALT: 347U/L saptandı. Sedimentasyon (103mm/h) ve C-reaktif protein (17mg/L) yüksekti. Koagülasyon testleri, B12(719pg/mL), folikasıit(17,94ng/mL) değerleri normal aralıkta saptandı. Tam idrar tetkikinde mikroskobik hematüri vardı. Batın ultrasonografide patolojik bulgu gözlenmedi. Viral serolojide özellik yoktu. Ateşi ve nötropesi olan hastaya hemokültürü alınarak piperasilintazobaktam tedavisi başlandı. Direkt coombs pozitif saptanan hastadan SLE ön tanısı ile kompeman c3, c4, ANA, Anti-ds DNA, lupus antikoagulanı, anti fosfolipidantikor, anti kardiyolipin antikorları gönderildi. Hasta tetkiklerin devamı ve tedavisinin düzenlenmesi açısından Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji bölümüne sevk edildi. Orada izlemi sırasında tam idrar tahlilinde proteinüri olup 24 saatlik idrar proteindüzeyi 435 mg/g(13mg/m2/g) saptandı. Lenfosit alt gruplarındatüm serilerde düşüklük görüldü. İzleminde kompleman c3 (54,1 mg/dL) ve c4 (3,19 mg/dL) değerleri düşük olan hastada ANA ve Anti ds DNA ve Anti- ENA histon antikorları pozitif saptandı. Anti-Ro, anti La, ve anti Smantikolarları negatif idi. Sistemik lupuseritematozusun göz tutulumu açısından yapılan göz muayenesinde her iki gözde splinterhemoraji gözlemedi ve bu bulgunun pansitopeniye bağlı geçici bir durum olduğu belirtildi. Hastaya sistemik lupuseritematöz tanısıyla



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



metilprednizolon ve hidroksiklorokin tedavisi başlandı. Kontrol tam kan sayımında hemogloblin:9,3 g/dl, lökosit:7,7 $10^3/\mu\text{L}$, nötrofil:6,68 $10^3/\mu\text{L}$, lenfosit:0,74 $10^3/\mu\text{L}$, trombosit:90 $10^3/\mu\text{L}$ saptandı. Böbrek tutulumu açısından böbrek biyopsisi planlandı. İzleminde ateşi düşen hemokültüründe üremesi olmayan hastanın antibiyoterapisi kesildi. Poliklinik izlemine devam etmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Sistemik lupuseritematozusotoimmün mekanizma ile oluşan çok değişik klinik tablolarda karşımıza çıkabilen multi-sistemik bir hastalıktır. Hastaların ilk başvurusu bizim hastamızda olduğu gibi hematolojik sistem tutulumuna bağlı pansitopeniye bağlı şikayetler ile olabilmektedir.

2015 ACR / SLICC, SLE tanısı için revize edilmiş kriterler	
Akut / subakutkutanöz lupus döküntüsü	2 puana kadar
• Malar döküntü	2.p
• SubakutkutanözLupuseritematosus (SLE) döküntüsü	1.p
• Palpabl purpura veya ürtikeryalvaskülit	1.p
• Fotosensitivite	1.p
Diskoidlupuseritematoz (DLE) döküntüsü veya hipertrofikLupus döküntüsü	1.p
Yara izi olmayan alopesi	1.p
Oral/nasalulser	1.p
Eklem hastalığı	1.p
Plevrit ve / veya perikardit	1.p
Psikoz ve / veya nöbet ve / veya akut konfüzyon	1.p
Böbrek tutulumu	2 puana kadar
• proteinüri $\geq 3+$ veya ≥ 500 mg / gün veya üriner atımlar	1.p
• Biyopside kanıtlanmış SLE ile uyumlunefrit	2.p
Hematolojik	3 puana kadar
• WBC sayısı $<4000 / \text{mm}^3$ veya lenfosit sayısı $<1500 / \text{mm}^3$, ≥ 2 kez	1.p
veya	
WBC sayısı $<4000 / \text{mm}^3$ ve lenfosit sayısı $<1500 / \text{mm}^3$ ile birlikte	
•Thrombositopeni $< 100,000/\text{mm}^3$	1.p
•Hemolitik Anemi	1.p
Serolojik testler	3 puana kadar
• Düşük titre pozitif ANA	1.p
• homojen veya rimpaternde yüksek titreli FANA	2.p
• Pozitif anti-ds DNA	2.p
• Pozitif anti-Sm	2.p
• Anti-fosfolipidantikorlar (aPLs)	1.p
• Düşük serum komplemanı (C3 ve / veya C4 ve / veya CH50)	1.p

Not: 16 üzerinden 4 puan alan hastaların kesin SLE tanısı vardır. 3 puan yüksek derecede düşündürücü SLE, 2 muhtemel SLE ve bir puan olası SLE tanısı vardır.

SS-36

OrofarengealTularemia: Olgu sunumu Tuba Ekinci, Okan Yüce, Özgül Yiğit

Tularemia nadir olan bir zoonoz olup, ülseroglandüler, orofarengeal, pnömotik ve septik formları vardır. Kirli sular, kemirgenler, tavşan, kene, sivrisinek, kaplumbağa, koyun, inek, kuşlar ve geyik gibi hayvanlarla temasla bulaşır. Kliniğimizde boyunda LAM (lenfadenomegali) ile başvuru, tularemia tanısı alan olgusu sunulmuştur.

OLGU: Onyediyedi yaşında erkek hasta boğaz ağrısı, ateş sonrası 1 aydır sağ submandibular, sağ posteriorservikal bölgede şişlik, ağrı şikayeti ile başvurdu. Orofarengeal muayenesinde tonsiller hiperemik ve hipertrofik olarak değerlendirildi. Sağ posteriorservikal bölgede yaklaşık 3.5*2cm kitle mevcuttu. Hasta beta laktam grubu antibiyotik (sırasıyla beta laktam ve seftriakson grubu antibiyotikler) ile tedavi edilmiş fakat hastanın kliniğinde düzelme olmaması üzerine hastanemize başvurmuştu. Boyundaki şişlik dışında fizik muayenesi normaldi. Kan sayımında lökosit: 9 bin/ mm^3 , Hb:14.1 gr, plt: 371/ mm^3 , CRP:17.48mg/L, sedimentasyon: 15mm/saat, biyokimya değerleri normal sınırlarda idi. Boyun USG de 36*18 mm boyutunda, heterojen, koleksiyon? lenfnodu saptandı. Akiğer grafisi ve batın USG normaldi. Yapılan serolojik testlerinde CMV Ig G, Ig M, EBV VCA Ig M, Rubella Ig M, Anti HAV IgM, Borrelia burgdorferi Ig M ve Brucella Ig M negatifti. PPD negatifti. Hasta sorgulandığında kontamine su tüketimi hikayesi olduğunu öğrendik (Erzurumda köyünde yaz tatili nedeniyle 1 ay süre ile kalmış, kuyu suyu içme öyküsü ve başka birkaç kişide de benzer şikayetler olduğu öğrenildi). Hastadan yapılan drenajda aerobik ve anaerobik kültürde üreme olmadı, Francisella tularensis PCR pozitif geldi. Tularemia tanısı konulup başlanan tedaviye cevap alındı.

TARTIŞMA: Çocukluk çağında servikallenfadenomegalilerin ayırıcı tanısında enfeksiyonlar, malignite, kollagenoz-vaskülitler göz önüne alınmalıdır. Sıklıkla orofarengeal non spesifik enfeksiyonlara bağlı olarak akut LAM görülür ve penisilin veya beta laktam antibiyotiklerle düzelir. Viral enfeksiyonlardan EBV, CMV, HIV zemininde gelişen enfeksiyonlarla da servikal LAM görülmektedir. Bunun dışında mycobacteriler, brucella ve toxoplazma gibi etkenler de servikal LAM ile baş vurabilir. Sık görülen bu etkenler dışında Türkiye'de son yıllarda, su kaynaklı salgınlar nedeniyle tularemia, yeniden önem kazanan bir enfeksiyon haline gelmiştir. Salgınlar Trakya, Karadeniz ve Marmara, İç Anadolu illerinde siktir. Orofarengeal tularemia ülkemizdeki salgınlarda en sık gözlenen klinik formdur. Boyunda kitle yakınmasıyla başvuran hastalarda ayırıcı tanıyı yapabilmek çok önem taşımaktadır.

SONUÇ: Tularemia baş boyunda kitleye neden olan ve nadir görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Tanı koymada önemli olan nokta boyun kitlesi ayırıcı tanısında bu hastalığın akla gelmesidir. Bu nedenle ayırıcı tanıları arasında düşünülmeli ve anamnezde aile hikayesi ve seyahatler iyice sorgulanmalıdır. Esas tedavisi medikal tedavidir. Medikal tedaviyle başarısız vakalarda cerrahi drenaj yapılmalıdır.

KAYNAKLAR: 1. Helvacı S, Gedikoğlu S, Akalin H, Oral HB. Tularemia in Bursa, Turkey: 205 cases in ten years. Eur J Epidemiol 2000; 16(3):271-276. 2. Willke A, Meric M, Grunow R, Sayan M, Finke EJ, Spletstösser W, et al. An outbreak of oropharyngeal tularemia linked to natural spring water. J Med Microbiol 2009; 58(Pt 1): 112-116. 3. Akalin H, Helvacı S, Gedikoğlu S. Reemergence of tularemia in Turkey. Int J Infect Dis 2009; 13(5):547-551.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



TARTIŞMALI POSTER BİLDİRİLERİ



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-01

Pediyatrik yaş grubunda yanık sekellerinin doku genişleticiler ile rekonstrüksiyonu

Fatih İrmak, Işıl Akgün Demir, Mert Sızmaz, Kamuran Zeynep Sevim, Ayşin Karasoy Yeşilada
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Ciddi donör alan morbiditesi yaratmadan doku kazanma yöntemi olarak doku genişleticilerin kullanılması, plastik ve rekonstrüktif cerrahide bir çok probleme çözüm olmuştur. Özellikle skalp ve yüz bölgesinde yanık sonrası kaybedilen dokunun orijinal deri rengi ve kalitesinde doku kazandırması avantajı nedeniyle yaygın olarak başarıyla kullanılmaktadır. Kliniğimizde son 18 yılda çocuklarda uygulamış olduğumuz doku genişletici uygulamalarını ve edindiğimiz deneyimleri sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniğinde 1999-2017 yılları arasında doku genişletici uygulamış olduğumuz hastalar yaş, cinsiyet, etiyoloji, doku genişleticinin uygulandığı alan, doku genişletici tipi, boyutu, komplikasyon gelişimi, geç dönem sonuçları, revizyon girişimleri ve hasta memnuniyeti açısından değerlendirildi.

BULGULAR: 41 hastaya, toplam 54 doku genişletici yardımıyla rekonstrüksiyon uyguladık. Hastaların 19'i kız, 22'si erkekti. Yaşları 4 ile 18 arasında değişmekteydi. Ortalama yaş 12 idi. Etiyolojide sıcak su ve alevle yanık en sık sebepler arasındaydı. Uygulama alanları 36 adet saçlı deride, 2 gövde alanına, 2 meme, 3 adet inguinal alana ve karına, 7 adet boyun ve 2 adet kol bölgesine, 2 adet yüz bölgesine doku genişletici uygulanmıştır. En küçüğü 70 cc dikdörtgen şekilli, en büyüğü 700 cc dikdörtgen şekilli doku genişleticiydi. Komplikasyonlar arasında 1. sırada 3 olguda ekspozisyon meydana geldi. Bunlardan 3'ünde de doku genişletici çıkarıldı ve doku genişletme sağlanamadı. 3 hastada enfeksiyon, 3 hastada seroma, 2 hastada ek müdahale etmeksizin iyileşen sütür hattında ayrışma gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Pediyatrik hastalarda rekonstrüktif cerrahide doku genişletme yönteminin geliştirilmesi özellikle skalpte alopesi durumlarında saçlı deri kazanımı, defektin çevre dokusunda ekspande edilebilecek yeterli alan bulunması ve bu alanlardan elde edilen dokularla orijinal doku renk ve yapısında deri dokusu kazandırma avantajlarıyla popülaritesini her zaman korumuş, yıllar içinde çok farklı hacim ve biçimde üretilerek kullanım alanları genişletilmiş özel bir tekniktir. Deneyimli ellerde, titiz planlama ve başarılı uygulamalarla mükemmele yakın rekonstrüksiyonlar yapılabilmesine olanak tanımaktadır.

Anahtar Kelimeler: doku genişletici, rekonstrüksiyon, yanık

TP-02

Surfaktan: Sadece preterm için mi?

Duygu Besnili Açar, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Bülent Güzel, İlkay Özmeral Odabaşı
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Surfaktan preterm bebeklerde sıklıkla respiratuvar distres sendromunun tedavisinde kullanılan sağkalımı artıran en önemli ilaçtır. Son yıllarda term ve geç preterm bebeklerde de kullanımı gündeme gelmiştir. Çalışmamız ünitemizde surfaktan kullanılan term ve geç preterm bebeklerdeki demografik özelliklerine dikkat çekmek amacıyla gerçekleştirildi.

MATERYEL METOD: 1 Ocak 2015- 31 Mart 2016 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde yatıp surfaktan uygulanan hastaların dosyaları retrospektif incelendi. Gebelik haftası ≥ 37 bebekler grup 1, 34+0/7 ila 36+6/7 grup 2 olarak isimlendirildi. Bebeklerin demografik özellikleri ortaya konarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: 1 Ocak 2015- 31 Mart 2016 tarihlerinde geç preterm doğumların 72'si (%10,2), termelerin ise 171'i (%0,4) çeşitli nedenlerle yenidoğan kliniğine yatırılmıştı. Bunların 30'una (%12) surfaktan verildiği tespit edildi. Grup 1 de 11, grup 2 de ise 19 bebek mevcuttu. Grup 1'de ki bebeklerin ortalama doğum ağırlığı $3369,1 \pm 427,3$, grup 2'dekilerin $2482,9 \pm 645,2$ idi. Her iki grupta da erkek cinsiyet ağırlıkta olup, sıklıkları sırasıyla %72,7 ve %68,4 idi. Grup 1 ve 2'de sezaryen doğum sıklıkları sırasıyla %54,5 ve %89,5 idi. Maternal yaşları değerlendirildiğinde grup 1 de $30,1 \pm 3,7$, grup 2 de $27,8 \pm 6,0$ tespit edildi. Maternal risk faktörleri açısından grup 1 de özellikli saptanmazken, grup 2'de 2 gestasyonel diyabet, 1 preeklampsi, 1 hipotroidi mevcuttu. Mortalitetleri değerlendirildiğinde grup 1'de 2 bebek (%18,2) grup 2'de ise 3 bebek (%15,8) olup, fark yoktu.

TARTIŞMA: Surfaktan kullanılan geç pretermelerde sezaryen doğum termelerden sıkı. Bu da geç preterm doğum eylemi başlayan gebelerin normal doğum indüksiyonu yerine sezaryen ile doğumunun tercih edildiği ve neticesinde solunumsal problemlerin daha fazla görüldüğünü göstermektedir. Solunumsal problemlerin maternal yaştan bağımsız olduğu, ancak maternal hastalıkların preterm doğuma dolayısıyla solunum problemlerinin artmasına yol açtığı görülmektedir. Çeşitli nedenlerle YYBÜ'ne yatırılan her 8 term ve geç preterm bebekten birine surfaktan uygulandığı göz önüne alındığında surfaktanın sadece preterm bebeklerin bir ilacı olmadığı ortaya konmaktadır ve yapılacak çalışmaların mutlaka bu grup bebeklerde odaklanması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: surfaktan, demografik veriler, term, geç preterm



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-03

Akciğer Hipoplazisinde Postnatal Yönetim: Deneyim Paylaşımı

İlkey Özmeral Odabaşı, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, Ahmet Tellioglu, Evrim Kıray Baş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Fetal yaşamda akciğerlerin gelişimi ve kardiyopulmoner dolaşım birçok faktörün birlikteliğinde gerçekleşmekte, intrauterin yaşamda ortaya çıkan patolojiler, etyolojik nedene bağlı olarak postnatal dönemde hafif solunum sıkıntısından mortaliteye kadar geniş klinik yelpazede prezente olabilmektedir. Bu çalışmada anhidramnios tanısı olan ve ilk dakikalarda entübasyon ihtiyacı gelişen iki sekonder pulmoner hipoplazili olgunun yönetimindeki deneyimimiz paylaşılacaktır.

OLGU-1: Sağlıklı anneden, 38.gebelik haftasında doğan antenatal anhidramnios tanısı olan bebek yaşamın ilk dakikalarında entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitemize alındı. Genel durumu kötü, entübe, akciğer ekspansiyonu yetersizdi. Konvansiyonel modda ventilasyona başlandı, izleminde HFO modunda mekanik ventilasyon desteğine geçildi. Ultrasonografide renal displazi ile uyumlu görünüm saptanan diüzezi yetersiz olan hastaya furosemid infüzyonu başlandı. Biyokimyasal tetkiklerinde hiponatremi, hiperpotasemi olan, medikal tedaviye yanıt alınamayan hastaya yaşamının 5.gününde periton diyalizine başlandı. Yüksek deltaP parametrelerine ihtiyaç duyulan hastada pnömotoraks gelişmesi üzerine bilateral göğüs tüpü takıldı. İzleminde göğüs tüpü çekilen hasta postnatal 10.günde ekstübe edildi. Yenidoğan dönemini tamamlayan solunum sıkıntısı olmayan ve halen diyaliz ihtiyacı devam eden hasta süt çocuğu servisine devredildi.

OLGU-2: Antenatal dönemde posterior üretral valv(PUV) ve anhidramnios tanıları ile takip edilen 30 yaşında sağlıklı anneden 36.gebelik haftasında doğan erkek bebeğe solunum eforunun yetersiz olması nedeni ile entübe edilerek surfaktan uygulandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan bebeğe yapılan ultrasonografide her iki böbrek toplayıcı sistemde ektazik görünüm saptandı. Yaşamının 1.gününde hiperpotasemi saptanması üzerine medikal tedavi başlandı. İzleminde pulmoner hipertansiyon gelişen hastaya HFO eşliğinde sildenafil ve inhale nitrik oksit tedavisi başlandı. Yaşamının 5.gününde nitrik oksit, 8.gününde ise mekanik ventilasyon desteği sonlandırıldı. Üroloji ile konsulte edilen hastaya postnatal 20.gün sistoskopi yapıldı, penil üretrada, mesanede divertikül ve PUVsaptandı ve vezikostomi açıldı. Postnatal 35.günde solunum sıkıntısı olmayan hasta vezikostomi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: Sekonder pulmoner hipoplazi akciğer volumünün normalden daha az olması nedeniyle yaşamı tehdit eden bir durumdur. Erken dönemde yoğun solunum desteği alan, ağır solunum yetersizliği olan vakalarda multidisipliner yaklaşımlar, uygun ventilasyon ve destek tedavileriyle sağkalım mümkün olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: pulmoner hipoplazi, anhidramnios, yenidoğan

TP-04

Allerji Polikliniğimizde İki Yaş Altı Çocuklarda Uygulanan Deri Prik Testi Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Emine Gözde Öz drama Yıldız¹, Abdullah Ayhan¹, Burhan Turan¹, Meltem Gümüşay¹, Ayşenur Kaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Allerji ve İmmünoloji

GİRİŞ: Allerjik hastalıklar dünyada prevalansı giderek artan ve doktora en sık başvuru nedeni olan hastalıklardandır. Deri prik testleri uygulaması kolay, basit ucuz ve yüksek oranda duyarlılık olması nedeni ile allerjik hastalıklarda anahtar rol oynar. Halk arasında yanlış olarak 5 yaşından önce deri prik testi (alerji testi) yapılmaz diye bilinir ve bazı doktorlar da bu şekilde ifade edebilir. Gerçek ise böyle değildir. Deri testleri her yaşta yapılabilir ve allerjik reaksiyonların tanısında en çok kullanılan birincil testler olarak kabul edilirler.

YÖNTEM: Bu çalışmada retrospektif olarak Hastanemiz çocuk allerji polikliniğine ocak 2016-aralık 2017 tarihleri arasında çeşitli allerjik yakınmalarla başvuran ve deri testi yapılan 2 yaş altı çocukların deri testi sonuçları değerlendirildi. Pozitif test sonuçlarından; besinlerden inek sütü yumurta akı, yumurta sarısı, buğday ve ek olarak inhalan alerjenlerden ev tozu akarı ile yapılan deri testleri değerlendirildi.

BULGULAR: Yaşları iki ile 24 ay arasında (ortalama 12 ay) deri testi yapılmış olan 603 hastanın 352'si % 58.4)erkek idi. 402 (%66.6) hasta besin allerjisi şüphesi (183 atopik dermatit), 130 (%21.5) hasta hisli çocuk, 16 (%2.7) hasta allerjik rinit, 55(%9.1) hasta ise kızamık, ürtiker, anjiyodem gibi çeşitli, allerjik yakınmalarla başvurmuştu. Çalışmamızda toplam 273 (%33.6) deri testi pozitifliği vardı. Yumurta akı ile duyarlılık 102 (%16.9)hastada, inek sütü ile duyarlılık 89 (%14.8) hastada, yumurta sarısı ile 54 (%9) hastada, buğday ile 12 (%2), ev tozu akarı ile duyarlılık 26 (% 4.3)hastada saptandı.

SONUÇ: Deri prik testleri hızlı ve diğer testlere göre nispeten ucuz olması, duyarlılığının ve negatif prediktif indeksinin yüksek olması nedeniyle allerjik hastalıkların tanısında önemli rol oynarlar. Deri testleri IgE-aracılı reaksiyonların tanısında primer tanı testi olarak önerilir.

Anahtar Kelimeler: allerji,deri testi,inek sütü



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-05

Yenidoğanda Trombositopeni: Demografik ve Maternal Faktörler Mortaliteye Etki Ediyor Mu?

Sinan Uslu¹, Bülent Güzel¹, Selda Arslan², Ali Bülbül¹, Ayşegül Uslu³, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Evrim Kıray Baş¹, Umut Zübarioğlu¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

²Mustafa Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bilim Dalı, Yenidoğan Kliniği, Hatay

³Kağıthane Devlet Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YYBÜ) trombositopeni altta yatan hastalıkların tetiklediği en sık eşlik eden bulgu (% 20-35) olarak dikkati çekmektedir. Bu kadar sık karşılaşılmamasına rağmen literatürde yenidoğan döneminde trombositopeni ile ilişkili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada trombositopeni saptanan yenidoğanlarda demografik ve maternal özelliklerin mortalite üzerine etkisi araştırıldı.

MATERYAL-METOD: İki farklı merkezin YYBÜ'lerinde, 2015 ve 2016 yıllarında yatarak tedavi olan yenidoğanlardan trombositopenisi saptanan bebeklerin bilgileri etik kurul onamı sonrası retrospektif olarak standart veri dosyasına işlendi ve MedCalc Turkey programı kullanılarak mortaliteye etki eden faktörler irdelendi.

SONUÇLAR: İlgili dönemlerde yatırılarak tedavi edilen yenidoğanların 216'sında trombositopeni saptandı. Kaybedilen bebeklerle (n=44, %20,4), yaşayan ve taburcu olan bebeklerin (n=172, %79,6) karşılaştırmaları yapıldığında cinsiyetin, doğum şeklinin, gebelik yaşına göre doğum ağırlığının, APGAR skorunun, maternal yaştan, annede prenatal problem varlığının ve akrabalığın ölümle ilişkisi saptanmadı. Kaybedilen bebeklerin gebelik haftası (29,5±5,7) yaşayanlara göre (34,4±4,6) düşüktü ve bu fark <28.GH'de daha belirgindi (p<0,001). Yine ölen bebeklerin doğum ağırlığı (1405,6±967,9 g karşı 2172,5±988,1 g) daha düşüktü ve <1000 g olan bebeklerde daha dikkat çekiciydi (p<0,001). Geç trombositopeni tanılı bebeklerin ölüm sıklığı daha yüksekti (p=0,004).

TARTIŞMA: Trombositopenili yenidoğanlarda prematüre bebeklerin trombosit sayısının yapılan çalışmalarda term bebeklere daha düşük olduğu ve her gebelik haftasında yaklaşık 2000/μL arttığı bilinmektedir. Küçük gebelik haftasının ve düşük doğum ağırlığının mortaliteye etkili olduğu öte yandan cinsiyet, doğum şekli, APGAR skoru ve özellikle prenatal problemlerin ölüm üzerinde etkisinin saptanmadığı ortaya konmuştur. Yatarak tedavi gören bebeklerde 72 saatten sonra ortaya çıkan trombositopeninin özellikle prematüre bebeklerde mortaliteye etkisi dikkat çekici bir saptama olup klinisyenler tarafından ciddiyetle değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, trombositopeni, demografik faktör, mortalite

TP-06

Alerjik kontak dermatitli çocukların yama test sonuçlarının değerlendirilmesi

Esra Yücel, Deniz Özceker

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği

GİRİŞ: Alerjik kontak dermatit (AKD), daha önce duyarlanmış kişinin aynı madde ile sonraki temaslarında ortaya çıkan Tıp 4 aşırı duyarlılık reaksiyonudur. AKD'e neden olabilen alerjen sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Bu alerjenlerin belirlenmesinde altın standart olmamakla beraber deri yama testi oldukça yardımcı bir yöntemdir. Çalışmamızda AKD farkındalığının artırılması ve çocuklarda en sık görülen kontak alerjenlerin tespit edilmesi amaçlandı.

METOD: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Alerji Polikliniklerine Mart-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran alerjik kontak dermatit (AKD) tanısı ile deri yama testi (TRUE TEST) uygulanan 74 hastanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi. Yama testi iki ayrı hekim tarafından 72 saat sonra Amerikan Dermatoloji Akademisinin önerdiği şekilde reaksiyon yoksa negatif, eritem ve infiltrasyon (+), eritem, infiltrasyon, papül, vezikül (++) , eritem, infiltrasyon, bül (+++) şeklinde yorumlanıp kayıt edildi. **SONUÇLAR:** Deri yama testi uygulanan 74 hastanın yaş ortancası 7,5 yaş ve K/E: 1,2 idi. Hastaların yakınıma süresi ortalama 2,1 yıl ve kaşıntı skorları ortalama 5 idi. Hastaların %58,1 (n:43)'inde yama testi sonucunda bir veya daha fazla alerjene pozitiflik saptandı. En sık tespit edilen alerjen 'nikel' (%16,2) idi. Deri yama testi pozitif olan 32 hastada (%74,4) saptanan alerjenler ile kontak dermatit lokalizasyonu arasında uyum mevcuttu.

SONUÇ: Çocuklarda kronik dermatit varlığında AKD ayırıcı tanıda düşünülmeli, sorumlu alerjen tespit edilmeye çalışılmalıdır. Böylelikle tanıda gecikme ve uzun süreli topikal steroid kullanımı önlenir.

Anahtar Kelimeler: alerjik kontak dermatit, çocukluk çağı, deri yama testi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-08

Hemofili A Tanılı Olguda İnfektif Endokardit Gelişimi ve Başarılı Mitral Kapak Onarımı

Zeynep Günal Türk¹, Işık Odaman Al¹, Salih Türk¹, Hakan Gemic¹, Ebru Yılmaz¹, Kazım Öztarhan¹, Sertaç Haydin², Bahadır Genç², Osman Zafer Şalcıoğlu¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: İnfektif endokardit (İE), sıklıkla kalp kapaklarını etkilemekle birlikte, septal defektleri veya mural endokardı da tutabilen ciddi bir enfeksiyondur. Nadir görülmesi, tanı ve tedavisinin güçlüğü, yüksek morbidite ve mortaliteye yol açması nedeniyle önemlidir. Çocuk hastalarda en sık görülen etkenler Streptococcus viridans ve Staphylococcus aureus olarak bilinir.

Bildirimizde hemofili A tanılı hastamızda infektif endokardit gelişimi ve tedavisinde yaşanan zorluklar sunulmaktadır.

OLGU: Ağır faktör VIII eksikliği (FC:%0,1) nedeni ile izlenen 6 yaşında erkek hasta sol dizde şişlik, ateş ve ishal yakınması ile başvurdu. Laboratuvar tetkiklerinde Wbc:23010/mm³, nötrofil: 20800/mm³, Hb:12gr/dl Hct:%35 CRP:285 mg/L idi. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Hastaya 2000 cc/m²'den damar içi sıvı ve ampirik seftriakson başlandı. Eklem kanaması için faktör VIII uygulandı. Ishali gerileyen ancak dirençli ateşleri devam eden hastamızda yatışının 5. gününde halsizlik ve solunum zorluğu gözlemlendi. Muayenesinde 2-3/6 pansistolik üfürüm, ekokardiyografisinde ağır mitral yetmezlik ve mitral kapakta yırtık saptandı. Milrinon infüzyonu, furosemid ve enapril tedaviye eklendi. Solunum sıkıntısının artması üzerine hasta yoğun bakım ünitesine alındı. Kan kültüründe Stafilokokus Aureus üremesi üzerine infektif endokardit düşünülerek, antibiyoterapisi teikoplanin ve sefepim olarak değiştirildi. Düzeltme gözlenmeyince hasta Mehmet Akif Ersoy Hastanesi kalp damar cerrahisi tarafından değerlendirildi. Kontrol ekokardiyografisinde önemli derecede mitral yetersizlik, mitral korda rüptürü (olası endokardite sekonder), pulmoner hipertansiyon, akut kalp yetersizliği saptandı. Kültürleri steril olunca kapak onarımı planlandı. Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında faktör replasmanı dikkatle planlandı. Mitral kapak onarım işlemi başarılı bir şekilde yapıldı. Tüm süreç boyunca kanama gözlenmedi. Cerrahi girişim sonrasında faktör tedavisi iki hafta uygulandı. Hastamızın infektif endokardit tedavisi yanında FVIII profilaksisi sürdürülmektedir.

SONUÇ: Hemofilik hastalarda yeterli ve uygun faktör replasmanı ile ağır kalp operasyonları bile başarılı bir şekilde yapılabilir. Hastamız çocuk hematoloji, kardiyoloji, kalp damar cerrahisi ve yoğun bakım ünitelerinin işbirliğiyle izlenmiştir. Yüz güldürücü sonucu ile ilginç bulunan olgumuz sunulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hemofili, İnfektif Endokardit, Mitral Kapak Onarımı

TP-09

Down sendromlu çocuklarda epilepsi sıklığı

Aslı Kübra Atasever¹, Abdulkadir Bozaykut², Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu², Derya Gültekin Başboğa², Serpil Değirmenci², Gülsen Akay Tayfun²

¹SBÜ Erzurum Bölge Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzurum

²SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Down sendromu (DS) yaklaşık olarak 30 fenotipik özelliğin görüldüğü, multiple sistemik tutulum gösterebilen ve toplumda sıklığı en fazla olan kromozomal anomalidir.

Çalışmamızdaki amaç 0-16 yaş arasındaki sağlıklı çocuklarda çeşitli çalışmalarda prevalansı %0,8-1,7 olarak saptanan epilepsinin, DS'li çocuklardaki sıklığının gösterilmesidir.

YÖNTEM: Ocak 2014 ile Mart 2016 tarihleri arasında Zeynep Kamil Hastanesi Çocuk Nörolojisi polikliniklerine başvurmuş DS tanılı ve EEG (Elektroensefelogram) ile değerlendirilmiş 88 olgu alındı. Olguların EEG sonuçları, hastaların ve ailelerinin febril-afebril konvülsyon öyküleri epilepsi tanısı konan DS'li olguların tedavileri ve verilen tedaviye yanıtları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 88 olgunun, 33'ü (%37,5) kız, 55'i (%62,5) erkekti. Olguların yaş aralığı 1-174 ay arasında bulunmaktayken, ortalama yaş 42,74 ay olarak bulundu. Olguların 15'inin (%17) EEG'sinde patolojik bulgu saptanırken, 73'ünün (%83) EEG'leri normal uyku EEG'siydi. EEG'si anormal saptanan hastaların 11'i (%73) çalışmaya alınan tüm olguların ise %12,5'i epilepsi tanılıydı. Bu hastaların 5'inde (%45,4) geçirilmiş FK öyküsü mevcuttu. Bu hastaların 2'si (%18) fokal tonik, 6'sı (%55) jeneralize tonik klonik, 1'i (%9) miyoklonik ve 2'si (%18) infantil spazm karakterinde nöbet geçirmekteydi. Epilepsi tanılı DS'li hastaların 4'ünde (%36,3) ailede epilepsi öyküsü mevcut iken, 3'ünde (%27,2) ailede FK öyküsü saptandı. EEG bulguları değerlendirilen hastaların 3'ünde (%27) unilateral, 8'inde (%73) bilateral olarak patoloji saptanırken; 3'ü (%27) frontal, 1'i (%9) temporal, 3'ü (%27) oksipital, 2'si (%18) multifokal, 1'i (%9) hipsaritmi ve 1'i (%9) temporooksipital olarak patolojik bulgular taşımaktaydı. Tamamı düzenli ilaç kullanan hastaların 3'ünde (%27) %25, 1'inde (%9) %50, 2'sinde (%18) %75 ve 5'inde (%45) ise %100 oranında nöbet gerilemesi olmuştur.

TARTIŞMA ve SONUÇ: DS denildiğinde ilk planda akla gelmeyen epilepsi sıklığının; bu bireylerde topluma göre anlamlı şekilde arttığı gösterilmiştir. Bu sebeple DS'li bireylerin takiplerinde gelişebilecek problemler arasında mutlaka epilepsi de düşünülmelidir. Tedaviye yanıtın EEG bulguları doğrultusunda, diğer epilepsi hastalarıyla aynı klinik cevabı verdiği düşünülürse; erken tanı ve tedavi bu çocukların hayat kaliteleri açısından büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Down sendromu, Epilepsi, EEG



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TP-10

Çocuklarda peptik ülser ve erozyon: Görülme sıklığı ve risk faktörleri

Günsel Kutluk¹, Erkan Erfidan², Esra Polat¹, Nermin Gündüz³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıbbi Patoloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Peptik ülser ve erozyonlar (PÜ&E) çocukluk çağında çok sık görülmemektedir. Yaşamın erken döneminde *Helicobacter pylori* (*H.pylori*) ile enfekte olan çocuklarda peptik hastalık riskinin arttığı kabul edilmekle birlikte, son yıllarda yapılan çalışmalarda *H.pylori* dışı PÜ&E insidansında da belirgin artış bildirilmektedir. Bu çalışmada hastanemiz Pediatrik Gastroenteroloji Kliniği'nde yapılan üst gastrointestinal sistem (GİS) endoskopi sonuçları incelenerek PÜ&E sıklık ve risk faktörleri araştırıldı.

YÖNTEM: Mayıs 2015-Aralık 2017 yılları arasında ünitemizde özofagogastroduodenoskopi yapılan 1596 hasta retrospektif olarak incelendi; PU&E saptanan olgular yaş, cinsiyet, ilaç kullanımı, yakınmaları, yakınmalarının süresi gibi tanımlayıcı özellikler, endoskopik ve histopatolojik bulgular açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Üst GİS endoskopi yapılan 1596 hastanın 139'unda (%8.6), 93'ünde erozyon (%5.8) ve 46'sında peptik ülser (%2.8) saptandı. Ülser saptanan hastaların %36.9'u, erozyon saptanan hastaların ise %65.5'i kızdı. Yaş ortalaması ülserli hastalarda 11.3 ±5.3, erozyonlu hastalarda ise 10.5±4.7 olarak bulundu. Endoskopi endikasyonu oluşturan yakınmalar gruplandırıldığında, PÜ&E saptanan çocuklarda en sık görülen yakınma epigastrik ağrı idi. İkinci sıklıkta görülen yakınma erozyon saptananlarda bulantı-kusma, ülser saptananlarda ise hematemez idi. Her iki hasta grubunda olguların yarısından fazlasında yakınmalar 4 haftadan daha uzun süredir devam etmekteydi. Ülser saptananların %23.9'unda ve erozyon saptananların %5.3'ünde steroid ve/veya steroid dışı anti inflamatuvar ilaç (SDAİ) kullanımı mevcuttu. *H. pylori* ise ülserli hastaların %47.8'inde, erozyonlu hastaların ise %38.7'sinde pozitif bulundu.

SONUÇ: Çalışmamızda endoskopi yapılan hastalarda peptik ülser ve erozyon sıklığı %8.6 olarak saptanmıştır ve bu oran Avrupa çalışmalarıyla saptanan %8 oranı ile uyumludur. Özellikle ülserli olgularda daha sıklıkla (%23.9) gördüğümüz steroid ve/veya SDAİ kullanımı gibi risk faktörleri bulunmakla beraber, çalışmamızda Avrupa verilerden farklı olarak *H.pylori* enfeksiyonu PÜ&E gelişiminde halen önemli bir etkidir.

Anahtar Kelimeler: Peptik ülser, erozyon, *Helicobacter pylori*, çocuk

TP-12

Bitkisel Çayların Anne Sütü Miktarına Etkisi:Çift Kör Plasebo Kontrollü Çalışma

Necle Yüce¹, Şirin Güven², Timuçin İmradioğlu², Güner Karatekin³

¹Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

³Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

AMAÇ: Ülkemizde son TNSA verilerine göre sadece Anne sütü (AS) ile beslenme 42 güne düşmüştür. Anne sütünü arttırmak amacı ile farklı ilaç, bitkiler ve gıdalar kullanılmaktadır, fakat etki ve güvenlik üzerine yapılan çalışmalar yetersizdir. Çalışmada, annelerde doğum sonrasında ilk 2 haftada 'Mamsel still tea' galaktagogunun AS üretimini arttırmada etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamız çok merkezli, Randomize, Çift kör, Plasebo kontrollü, prospektif çalışma olarak yapılmıştır. Çalışmaya 4 merkez katıldı. Olgular 3 gruba ayrıldı:

Grup 1: AS konusunda genel eğitim alan 50 anne/bebekler (kontrol) Grup 2: günde 3 bardak (2 ölçek) bitkisel çay (ST) kullanan 80 anne//bebekler

Grup 3: günde 3 bardak (2 ölçek) plasebo çay alan 80 anne/bebekler Çalışma öncesi annelerin ve bebeklerin demografik özellikleri kaydedildi. 3., 7. ve 14.günde AMEDA pompası ile AS 15. dak süre ile toplanarak süt miktarı ve bebeklerin tartı kayıpları hesaplandı ve kaydedildi. Araştırmacılar ve anneler içerikten haberdar değildi, proje koordinatörü tarafından ürün lot numaraları kaydedildi. Çalışmaya Fitoterapy Profesörü onayı sonrası etik kurul alındı.

BULGULAR: Annelerin yaşları 14 ile 42 arasında değişmekte olup, ortalaması 27.65±5.41 yıldır. Gruplar arasında 3.gün süt miktarı ortalamaları açısından istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulundu (p:0.001; p<0.05). ST grubunun 3., 7.ve 14.günlerde süt miktarı ortalaması, kontrol ve plasebo gruplarının ortalamalarından istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur (p:0.001; p<0.05).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Bitkisel çaylar anne sütünün kalitesini ve içeriğini etkilemeden, prolaktin sentezini arttırmadan süt miktarını arttırmaktadır ve böylece AS ile bebeklerinin sağlıklı gelişimine olanak sağlanmaktadır Bulgularımız, benzer etkideki ürünlerle yapılan çalışmalar ile uyumlu bulunmuştur.Doğumdan sonraki ilk iki haftada galaktagog çay desteğinin yan etkiye yol açmadan süt üretimini artırdığını gösterdik. Ülkemizde düşük emzirme oranları göz önüne bulundurulduğunda, bebeklerin beslenmesinde ilk 6 ayda AS teşviki önemlidir. Ayrıca bitkisel çaylarla ilgili etkinlik ve güvenlik açısından daha ileri klinik araştırmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Bitkisel Çaylar, Anne Sütü, Tartı Alımı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-14

Önlenilebilir Nadir Bir Komplikasyonun Minimal İnvaziv Cerrahi Girişim ile Tedavisi: İntravezikal Katater Düğümlemesi

Nimetullah Mete Genç¹, Mesut Demir¹, Meltem Kaba¹, Melih Akın¹, Abdullah Yıldız¹, Nihat Sever¹, Çetin Ali Karadağ¹, Ali İhsan Dokucu¹, Fatma Saraç²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Üriner kateterizasyon genellikle pediatrik yaş grubunda idrar tahlili almak veya idrar çıkışını takip etmek için kullanılır. Kataterizasyon güvenli bir yol olmasına rağmen, bazen ciddi komplikasyonlara da neden olabilmektedir. Bu sunumuzda da idrar tahlili almak için takılan üretral kateterlerin mesane içinde düğümlenmesi ve üretral kateterlerin çıkarılması için minimal invaziv girişim yapılan 2 olgumuz sunulmuştur.

OLGU 1: 2 yaşında kız hasta, idrar kültürü alınması amacı ile 6 french feeding sonda ile mesane kateterize edilmiş, işlem sonrası kateter geri çekilmeye çalışıldığında geri gelmediği görülmüştür. Bunun üzerine çocuk cerrahinin önerisi ile direkt üriner sistem grafisi (DÜSG) çekilmiştir. Çekilen DÜSG'de kateterin mesanede içinde düğümlendiği ve traksiyone rağmen çıkmadığı görülmüştür. Genel anestezi altında bir daha traksiyon denenmiş ancak yine kateterin çıkmadığı görülmüştür. Bunun üzerine 7,5 no'lu sistoskop ile mesaneye girilmiştir.

Sistoskop ile girildiğinde kateterin mesane içerisinde düğümlendiği teyit edilmiştir. Mesane izdüşümünden cilde bir kesi yapılarak 3mm lik çalışma portu mesaneye yerleştirilmiştir. Bu çalışma portundan girilen laparoskopik makas yardımı ile düğüm kesilmiştir. Ardından üretral parça çekilerek alınmış, mesane içindeki küçük parça da yine çalışma portundan sokulan tutucu çalışma aleti ile çıkartılmıştır.

OLGU 2: 2 aylık kız hasta, yine idrar kültürü alınması amacı ile 6 french beslenme sondası ile mesane kateterize edilmiş ama sonrasında kateter çıkartılmamıştır. Çekilen DÜSG'de mesane içerisinde kateterin düğümlendiği görülmüş hasta ameliyathaneye alınmıştır. Genel anestezi altında 7,5 sistoskop ile girilerek mesane içerisinde kateterin düğümlendiği teyit edilmiş. Mesaneye denk gelecek cilt kısmına kesi yapılarak 3lük çalışma portu mesaneye yerleştirilmiştir. Olgular 1'de olduğu gibi aynı teknik ile kateter kesilip çıkartılmıştır.

SONUÇ: Mesane kateterizasyonu esnasında kateterin mesane içinde düğümlenmesi nadir ama ciddi bir komplikasyondur. Örnek almak için kateterin fazla ilerletilmemesi ve daha sert kolay kıvrılmayan kateterlerin kullanılması gerekmektedir. Mesane içerisinde kateter düğümlenmesinden şüphelenildiğinde DÜSG çekilmesi tanıya yardımcı olacaktır. Tanı kesinleştğinde sonda çekilmemeli ve tedavide cerrahi düşünülmelidir. Kliniğimizin tecrübeleri doğrultusunda minimal invaziv cerrahi girişimlerin bu komplikasyonların tedavisinde altın standart olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: katater düğümlenmesi, mesane kataterizasyonu, minimal invaziv cerrahi girişim

TP-15

Çocuk Acil Servisinde Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu İle Müşahadeye Alınan Çocukların Nebul Tedavisi Hakkında Tutumları Ve Bilgi Düzeyleri

Türkan Yılmaz, Derya Kılınç, Recep Memiş, Aysun Şengör
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akut alt solunum yolu enfeksiyonu, tüm dünyada özellikle erken çocukluk döneminde en sık hastaneye yatış nedenidir. Günümüzde nebulizatörle aerosol ilaç kullanımı solunum yolu hastalıklarında, lokal ve hızlı etki sağlamanın yanı sıra, sistemik yanetki azlığı nedeniyle her geçen gün artmaktadır. Ancak nebulizatör kullanımı, kullanılan ilacın uygun koşullarda verilmesi tedavinin etkinliği belirlemektedir.

AMAÇ: Ebeveynlerin nebulizatör kullanımı hakkında tutumları, nebulizatörle uygulanan tedavi hakkında bilgi düzeylerini ve eğitim ihtiyaçlarını belirlemek.

GEREÇ YÖNTEM: Araştırmanın evrenini bir dal hastanesinin, çocuk acil servisi müşahadesinde alt solunum yolu enfeksiyonuyla takip edilen 157 hastanın ebeveyni oluşturmaktadır. Araştırmacı tarafından literatür taraması sonucu oluşturulan sosyodemografik özellikler, nebulizatör tedavisi hakkında tutum ve bilgi düzeyini belirlemek üzere, üç aşamalı bilgi toplama formu uygulanmıştır. Çalışma SPSS 22 programı ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya katılan ebeveynlerin %84,1'i anne, %41,4'ü 31-40 yaş arasında, %59,8 'u ortaöğretim düzeyindedir. %50,3 hasta daha önce nebul tedavisi verdiğini, %44,6'ü evinde nebulizatör bulunmakta olduğunu bildirmiştir. %79,0 nebul kullanımını gerekli, %10,8 zaman kaybı olarak gördüğünü, %14,0 çocuğu istemezse nebul vermiyeceğini bildirmiştir. %51,6 kullanılan ilaçları, %68,2 ilaçların kullanımını, %78,3 hangi pozisyonunda verileceğini bildirdiğini ifade etmiştir. %22,3 uyurken ilaç vermeye gerek olmadığını %70,7 oturur pozisyonunda ilaç verilmesi gerektiğini, %49,0 yatar pozisyonunda ilaç verilemeyeceğini, %47,8 nebul tedavisinden sonra yüzünü yıkamaya gerek olmadığını, %38 tedaviden sonra su içirilmesi gerektiğini, %58 bebeğin ağzına emzik varken hava verilemeyeceğini bildirmiştir. Maske temizliğinde %47,8 dezenfektan kullanılabileceğini, %39,5 70 derecede yıkanarak dezenfekte edilebileceğini, %72 kaynatılmış su ile durulanması gerektiğini, %83,4 kurutularak kullanılması gerektiğini, %84,7 her kullanım sonrası maske temizliği yapılması gerektiğini ifade etmiştir. %85,4 haznedeki kalan ilacın dökülmesi gerektiğini, %94,9 her hastaya maskenin özel olduğunu, %82,8 maskelerin üç ay kullanılabileceğini bildirmiştir. %87,3 ilaçları ışıktan korunmalı, %94,6 ilaç verirken haznenin dik olması gerektiğini bildirmiştir. Eğitim durumu ile tutum arasında ilişki p:0,194, eğitim ile bilgi düzeyi arasında ilişki p:0,163 olarak bulunmuştur.

SONUÇ: Hastane başvuruları sağlık çalışanları tarafından, fırsat olarak görülmeli ebeveynlerin tutumları ve bilgi düzeyleri iyileştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alt Solunum Yolu Enfeksiyonu, Çocuk, Ebeveyn, Nebul,



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



TP-16

Çölyak hastalığında buz dağının bilinmeyen yüzü; Juvenil rekürren parotit

Đoruk Özbingöl¹, Nafiye Urgancı², Ayşe Ayşim Özağarı³, Ayşe Merve Usta²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji, İstanbul

AMAÇ: Juvenil rekürren parotit(JRP), özellikle puberte öncesi çağda geçirilen iki ve üzeri nonsüpüratif, nonobstrüktif parotis bezi inflamasyon atağı ile prezente olur. Çocukluk çağının kabakulaktan sonra en sık görülen tükürük bezi hastalığıdır. Etyopatolojisi bilinmemekle beraber parotis bezlerinin konjenital malformasyonlarının, atopinin, immün yetmezliklerin ve Sjögren sendromu, sarkoidoz gibi otoimmün hastalıklarının juvenil rekürren parotit ile birlikteliği bildirilmektedir. Literatürde çölyak hastalığı ile birlikteliği bildirilmemiştir. Bu olgu sunumunda tekrarlayan parotit ve çölyak hastalığının birlikteliği irdelenmiştir.

OLGU: On yaşında kız hasta, 5 yaşından beri yılda bir kez parotit geçirme tablosu ile getirildi. Özgeçmişinde, 5 yıldan beri yılda bir kez tek taraflı parotit geçirdiği ama son bir yılda iki kez tekrarlayan bilateral yanaklarda parotis lojuna uygun alanlarda kızarıklık, şişlik ve ağrı şikayetlerinin geliştiği, oral antibiyotik tedavisi ile ortalama bir hafta içinde atakların gerilediği öğrenildi. Fizik muayenede ateş 36,5°C, KTA:80atım/dk, solunum sayısı 16/dk, baş boyun muayenesi doğal, batın rahat saptandı. Batında defans rebound bulgusu yoktu. Cilt muayenesi doğaldı. Nörolojik muayene doğaldı, nöromotor gelişim geriliği saptanmadı. Boy 148cm ve vücut ağırlığı 49kg her biri 90 persentildehydi. Laboratuar incelemesinde lökosit 8.550uL, eritrosit sedimentasyon hızı 21mm/saat, CRP 1,46mg/L saptandı. Periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. Serum Total protein 7.2g/dl, Albumin 4.4g/dl ferritin 14,1ng/ml, B12 201pg/ml, folik asit 4,93ng/ml, IgG 991mg/dl, IgA 71mg/dl, IgM 107mg/dl düzeyleri yaşına uygun aralıkta görüldü. Toksoplazma, Rubella, Sitomegalovirüs IgM, Salmonella ve Brusella tüp aglütinasyonları, Epstein-Barr Virüs VCA-IgM ve IgG negatif saptandı. Romatoid faktör, antinükleer antikor, anti-deoksiribonükleik asit, anti-SSA, anti-SSB antikorları negatif olmakla birlikte doku transglutaminaz IgA 224IU/ml ve IgG 71IU/ml pozitif saptandı. Olgunun duodenum materyalinin histopatolojik incelemesinde total villöz atrofi, kriptlerde hipertrofi, intraepitelyel lenfosit artışı görüldü. Çölyak diyetine alınan olgu halen izlemimizdedir.

SONUÇ: Literatürde çölyak hastalığı ile parotit birlikteliğine rastlanmamakla birlikte tekrarlayan parotit yakınması olan olgularda ülkemizde sık rastladığımız bir otoimmün hastalık olan çölyak hastalığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çölyak hastalığı, otoimmün hastalıklar, tekrarlayan parotit

TP-17

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu olan Çocuk ve Ergenlerde Eşlik Eden Psikiyatrik Bozukluklar

Sibelnur Avcil

Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

AMAÇ: Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuk ve ergenlerin yarısından fazlasında ek psikiyatrik bozuklukların olduğu bilinmektedir. Eşlik eden psikiyatrik durumlar belirtilerin görünümünü ve şiddetini, bozukluğun uzun dönemde seyrini, tedaviye yanıtı ve yaşam kalitesi algısını etkilemektedir. Bu çalışmanın amacı DEHB tanısı olan çocuk ve ergenlerde ek psikiyatrik bozuklukların sıklığını ve dağılımını araştırmak ve yaş, cinsiyet ve DEHB alt tipleri ile ilişkisini incelemektir.

YÖNTEM: Çalışmaya Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'ne başvuran ve DSM-V ölçütlerine göre DEHB tanısı alan 154 çocuk ve ergen alınmıştır. Psikiyatrik değerlendirme yarı yapılandırılmış bir tanı aracı olan Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi-Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli (CDŞG-ŞY) ile yapılmıştır.

BULGULAR: Yüz yedi olgu (%69.5) en az bir psikiyatrik ek tanı almıştır. En sık eşlik eden psikiyatrik tanımlar yıkıcı davranış bozuklukları ve kaygı bozuklukları olmuştur. Psikiyatrik tanı sıklığı ve dağılımı üzerine cinsiyetin etkisi bulunmamış, ergen grubunda davranım bozukluğu, duygudurum bozuklukları ve madde kullanımı çocuk grubuna göre daha sık görülmüş, DEHB - Birleşik alt tip tanısı alanlarda yıkıcı davranış bozukluklarının daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir.

SONUÇ: Çalışmamızda DEHB tanısı alan olgularda psikiyatrik ek tanı sıklığı daha önce yapılan çalışmalara benzer şekilde yüksek bulunmuştur. DEHB belirtilerini değerlendirirken eşlik eden psikiyatrik durumların da sorgulanması önemlidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, ergen, psikiyatrik eştanı



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



TP-18

Yeni Tanı İdiyopatik Epilepsili Çocukların Ani Beklenmedik Ölüm Riski Açısından Değerlendirilmesi

Öykü Tosun¹, Elif Karatoprak²

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Ani kardiyak ölüm özellikle pediatrik popülasyonda doğrudan epilepsi ile ilişkili bulunmuştur. Elektrokardiyografi ile QT ve P dalga dispersiyonu değerlendirilmesi sırasıyla atriyal ve ventriküler repolarizasyon bozukluğunun değerlendirilmesinde non-invazif, basit, ucuz bir yöntemdir. Yapılan çalışmalar artmış QT ve P dalga dispersiyonu bulgularının ani kardiyak ölümle ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada yeni tanı almış kardiyak olarak asemptomatik olan idiyopatik epilepsili çocukların QT ve P dalga dispersiyonlarını değerlendirirerek ani beklenmedik ölüm riskini saptamayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: 30 yeni tanı almış tedavi başlanmamış idiyopatik epilepsili hasta (15 kız, 15 erkek; ortalama yaş 129.94 ± 32.87 ay; 72 - 192 ay) çalışma grubu olarak ve 40 sağlıklı, vücut kitle indeksi ve yaş olarak uyumlu çocuk (20 erkek, 20 kız; ortalama yaş 127.62 ± 42.016 ay; 75 - 186 ay) kontrol grubu olarak çalışmaya dahil edildi. Çalışmaya dahil edilen tüm bireyler elektrokardiyografi ile değerlendirildi.

BULGULAR: Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve vücut kitle indeksi açısından anlamlı fark saptanmadı. Hasta grubunda kalp hızına göre düzeltilmiş QT (QTc) mesafesi, QT interval dispersiyonu, P dalga dispersiyonu kontrol grubu ile kıyaslandığında istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulundu ($p < 0.005$)

SONUÇ: Epileptik nöbetler belirgin yapısal kardiyak ve ya elektrofizyolojik bozukluk olmasa bile kardiyak fonksiyonları bozabilir. Yapılan çalışmalar ventriküler repolarizasyon bozukluğunu gösteren uzamış QTc intervalinin ve artmış QT intervali dispersiyonun, atriyal repolarizasyon anormalliğini yansıtan artmış P dalga dispersiyonun ani kardiyak ölüm ile yakından ilişkisi olduğunu göstermiştir. EKG gibi oldukça basit, ucuz ve kolay ulaşılabilen tanısal bir araçla bu değerler hesaplanabilmektedir. İdiyopatik epilepsi tanısı almış hastalarda tanı, tedavi ve takip süresince ani ölüm riskini belirlemek için EKG kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, elektrokardiyografi, ani ölüm

TP-19

Çocuk yoğun bakımda invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı prognozu etkileyen bağımsız bir risk faktörüdür

Fatih Aygün¹, Gökçe Velioğlu Haşlak², Melis Akpınar², Cem Arat², Alper Kaçar³, Hasan Dursun⁴

¹Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

²Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

³Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Acil, İstanbul

⁴Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Okmeydanı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Nefrolojisi, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Mekanik ventilasyon (MV) çağdaş yoğun bakım anlayışının en önemli parçası ve yoğun bakımlara yatışların en sık nedenlerinden biridir. MV bağlanan hastaların genel olarak bağlanmayan hastalara göre genel durumlarının kötü olması ve MV'nun beraberinde getirdiği riskler nedeni ile mortalite hızları yüksektir. Biz de bu çalışmayı planlarken MV uygulamalarını ve MV ile prognoz arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: SBÜ, Okmeydanı SUAM, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde Ekim 2016 ile Aralık 2017 tarihleri arasında yatırılan 420 hastanın bilgileri retrospektif olarak dosyalar ve elektronik kayıt sistemleri incelenerek toplandı. Non-invaziv MV yapılan hastalar çalışmaya alınmadı. İstatistiksel analizde SPSS programı (20.0 sürümü, IBM Company, SPSS Inc.) kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık p değerinin 0,05'in altı olarak kabul edildi.

BULGULAR: MV uygulanan ve uygulanmayan hastalar arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından anlamlı farklılık gözlenmemekle birlikte MV uygulanan hastaların PRISM-III skoru, yatış süresi, inotrop kullanımı ve mortalite oranları ise anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Gelişmiş ülkelerde ÇYB hastaları ve bu hastalara uygulanan tedaviler ile ilgili yeterli araştırma ve literatür birikimi bulunmasına rağmen ülkemizde oldukça sınırlı çalışma vardır. Hacettepe ve Dokuz Eylül ÇYB üniteleri tarafından yapılan çalışmalarda akut solunum yetmezliği ÇYB'a yatışın en sık nedeni olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda da 420 hastanın 152'si (%36,2) akut solunum yetmezliği tanısı ile yoğun bakıma yatırıldığı ve 119'unun entübe takip edildiği saptanmıştır. Bizim çalışmamızın farklılığı NIV yapılan hastaların çalışmaya dahil edilmemesidir. Ağın ve arkadaşlarının çalışmasında MV desteği alan ve kronik hastalığı olan hastalarda mortalite oranının istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da MV ihtiyacı olan hastaların PRISM-III skoru yüksek, yatış süresi uzun, inotrop ihtiyacı fazla idi. Ayrıca mortalite, MV uygulanan hastalarda anlamlı yüksekti. Çocuk hastalarda MV ihtiyacının prognoz açısından bağımsız bir risk faktörü olduğu bu çalışma ile gösterilmiş olup bizim bu düşüncemizi destekleyecek daha fazla hasta sayısı içeren prospektif ve çok merkezli çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: mekanik ventilasyon, prognoz, yoğun bakım



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-21

Otizm Spektrum Bozukluğu mu yoksa bir Metabolik Hastalık Mı?

Hilal Karaoğlu¹, Beyza Belde Doğan², Necati Taşkın³, Abdurrahman Akgün², Hasan Önal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Vitamin B12 ve folat, merkezi sinir sisteminin gelişimi, farklılaşması ve işlevselliğinde oldukça önemli bir yere sahiptir. Bu vitaminler DNA ve protein sentezi için gerekli olan metil gruplarının temininden sorumlu metiyonin-homosistein yolağında görev alırlar. Bu yolla kobalamin metabolizma bozukluklarının erken ve geç başlangıçlı olmak üzere iki farklı klinik fenotipi vardır. Patogenezi asıl sorumlu olan, B12 vitamininin karaciğer'de adenosil kobalamin ve metil kobalamine dönüşmemesidir; bu nedenle enzim disfonksiyonuna bağlı metilmalonik asit ve homosistein artışı ile sonuçlanır. Dış merkezde OSB tanısı alan; anemi saptanması nedeniyle tetkik edilirken, aslında nadir görülen otizm benzeri klinikle presente olduğu anlaşılan bir kobalamin metabolizma bozukluğu hastası anlatılmıştır.

OLGU: Halsizlik, uykuya meyil şikayeti ile polikliniğe getirilen 6 yaş kız hastanın, 3 ay önce otizm tanısı aldığı ve anemi saptanması nedeniyle tetkik amaçlı getirildiği öğrenildi. Tetkik sonrası senkop atağı gözlenen hastanın ağırlı uyarana yanıtı alınamadı; izlem süresinde nistagmus, taşikardi ve desatürasyon gözlenen hastanın bu durumu konvülsiyon lehine değerlendirilerek yoğun bakıma yatırıldı. Tetkiklerinde makrositer ve megaloblastik anemi; beyin ve spinal kontrastlı MR görüntülemesinde infarkt alanı, bilateral periventriküler lökomalazi, bilateral serebral hemisferde subdural efüzyon, diffüz leptomeningeal kontrast tutulumu, superior saggital sinus ve transvers sinüste tromboz saptandı. Vitamin B12 ve folat düzeyi normal olan hastanın izleminde sol bacakta yaygın ödem gözlemlendi. Bunun üzerine bakılan alt ekstremitte doppler USG'de sol alt ekstremitte tüm derin venöz yapılarda tromboz görüldü. Bu süreçte alınan metabolik tetkikler sonuçlandı: kan homosistein:50 Mmol/L, metiyonin: 4.7 (11-37) uM/L; homosisteinüri ve metilmalonik asidüri olduğu görüldü. Bunun üzerine hastada kobalamin metabolizma bozukluğu düşünülerek vitamin B12 +folik asit +betain (0.2gr/kg/gün)+ Heparin sc 100 Ü/Kg tedavisi başlandı. Genetik analiz için numune gönderildi. OSB tanısı alan hastaların, altta yatan metabolik hastalıklar açısından dikkatlice tetkik edilmesi gerekmektedir. Kobalamin metabolizma bozukluklarının klinik prezentasyon açısından geniş bir yelpazesi bulunmaktadır. Sadece anemisi olan çocuklarda değil otizm, tromboz gibi az rastlanan klinik bulgulara da ayırıcı tanı açısından akıld tutulması gerekir.

Anahtar Kelimeler:

anemi,homosistein,kobalamin,metilmalonik asit,otizm,tromboz

TP-22

Akut GIS Kanamanın Nadir Bir Nedeni: Katastrofik Antifosfolipid Antikor Sendromu

Leyla Telhan, Yöntem Yaman, Ceren Sultan Altay, Mahmut Çelebi, Gökhan Baysoy, Murat Elli
Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Antifosfolipid antikor sendromu (AFS), tekrarlayan arteriyel ve/veya venöz trombozlar, başka nedenlerle açıklanamayan fetal kayıplar (tekrarlayan abortus ve/veya olu doğum), trombositopeni, livedo retikularis, kardiyak ve nörolojik semptomlar ile karakterize, serumda antifosfolipid antikor (AFA) varlığı ile giden bir sendromdur. Antifosfolipid antikorlar genç sağlıklı bireylerde de %1-5 oranında saptanabilir. "Katastrofik AFS" çok sayıda organda akut damar tıkanıklığı ve multipl organ yetmezliği ile ağır seyreden ve çoğu zaman mortalite ile sonlanan, nadir görülen diğer bir AFS formudur.

OLGU: 17 yaşında kız hasta, karın ağrısı ve abondan kanlı kusma şikayeti ile başvurduğu dış merkezde hemorajik şok tedavisi uygulanarak ve Sangstaken Blakemore tüpü takılarak tarafımıza yönlendirildi. İlk yapılan değerlendirmede bilinç açık, koopere, dispneik, taşipneik, taşikardik ve normotansifti. Batın distandü, oldukça hassas ve barsak sesleri alınmıyordu. Solunum sıkıntısının derinleşmesi ve desatüre olması üzerine entübe edildi. Doppler USG'sinde portal vende ve vena cava inferiora trombus saptanması üzerine düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Parasetez yapılarak, hemorajik ve fekaloid materyalin gelmesi üzerine drenaja alındı. AFA, ANA ve Anti-Ro antikorlarının da pozitif gelmesi üzerine katastrofik AFS düşünülerek hastaya plazmaferez ve Rituximab tedavisi başlandı. Hastaya 2 kez laparotomi yapıldı ve batında Treitz ligamanı seviyesinden rektuma kadar intestinal sistemde nekroz saptanarak rezeke edildi. Birbirine anastomoze edilecek sağlam dokular olmaması sebebiyle sadece drenaj kateteri yerleştirilerek kapatıldı. Çoklu antibiyoterapi ve total parenteral beslenme uygulanan hastanın yoğun bakım ünitesinde yatışı devam etmektedir.

SONUÇ: Katastrofik AFS'li hastalar, tutulum yerine göre farklı semptomlarla karşımıza çıkabilir. Tanıda gecikme mortalite riskini arttırmaktadır. GIS kanama bunların içinde nadir karşılaşılan bir durum olup etiyolojisi belli olmayan GIS kanamalı hastalarda bu tanı da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: GIS Kanama, Antifosfolipid Antikor, İntestinal Nekroz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-23

Annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımı hakkında bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi

Zeynep Yılmaz, Güzin Zeren Öztürk

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Antibiyotik direnci tüm dünyayı etkileyen bir tehdittir. Çocukluk çağında yaşanan enfeksiyonların birçoğunda asıl etkenler virüsler olmasına rağmen halen antibiyotik reçetelenme oranı yüksektir. Bu durumu etkileyen faktörlerden biri de şüphesiz başta anneler olmak üzere ebeveynlerin enfeksiyonlar ve antibiyotikle ilgili yaklaşım ve tedavi konusunda gecikme ile ilgili endişeleridir. Bu nedenle çalışmamızda annelerin çocuklarında antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi, tutum ve davranışlarını araştırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2018 tarihinden itibaren, çalışmaya katılmayı kabul eden, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesine herhangi bir nedenle başvuran en az bir çocuğu olan anneler alındı. Katılımcılar yüz yüze anket yöntemi uygulanarak sorgulandı. Sosyodemografik verilerin yanı sıra antibiyotikler hakkında bilgi tutum ve davranışlarının sorgulandığı 20 soruluk anket uygulandı. T-testi, ki-kare testleri kullanılarak verilerin analizleri yapıldı; $p \leq 0,05$ anlamlı olarak kabul edildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 217 anne katılmış olup 35 yaş ve altında olan bireyler %66,3; 6 yaş altında çocuğu olanların sayısı 177 idi. Katılımcıların 127(%58,5)'si sağlıkla ilgili bilgileri almak için en sık internete başvurduğunu belirtirken 121(%55,8) katılımcı çocuk her hastalandığında antibiyotik kullanımı gerekli değildir diye düşünüyordu. Ancak grip ve nezle gibi hastalıklarda antibiyotik tedavisinin gerekli olduğunu düşünen 182(%83,9) kişiydi. Antibiyotiklerin virüslere etkili olduğunu düşünenler %41,5'di. Katılımcıların 116(%53,5)'si evinde her zaman antibiyotik bulundurmadığını belirtirken, 122(%56,6)'si çocuğuna doktor önerisi olmadan geçen yıl üçten fazla antibiyotik kullanmadığını belirtmişti. Katılımcıların 153(%70,5)'ü doktor tarafından yazılan antibiyotiğin bitirilmesi gerektiğini düşünüyordu. Eğitim düzeyi, yaş ve çocuk sayısı ile doktor önerisi olmadan antibiyotik kullanma arasında ilişki saptanmadı ($p > 0,05$).

SONUÇ: Antibiyotik direncinin önlenmesinde hekim tutumlarının yanı sıra başta anneler olmak üzere ebeveynlerin eğitiminin de önemi büyüktür. Bu nedenle toplumsal farkındalığın artırılması çalışmalarına hız verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Akılcı ilaç, antibiyotik direnci, enfeksiyon

TP-24

Prematüre Yenidoğanda Midazolamın Tetiklediği Konvülsiyon; Olgu Sunumu

Emre Dincer, Özge Sağlam, Gökhan Büyükkale, Merih Çetinkaya
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde sedasyon ve konvülsiyonların kontrolünde yaygın olarak kullanılan midazolamın, son yıllarda etkinliği ve güvenliliği hakkında soru işaretleri artmaktadır. Midazolamın; prematürelerde GABA reseptörlerinin inhibitör değil de; eksitator etkili olması sebebiyle konvülsiyon aktivitesini artırdığı ve klinik kötüleşmeye yol açtığını bildiren raporlar mevcuttur. Sedasyon amaçlı kullandığımız midazolamın myoklonik konvülsiyonlara ve EEG'de ciddi bozulmaya yol açtığı bu olgu; literatürde nadir bildirilmiş olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU SUNUMU: 31 yaşındaki anneden 32 gestasyon haftasında 1845 gr olarak C/S ile doğan olgu; prematürite ve solunum sıkıntısı ön tanıları ile ünitemize yatırıldı. Takibinde respiratuar distress sendromu nedeniyle bir kez süfaktan alan ve toplam 4 gün solunum desteği uygulanan hastanın kranial ultrasonografi takiplerinde sağda evre 3 solda evre 1 intrakranial hemoraji saptanmış ancak konvülsiyon gözlemlenmeyip, kranial manyetik rezonans görüntüleme (MRG) planlanmıştır. Postnatal 22. gününde anestezi eşliğinde kranial MR çekimi öncesi konvülsiyonu olan hastanın MR görüntüleme öncesi anestezi kliniği tarafından midazolam uygulandığı ve yaklaşık 1 dakika sonrasında konvülsiyonun başladığı ve MRG'nin iptal edildiği öğrenildi.

Fizik muayenede; hastanın hipotonisite ve konvülsif aktivite dışında patolojik özellik gözlenmedi. Tüm ekstremitelerde miyoklonik atım şeklinde konvülsiyonu olan hastaya 20 mg/kg intravenöz fenobarbital yüklenerek 3 mg/kg/gün dozunda idame edildi. Kan şekeri, tam kan sayımı ve serum elektrolitleri normaldi, enfeksiyon belirteçleri negatifken BOS örneklemesinde menenjit bulgusu saptanmadı. Hasta amplitüdü EEG (aEEG) ile monitorize edildi ve konvülsiyonlar teyit edildi.

Takibinde klinik konvülsiyonları olmayan ve aEEG'de normal uyku uyanıklık paterni gözlenen hastanın MRG yapılması öncesi tekrar midazolam intravenöz uygulanması sonrası miyoklonik konvülsiyonlarının tekrar gözlemlendi ve hastada midazolamın tetiklediği konvülsiyon düşünüldü. Takip eden 24 saat içerisinde konvülsiyonları tamamen gerileyen hastanın kranial MR ve metabolik tarama testleri normal saptandı. Takiplerinde konvülsiyonu tekrar etmeyen hasta ayakta takibe alınarak yatışının 10. gününde oral fenobarbital tedavisi ile taburcu edildi. Kontrol EEG normal olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Midazolam özellikle prematüre bebeklerde eksitator etkisi ve olası kötü nörogelişimsel etki nedeniyle dikkatle kullanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: midazolam, prematürite, konvülsiyon



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-25

Umbilikal kateterizasyona sekonder gelişen ciddi portal hipertansiyon ve varis kanaması: Olgu sunumu

Günsel Kutluk¹, Hatice Baba²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde (YDYBÜ) prematüre bebeklerin tedavi sürecinde sıklıkla umbilikal venöz kateterizasyon (UVK) uygulanmaktadır. Bununla birlikte UVK'nın malpozisyonu portal ven trombozu ve sonrasında portal hipertansiyon gelişimi gibi ciddi morbidite ile seyreden komplikasyonlara neden olabilir. Burada yenidoğan döneminde UVK uygulanan ve sonrasında portal ven trombozuna bağlı ekstrahepatik portal hipertansiyon ve özofagus varis kanaması ile gelen bir olgu sunulmuştur.

OLGU: 6 yaş 4 aylık erkek hasta trombositopeni ve splenomegali nedeniyle takipli olduğu Çocuk Hematoloji polikliniğine ateş, öksürük, solukluk ve halsizlik ile başvurdu. Tetkiklerinde derin anemi saptanması üzerine servise yatırıldı. Hastanın öyküsünde prenatal hidrosefali nedeni ile takip edildiği, postnatal asfiktik doğum ve solunum sıkıntısı nedeni ile YDYBÜ'ne yatırıldığı ve göbek kateteri takıldığı öğrenildi. Grade 4 intrakranial kanama nedeni ile iki aylıkken şant takılan hasta nöromotor sekilli idi ve epilepsi nedeniyle topiramet kullanıyordu. Servisteki izleminde anemisi derinleşen ve melenası gözlenen hastanın gastrointestinal sistem kanamasına yönelik yapılan endoskopisinde 4 adet grade 3 özofagus varisi saptandı ve band ligasyonu yapıldı. Bunun üzerine planlanan portal venöz sistem doppler ultrasonunda karaciğer parankiminde heterojenite ve kabalaşma, portal ven çapı 7 mm, dalak hilusunda splenik ven çapı 10 mm, portal ven hilus düzeyinden parankimal dallarına dek seçilememesi, hilus düzeyinde tortuöz, dilate vasküler yapılar izlendi. Olgumuzdan kronik karaciğer hastalıklarına yönelik tetkikler alındı ve kontrol endoskopisi ve tedavisi planlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Umbilikal venöz kateterin yanlış yerleştirilmesi travmatik hepatik hasar, portal ven trombozu gibi ağır akut hasarların yanı sıra ilerleyen dönemlerde portal hipertansiyon ve özofagus varislerine sekonder kanama ile ciddi morbiditelere yol açabilir. Yerleştirilen kateterin kullanılmadan önce pozisyonunun grafi ve ultrason ile doğrulanması komplikasyon gelişimini en aza indirebilir.

Anahtar Kelimeler: göbek kateterizasyonu, portal ven trombozu, özofagus varisi

TP-26

Neonatal Postasfiksiyal Sendromda iki ilginç soru: Hipotermiye maruziyet korur mu? Hipotermi uygulayalım mı?

Duygu Besnili Açar, Ali Bülbül, Sinan Uslu, Ebru Türkoğlu Ünal, İlker Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel, Ahmet Tellioglu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Perinatal asfiksi; herhangi bir nedenden dolayı plasental veya pulmoner gaz değişiminin kesintiye uğramasına bağlı gelişen hipoksemi, hiperkapni ve metabolik asidoz tablosudur. Perinatal asfiksiye maruz kalmış ve orta/ağır hipoksik iskemik ensefalopati saptanan bebeklerin nörolojik durumlarını iyileştirmede bilinen en etkin tedavi modeli medikal hipotermidir. Olgumuz postnatal asfiktik bir bebek olması nedeniyle medikal hipotermi yönetiminin tartışılması amacıyla literatür bilgileri eşliğinde sunulmuştur.

OLGU: 20 yaşındaki hasta doğum yapıp, bebeği çantasına koymuş ve vajinal kanaması devam ettiğinden kadın doğum acile başvurmuştur. Çantasından bebek sesi duyulup açıldığında, siyanotik bebek bulunarak yenidoğan kliniğine getirildi. Bebeğin muayenesinde; tartısı 3000gr, rektal vücut sıcaklığı 31°C, kalp atım hızı <100/dk ve spontan solunumu yoktu. Yaklaşık 45 dakika resusite edilen bebeğin kalp atım hızı >100/dk, tonusu iyi ve vücut sıcaklığı 32 °C'ye yükselmişti. Kan gazında pH: 7,17, pCO₂: 59,2 mmHg, HCO₃: 21,9 mmol/l, BE: -6,5 mmol/l, Laktat: 10,2 mmol/L'dü. Tonusu iyi ve spontan solunumu başlayan bebek ekstübe edildi. Kan gazı parametreleri aktif hipotermi kriterlerini sağlamayan, ensefalopati tablosu gözlenmeyen ve yaklaşık 1 saatlik aEEG monitörizasyonu normal olan bebeğe medikal hipotermi uygulanmadı. Vücut sıcaklığı saatte 1 °C olacak şekilde artırıldı. Bebeğe beyin MR, BERA ve VEP testleri yapıldı, hepsi normal saptandı. Anne ile ilgili yasal işlemlerin başlatılması nedeniyle bebeğimiz postnatal 60. gününde çocuk esirgeme kurumuna teslim edildi. Postnatal 9. ayındaki bebek şu an oral beslenebilmekte ve nörolojik gelişimi ve büyüme izlemi takvim yaşına göre normal seyretmektedir.

SONUÇ: Perinatal asfiksi hayatın en büyük trajedilerinden birisidir. Bizim olgumuz bu durumun ötesinde postnatal asfiksiye uğramış, postasfiksiyal sendrom kavramı içerisinde yer almaktadır. Neonatal ya da süt çocukluğu dönemlerinde postasfiksiyal durumlarda tedaviyle ilgili net bir veri olmamakla birlikte erişkinlerde ve pediatrik hastalarda ventriküler fibrilasyon ve suda boğulma gibi durumlarda teröptik hipotermi uygulandığı bilinmektedir. Hastamızın medikal hipotermi uygulama endikasyonunda değerlendirilmemesi dikkatle alınacak bir karardır. Bu karar ile prognozunun iyi olmasında kısa süreli maruz kaldığı derin hipotermi etkisi olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Postasfiksiyal sendrom, Medikal hipotermi, Yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-27

Geç Preterm ve Term Bebeklerde Surfaktan Kullanımının Solunumsal Parametrelere Etkisi

Sinan Uslu, Duygu Besnili Açar, Ebru Türkoğlu Ünal, Ali Bülbül, İlkey Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Surfaktanın ileri derece preterm bebeklerin respiratuvar distres sendromunda (RDS) kullanımı kanıta dayalı rutin bir uygulama iken son yıllarda geç preterm ve term bebeklerde RDS dışındaki hastalıklarda (konjenital ve edinsel pnömoni, mekonyum aspirasyon sendromu (MAS), pulmoner hemoraji (PH)) kullanımı yaygınlaşmaktadır. Çalışmamızda geç preterm ve term bebeklerde surfaktan kullanımının solunumsal parametreler üzerine etkisi değerlendirildi.

MATERYEL METOD: 1 Ocak 2015-31 Mart 2016 tarihlerinde Şişli Etfal Eğitim Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde surfaktan uygulanan geç preterm ve term hastaların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Bebeklerin tanıları, surfaktan sayısı, mekanik ventilatör, CPAP, küvöz içi oksijen, yatış süreleri çalışma formuna kaydedildi. Gebelik haftası ≥ 37 bebekler grup 1, 34+0/7-36+6/7 grup 2 olarak adlandırıldı. Bebeklerin solunumsal parametreleri ve hospitalizasyon özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Grup 1 de 11 (%36) ve grup 2 de 19 (%64) olup, 30'unun verilerine ulaşıldı. Grup 1'in ortalama doğum ağırlığı 3369,1 $\pm$ 427,3 iken grup 2 de 2482,9 $\pm$ 645,2 idi. Gruplar entübasyon süresi, CPAP süresi, toplam oksijen alma süresi ve hastanede yatış süreleri açısından karşılaştırıldığında aralarında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı. Gruplar etyolojileri açısından değerlendirildiğinde ise grup 1 de RDS dışı kullanım % 81,8 iken grup 2'de %63,2 olup istatistiksel anlamlı fark yoktu. Grup 1'de surfaktan verilen bebeklerin 2'si (%18) RDS, 5'i (%45) konjenital pnömoni, 3'ü (%27) MAS ve 1'i (%9) ise edinsel pnömoniydi. Grup 2'de etyolojik nedenlere bakıldığında 7 (%36) RDS, 9 (%47) konjenital pnömoni ve 3 (%15) hidrops fetalis tespit edildi. Her iki grupta da mortaliteler benzer olup sırasıyla 2 (%18,2) ve 3 (%15,8) idi.

TARTIŞMA: Surfaktanın alveol yüzey gerilimini azaltarak solunumsal mekanikleri olumlu etkilediği bilinmektedir. Geç preterm ve termelerde surfaktanın primer eksikliğinden öte inaktivasyonu ile ortaya çıkan sekonder surfaktan eksikliği MAS, konjenital ve edinsel pnömoni gibi durumlarda karşımıza çıkmaktadır. Bu hastalarda surfaktan kullanımı yaygınlaşmaya başlamış olup; optimal zamanlama, doz, uygulama sıklığıyla ilgili randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: geç preterm, sekonder surfaktan eksikliği, term

TP-28

Portal ven trombozuna bağlı dirençli özafagus varis kanamasında parsiyel splenik embolizasyon

Özgecan Avcı¹, Nafiye Urgancı¹, Aylin Bayrak Hasanefendioğlu², Özlem Durmaz³, Ilgin Özden⁴

¹Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Genel Cerrahi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Portal ven trombozuna bağlı hipersplenizm ve portal hipertansiyon kanaması yaşamı tehdit eden ciddi bir komplikasyondur. Tedavilere yanıtız hipersplenizmi olan, tekrarlayan varis kanamaları olan olgularda parsiyel splenik embolizasyon uygulanabilir. Bu olgu ile portal ven trombozuna bağlı dirençli özafagus varis kanaması nedeni ile parsiyel splenik embolizasyon tartışılmıştır.

OLGU: 3 yaşında erkek hasta, üst gastrointestinal kanama ile acilimize getirildi. Öz ve soygeçmişinde bir özellik olmayan olgunun 2 yıl önce huzursuzluk nedeni ile başvurduğu, hepatosplenomegali nedeni ile tetkik edildikleri ancak bir tanı konulamadığı öğrenildi. Genel durumu ajite, cilt soluk görünümlü; KTA 140 dak/ritmik, apekte 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm saptandı. Karaciğeri midklavikuler hatta 2 cm, dalak orta sertlikte 8 cm palpe edildi. Hgb:7,1 gr/dl, Hct:%24, trombosit:67000/mm³ saptandı. Ultrasonografik incelemede karaciğer parankimi yaygın olarak kaba heterojen gözlemlendi. Endoskopik incelemede evre 3 özefagus varisi gözlemlendi. Batın Magnetik Rezonans görüntülemesinde portal ven sağ ve sol ana dallarında kronik trombotik değişiklik ve paraözefageal alanda ve dalak hilus komşuluğunda variköz yapılar izlendi. 9 ay süresince 6 kez endoskopik band ligasyonu işlemi uygulanmasına rağmen 1,5 yıl sonra tekrar şiddetli varis kanaması ile başvurdu. Endoskopik incelemede varislerin özofagus proksimaline kadar uzadığı, yeni gelişmekte olan multipl varisler ve portal gastropati gözlemlendi. Tri-fazik BT de portal ve splenik ven çevresinde oldukça geniş variköz venler saptandı. Olgunun damarsal yapıları ve çocuğun yaşının küçüklüğü dikkate alınarak olası nüks kanamayı önlemek için parsiyel splenik embolizasyon kararı alındı. Splenik arter alt pol segmenter arter embolizasyonu ile %30 oranında parsiyel embolizasyon sağlandı. Yaklaşık 2 ay sonra melana şikayeti ile başvuran olguya nüks kanama nedeniyle dalak orta kesim segmenter arter embolizasyonu ile %40-50 parsiyel embolizasyon sağlandı. MRG de; dalak boyutunda yaklaşık %25-30 küçülme saptandı. İzleminde bir komplikasyon gelişmeyen, trombosit sayısı giderek artan olgu kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Uzun süreli etkileri bilinmemekle birlikte portal hipertansiyon olan hipersplenizmi ve tekrarlayan varis kanamalı küçük çocuklarda parsiyel splenik embolizasyonun etkili ve güvenilir bir tedavi yöntemi olabileceği kanaatine varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: parsiyel splenik embolizasyon, portal hipertansiyon, hipersplenizm, tekrarlayan varis kanaması



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TP-29

Ateş nedeniyle yatırılan yenidoğan bebeklerde saptanan etkenler ve bakteriyel etkenleri ön görmede kullanılan parametrelerin değerlendirilmesi

Ali Bülbül¹, Umur Zübarioğlu¹, Sinan Uslu¹, Lida Bülbül², Bülent Güzel¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Duygu Besnili Acar¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal SUAM, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk SUAM, Çocuk Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Çalışma prospektif ve gözlemsel olarak planlandı. Yenidoğan kliniğine ateş şikayeti nedeniyle yatırılan bebeklerde ateşin nedenleri ve bebeklerde saptanan klinik ve laboratuvar bulguların değerlendirilmesi.

METOD: Beş yıllık süre içerisinde yenidoğan kliniğine ateş şikayeti ile getirilen ve rectal ısı probu ile vücut ısı $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ölçülen bebekler çalışmaya alındı. Bebeklerin demografik özellikleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar testleri ve enfeksiyon etkenlerinin dağılımı kaydedildi. Ciddi bakteriyel enfeksiyon gelişim riskini ön görmede saptanan parametrelerin etkinliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı. Hastanemiz etik kurulu onamı alındıktan sonra çalışma başlatıldı.

BULGULAR: Çalışma süresince toplam 328 bebek değerlendirildi. Ciddi bakteriyel enfeksiyon sıklığı %38,4 olarak belirlendi. Bebeklerin en sık aldıkları tanılar; idrar yolu enfeksiyonu (%15,5), dehidratasyon (%14) ve kanıtlanmış bakteriyemi (%5,8) olduğu saptandı. Kültür üremelerinde en sık E. Coli (19 olguda) ve Metisilin Dirençli Koagülaz Negatif Stafilokok (16 olguda) saptandı. Hızlı viral test uygulanan 48 olgunun 13'ünde (8 olguda RSV, 5 olguda İnfluenza) viral etken saptandı. Ciddi bakteriyel enfeksiyonu ön görmede C-Reaktif Protein [(AUC: 0.664) 95%CI: 0.604–0.723] ve lökosit sayısının [(AUC: 0.535) 95%CI: 0.472–0.597] yetersiz olduğu belirlendi. **SONUÇLAR:** Ateş şikayeti ile getirilen yenidoğan bebeklerde bakteriyel enfeksiyon sıklığı yüksektir. Yenidoğan döneminde semptomatik olgularda ateş etkeninin belirlemede hızlı viral antijenin kullanılabileceği, bakteriyel enfeksiyonu ön görmede C-Reaktif Protein ve lökosit değerlerinin yetersiz olduğu saptandı.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, ateş, bakteri

TP-30

Pediyatrik çağda ekstremitelerde görülen yanık kontraktürlerinin tedavi prensipleri

Fatih Irmak, Işıl Akgün Demir, Kamuran Zeynep Sevim, Memet Yazar, Ayşin Karasoy Yeşilada

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Pediyatrik çağda ekstremitelerde görülen travmatik kontraktürler çoğunlukla yanığa sekonder olarak gelişmektedir. Oluşan geniş doku defektlerinin çeşitli sebepler nedeniyle uzun süre tedavi edilememesi ve geniş doku kaybı olan alanlarda sekonder iyileşmenin başlaması kontraktür gelişimine zemin hazırlamaktadır. Bu çalışmamızda, pediyatrik hasta grubunda yanık sonrası ekstremitelerde gelişen yanık kontraktürlerinin cerrahi tedavisine yönelik tecrübelerimizi paylaşmayı hedefledik.

YÖNTEM: Ocak 2001 ve Aralık 2017 tarihleri arasında kliniğimizde yanık sonucu alt ve üst ekstremitelerde kontraktür gelişmiş, 106'si kız, 190'i erkek olmak üzere toplam 296 hasta çalışmaya dahil edildi. Kliniğimize başvurmada önce dış merkezde ekstremitte kontraktürüne yönelik operasyon öyküsü bulunan hastalar çalışmamıza dahil edilmedi.

BULGULAR: Kız ve erkek çocukların yaş aralığı 1 ile 18 arasında değişmekte olup, kız çocuklarda ortalama yaş 9,5, erkek çocuklarda ise 8,67 olarak hesaplandı. Tüm hastalarda kontraktür bandı eksizeyonunu takiben lokal flep, tam veya kısmi kalınlıkta deri grefti veya serbest flep ile onarım yapıldı. Alt ve üst ekstremitedeki uygun görülen parmak kontraktürü vakalarında kontraktür açılması Kirschner teli fiksasyonu ile desteklendi. Serbest fleplerin 2'si serratus anterior kas flebi, 1'i anterolateral uyluk flebi, 1'i ise yüzeysel femoral arter perforatör flebi idi. %13 oranında komplikasyon görüldü. Komplikasyonlar arasında 1 adet serbest flebin total kaybı bulunmaktaydı, kalan komplikasyonların tamamı kontraktür nüksü idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ekstremitte kontraktürlerine en ideal yaklaşım, kontraktür oluşumunu engellemektir. Defektin yerine, büyüklüğüne ve ekspoze olan yapıya göre uygun cerrahi planlanma yapılmalı ve postoperatif dönemde fizik tedavi ile desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: ekstremitte, kontraktür, yanık



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-31

Diyet ve Egzersiz Programları Obez Çocukların Kardiyovasküler Risk Profilini Nasıl Etkiler?

Aysu Türkmen Karaağaç¹, Ayşe İnci Yıldırım²

¹SBÜ Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH, Pediatri

²SBÜ Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH, Pediatrik kardiyoloji

GİRİŞ-AMAÇ: Obezite, tüm dünyada çocuk ve erişkinlerin hızla artan bir sağlık problemi olarak güncelliğini korumaktadır. Obez çocukların %77'si erişkin dönemde de obez olmaktadır. Ancak diyet ve egzersizle obezitenin sebep olduğu hipertansiyon, uyku apnesi, kalp yapı ve fonksiyon bozuklukları engellenebilmektedir. Çalışmamızda obez çocukların diyet ve egzersiz öncesi ve sonrasında biyokimyasal değerlerini ve kardiyak fonksiyonlarını değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu kontrollü prospektif çalışmaya sendromik veya sistemik bir hastalığı olmayan 30 obez çocuk (16 kız, 14 erkek; ortalama yaş 10.8±2.3 yıl) ve 14 kontrol (8 kız, 6 erkek; ortalama yaş 11.4±2.4 yıl) alındı. Kilo, boy, tansiyon ölçümleri yapıldı. Vücut kitle indeksleri (VKİ) hesaplandı. Kanda glukoz, HbA1c, karaciğer enzimleri, total, düşük ve yüksek dansiteli kolesterol (LDL, HDL-C), trigliserid ve tiroid hormon düzeyleri ölçüldü. Kalp yapı ve fonksiyonları M-mod ve doku Dopler ekokardiyografi ile incelendi. Bu değerlendirmeler 6 aylık diyet ve egzersiz programı sonrasında tekrar edildi. Diyet ve egzersiz öncesi (grup1), sonrası (grup2) ve kontrol grup sonuçları istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

BULGULAR: VKİ ile korele bir şekilde, grup2 nin glukoz, total kolesterol, LDL-C ve trigliserid düzeyleri grup1'e göre anlamlı bir düşüş ve HDL-C anlamlı bir yükselme göstermiş, kontrol grubuna yaklaşıktır. (p<0.05) Tiroid hormon ve karaciğer enzimleri ile kan basıncı değerleri grup2'de grup1'e göre düşük ölçülmüş ancak istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. (p>0.05) Ekokardiyografide, ejeksiyon fraksiyon, fraksiyonel kısalma, mitral anular plan sistolik yer değiştirme ve doku Dopler mitral sistolik velosite değerleri grup2'de grup1'e göre anlamlı bir yükselme göstermiş ve kontrol grubuna yaklaşıktır. (p<0.05) Grup1 ve 2 arasında TDI mitral ve triküspid erken diastolik velosite değerlerindeki farklılık istatistiksel olarak anlamlıdır.

SONUÇ: Obez çocukların düzenli diyet ve egzersiz programı sonrası VKİ azalmış; biyokimyasal değerleriyle birlikte sistolik ve erken diastolik kardiyak fonksiyonlarında anlamlı bir düzelme sağlanmıştır. Obez çocukların erişkin yaşlarda karşılaşılabilecekleri kardiyovasküler hastalıkları önlemek amacıyla onların rutin kardiyolojik muayenelerini yapmak ve sağlıklı beslenme ve egzersizi bir yaşam tarzı olarak benimsemelerini sağlamak konusunda biz pediatri hekimlerinin önemli bir sorumluluğu olduğu inancındayız.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Diyet, Egzersiz, Kardiyak fonksiyonlar, Obezite

TP-32

Doğum Sonrası Yenidoğan Bebeklerde Kan Şekeri Ölçüm Nedenleri Ve Erken Dönem İzlem Sonuçları

Ali Bülbül¹, Semra Bahar², Senanur Şanlı², Ezgi Dilan Yüksel², Ali Ahmet Alsharafi², H.sinan Uslu¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Evrim Kıray Baş¹, Duygu Acar¹, Şehrinaz Sözeri¹

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Doğum sonrası ilk 24 saatte yenidoğan bebeklerde kan şekerinin kontrol edilme gereksinimlerinin nedenlerinin belirlenmesi ve kan şekeri değerlendirme nedenlerinin klavuzlar doğrultusunda karşılaştırılması amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Hastanemizdeki 2015-2017 yılları içerisinde doğan tüm bebeklerin dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Yaşamın ilk 24 saati içerisinde kan şekeri düzeyi bakılan bebeklerin verileri kaydedildi. Kan şekerinin bakılma nedeni, kan şekeri sonucu ve sonucuna göre yapılan izlem değerleri, bebeklerin beslenme durumları, kan şekeri düşüklüğü nedeni ile yatış gereksinimi sıklığı hesaplandı.

BULGULAR: Hastanemizdeki belirlenen süre içerisinde içerisinde toplam canlı doğum sayısı 10220 idi. Bu bebeklerin 38'i gebelik süresi 22 hafta altında ve viabilite sınırının altında olması ve ilk saatte yoğun bakıma alınan 702 hasta çalışmaya alınmadı. Çalışma toplam 9480 bebek ile tamamlandı. Bu bebeklerin %28.7'sine (n:2720) birinci saatte kan şekeri izlemi yapıldığı belirlendi. Kan şekeri izlemi yapılan bebeklerin ortalama doğum ağırlığı ve gebelik süresi; 3143±804 gram ve 37,7±2,5 hafta idi. Bebeklerdeki risk faktörlerinin dağılımı %25.9 (n:705) LGA, %18(n:489) prematüre, %17.3 (n:471) geçici taşipne, %0.7(n:19) beslenme intoleransı, %11.6(n:315) SGA, % 8.3 (n:226) Diyabetik anne bebeği, %2.4(n:64) ikiz eşi olma, %1.7(n:45) perinatal asfiksi-fetal distres, %0.9(n:24) mekonyum boyalı doğma, %5.3(n:143) birden fazla nedeni olan ve % 8.1 (n:219) diğer nedenler şeklindeydi. Bebeklerin izleminde 2009 bebeğin (%73.9) beslenme sağlandıktan sonra kan şekeri değeri normal sınırlarda olduğu için anne yanında takibe alındığı ve tekrar kan şekeri bakılmadığı belirlendi. İzleme alınan bebeklerin 711'inde (%26.1) hipoglisemi saptandığı için takibe devam edildiği, bu bebeklerin 84'ünde polisitemi saptandığı belirlendi. Bebeklerin 67'sinde hipoglisemi değerleri devam ettiği için yenidoğan ünitesine yatırıldığı tespit edildi.

SONUÇ: Doğum sonrası erken dönemde yenidoğan bebeklerin %28.7'sinde kan şekeri düzeyine bakıldığı, kan şekeri bakılan bebeklerin ise yaklaşık %2.5'inin hipoglisemilerinin ısrar etmesi üzerine yatırılarak tedavi gereksinimi olduğu saptandı. Hipoglisemi açısından risk faktörüne sahip bebeklerin doğum sonrası yakın takibi ve tedavisinin erken planlanması, olası hipoglisemi nedeni komplikasyonları azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, hipoglisemi, kan şekeri



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-33

Özefagus Stenozu İle Başvuran Eozinofilik Özefajit olgusu

Eren Alkan¹, Nafiye Urgancı², Ayşenur Kaya³, Banu Yılmaz⁴, Merve Usta²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Allerji-İmmünoloji Bölümü

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Patoloji Bölümü

Eozinofilik özofajit, tipik bulguları yutma güçlüğü, takılma hissi, sırt ağrısı, regurjitasyon, bulantı, kusma ve beslenme güçlüğüdür. Tedavide ilk seçenek kortikosteroiddir. Bu makalede yutma güçlüğü yakınması ile başvurduğu çocuk cerrahi kliniğinde stenoz saptanarak kliniğimizde eozinofilik özefajit tanısı ile oral steroid ve sukralfat ile tedavi edilen olgu tartışılmıştır

7 yaşında erkek hasta yutmada güçlük, takılma hissi ve ağrı yakınması ile getirildi. Öyküsünde 5 ay önce yutmada güçlüğü yakınması ile başvurdukları Çocuk cerrahisi kliniği tarafından yapılan incelemelerde özefagus stenoz düşünüldükten iki kez s özofageal dilatasyon yapıldığı ancak yakınmaların devam etmesi nedeni ile çocuk gastroenterolojiye yönlendirildiği öğrenildi. Soygeçmişinde anne babası akraba, anne, hala ve amcasının astım olduğu, öz geçmişinde allerji polikliniğinden inek sütü, yumurta ve buğday ununa karşı allerji nedeniyle izlendiği ifade edildi. Genel durumu hafif düşkün, laboratuvar incelemesinde total IgE:179 IU/ml (6 yaş için referans değeri <90 IU/ml). İnek sütü spesifik IgE 1.95 kIU/L yumurta akı spesifik IgE 3.53 kIU/L yumurta sarısı spesifik IgE 0.98 kIU/L buğday unu spesifik IgE 3.11 kIU/L olup normal referans aralığının (<0.35 kIU/L) üstünde idi. Endoskopik incelemede tüm mukozasında yaygın beyaz membranlı lezyonlar ve strüktür gelişim şüphesi saptandı. Histo patolojik incelemesinde İntraepitelyal eosinofil artışı, dilate intersellüler aralık (bir büyük büyütme alanında 36 eosinofil) gözlemlendi. Olguya eozinofilik özofajit tanısı ile diyetin yanı sıra proton pompa inhibitörü, sukralfat (3cc) ile steroid (10mg) karıştırılarak oral yoldan iki doz olarak başlandı. Bir hafta sonraki endoskopik kontrolünde mukozada membranlı lezyonların ve fragilitesi azaldığının gözlemlendi. Steroid dozu 5mg/gün iki doza azaltıldı. Oral beslenmesi ve şikayetleri düzelen olgu tedavi devamı ile evine gönderildi. Üç hafta sonraki endoskopide mukoza lezyonlarının tamamına yakının iyileştiği gözlemlendi. Steroid dozu 5 mg tek doza azaltıldı. Eozinofil düzeyi normal, kliniği düzelen hasta halen izlemimiz altındadır. Eozinofilik özefajit, hastalığın stenoz gibi ciddi komplikasyonları gelişmeden önce tanınması ve diyet tedavisi ile birlikte uygun tedavinin erken başlanması gerektiği kanatındayız

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik özofajit, Özefagus Stenozu, yutma güçlüğü

TP-34

Büyüme gelişme geriliği olan 6 ay-5 yaş arası çocuklarda malnutrisyon ve klinik bulguların değerlendirilmesi

Yeliz Çağan Appak

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme, İzmir

AMAÇ: Gelişmekte olan ülkelerde 5 yaş altındaki çocuklarda mortalite ve morbiditenin başlıca nedeni beslenme yetersizliği ve malnutrisyondur. Bu çalışmada büyüme gelişme geriliği olan 6 ay-5 yaş arasındaki hastaların antropometrik, klinik ve biyokimyasal özelliklerinin değerlendirmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Şubat 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında çocuk gastroenteroloji polikliniğinde büyüme ve gelişme geriliği nedeni ile değerlendirilen 6 ay-5 yaş arası hastalar retrospektif değerlendirildi. Hastaların boy, kilo, VKİ persentilleri ve Z skorları belirlendi. Boya göre kilo, yaşa göre boy ve yaşa göre kilo Z skorları Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre saptandı. Boya göre kilo;<-2 SD ise zayıf(akut malnutrisyon),-3 ve -2 SD arası orta derecede akut malnutrisyon,<-3 SD ağır derecede akut malnutrisyon olarak belirlendi. Yaşa göre kilo;-3 ve -2 SD arası düşük kilolu,<-3 SD ağır derecede düşük kilolu olarak tanımlandı. Yaşa göre boyu -3 ve -2 SD arası bodur,<-3 SD ağır derecede bodur olarak belirlendi. Başvurudaki şikayetleri, demografik verileri, ek hastalıkları, laboratuvar ve klinik bulguları değerlendirildi.

BULGULAR: 65 hastanın %58,5'i kız, ortalama yaşları 26,4±16,6 aydı. Hastaların hepsinde kilo alamama şikayeti olup, %36,9'unda iştahsızlık, %16,9'unda boy kısalığı en sık eşlik eden şikayetlerdi. %75,4'ünde ek hastalık olmayıp, %9,2'sinde genetik hastalık, %4,6'sında serebral palsy, %4,6'sında konjenital kalp hastalığı,%3,1'inde metabolik hastalık, %1,5'inde opere özefagus atrezisi ve %1,5'inde konjenital kas hastalığı mevcuttu. Hastaların 19'unda(%29,2) akut malnutrisyon olup, %12,3'ünde ağır, %16,9'unda orta derecede akut malnutrisyon saptandı. %53,3'ü düşük kilolu olup, %18,5'i ağır derecede düşük kilolu belirlendi. %35,4'inde bodurluk olup, %12,3'ünde ağır derecede bodurluk izlendi. Bir hastada çölyak hastalığı saptandı. Hastaların %18,5'inde anemi mevcut olup, 10'unda demir eksikliği anemisi, 2'sinde demir ve B12 eksikliği beraber idi, anemisi olmayan 3 hastada B12 ve 1 hastada folik asit eksikliği izlendi. %16,9'unda D vitamini eksikliği saptandı.

SONUÇ: Malnutrisyon saptanan hastalarımızın yaklaşık yarısında ağır malnutrisyon mevcuttur. Malnutrisyona en sık eşlik eden hastalıklar konjenital ve nörolojik patolojiler saptanmıştır. Bu hastalarda anemi ve vitamin eksiklikleri araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Malnutrisyon, zayıf, bodur, anemi, vitamin eksikliği



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TP-35

Genetik Sendromlar ve Konjenital Kalp Hastalıkları Birlikteliği: Cerrahi Sonuçlar Nasıl Etkilenir?

Okan Yıldız¹, Erkut Öztürk², Alper Güzeltaş², Sertaç Haydin¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kalp Cerrahisi, İstanbul

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Konjenital kalp hastalıkları çeşitli tip ve sayıdaki patolojileri içermektedir. Cerrahi onarımında kaydedilen gelişmelere rağmen, genetik sendromlar veya ekstra kardiyak anomaliler, postoperatif dönemde ölüm veya majör komplikasyonlar açısından bir risk faktörü olarak görülmektedir. Bu çalışmada konjenital kalp hastalığı nedeniyle opere edilen olgularda genetik sendromların sıklığını ve bunların sağkalıma ve morbidite üzerine etkisini araştırmak istedik.

YÖNTEM: Bu çalışmaya kalp cerrahisi merkezimizde 1 Ocak 2013- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında opere edilen olgular dahil edildi Hastaların tıbbi verileri geriye dönük olarak dosya bilgilerine göre incelendi. Olgular genetik test sonuçları veya fenotip olarak sendromik ve herhangi bir sendromu olmayan (nonsendromik) şeklinde iki ana kategoriye ayrıldı. Cerrahi sonuçları RACHS-1 (Risk Adjustment in Congenital Heart Surgery), Aristotle Temel Zorluk Skorlaması (ABC), Aristotle Kapsamlı Zorluk Skorlaması (ACC), Society of Thoracic Surgeons and European Association for Cardiothoracic Surgery mortalite kategorisi (STS-EACTS MC) varsayım sistemleri ile değerlendirildi. Birincil sonlanım noktası olarak mortalite (operasyondan sonra < 30 gün içinde) ve morbidite (> 7 gün yoğun bakım) kabul edildi.

BULGULAR: 2330 olgu çalışmaya dahil edildi. Olguların median yaşı 6.5 ay(Aralık 1 gün-18 yaş) idi. %55'i (n=1285) erkek ve %45'i (n=1045) kız idi. Olguların medyan ağırlığı 7,2 kg (1-80 kg) saptandı. Yüzde yirmi ikisi bir ayın ve %58'i bir yaşın altındaydı. Olguların %15,5'inde (n=361) tanımlanmış Down sendromu (n=231), Di George Sendromu (n=33) ve diğer genetik sendrom (n=97) mevcuttu. ACC skorlama sistemi sendromik grupta anlamlı yüksek iken (p< 0,05) ABC, STS-EACTS MC ve RACHS-1 skorları benzerdi (p>0,05). Total mortalite %6,9 (n=153) bulundu. Alt gruplarda nonsendromik %6,6; down sendromu %5,9; di George %18,8, diğer %10 idi. Total morbidite %26,8 (n=594) bulundu. Alt gruplarda nonsendromik %25,8; down sendromu %30,3; di George %46,9, diğer %31,4 idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sendrom varlığı uzun yoğun bakım yatışı gereksinimi nedeniyle morbiditeyi arttırmakta ancak mortalite oranlarını etkilememektedir. Bunda gelişmiş yoğun bakım koşullarının etkisi büyüktür. Di George sendromuna sahip olgularda mortalite diğer sendrom ve nonsendromik popülasyona oranla daha yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Sendrom, Konjenital Kalp hastalığı, çocuk, mortalite

TP-36

Primer Enürezis Nokturna Tanılı Çocuklarda ve Annelerinde Anksiyete Düzeyinin Değerlendirilmesi

Aysel Karaca Ünlü, Bağdagül Aksu, Ayşe Ağbaş, Duygu Güneş, Murat Elevli

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Primer Enürezis Nokturna (PEN), 5 yaş ve üzerindeki bir çocukta organik bir nedene bağlı olmadan uyku sırasında istemsiz idrar kaçırmaya anlamına gelmektedir. Bu çalışmadaki amacımız primer monosemptomatik enürezis nokturnanın çocuk ve annelerindeki anksiyete durumu üzerine etkisini araştırmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: Araştırma 52 PEN vakası, 44 enürezis nokturna olmayan sağlıklı çocuk olmak üzere toplam 96 gönüllü ve anneleri ile yapıldı. Çocukluk Çağı Anksiyete Tarama Ölçeği (ÇATÖ) kullanılarak enürezis nokturnalı çocuklar ve kontrol grubunun anksiyete düzeyleri değerlendirildi. Anlık ve Sürekli Anksiyete Ölçekleri (STAI-1, STAI-2) kullanılarak hasta ve kontrol grubundaki çocukların annelerinin anksiyete düzeyleri karşılaştırıldı. Annelerin sözel ve fiziksel şiddet uygulamalarıyla çocukların kaygı düzeyleri arasındaki ilişki değerlendirildi.

BULGULAR: Enüretik hastaların ÇATÖ puanı ortalaması 32,5±10,7, kontrol grubunun ise 26,7±10,6 olarak bulundu. Hasta grubumuzda ÇATÖ puanı daha yüksekti (p=0,009). Enüretik çocukların annelerinin STAI-2 puanı ortalaması 49,4±8,8, kontrol grubundaki annelerin ise 42,4±6,8 olarak bulundu. Hasta grubumuzun annelerinde STAI-2 puanı daha yüksekti (p=0,001). Annelerin gösterdiği sözel-fiziksel şiddetin çocuk kaygı düzeyleri üzerinde istatistiksel olarak anlamlı bir fark yaratan etkisi yoktu (p>0,05).

SONUÇ: Enürezis nokturna, çocuk, anne ve aile içindeki diğer bireyleri etkileyen bir sorundur. Tedavisindeki temel hedefler, çocuğun uykuya devamı için kuru kalmasını sağlamak, ıslak gece sayısını azaltmak, enürezisin çocuk ve aileye olan negatif psikososyal etkisini en aza indirmek ve enürezis dönemlerinin tekrarlanmasını önlemektir. Bu hedeflerin başarıya ulaşabilmesi için PEN'li hastaları tedavi ederken anksiyetenin tanınması ve yönetimi oldukça önemlidir. PEN'in tedavisi hem enürezisin hem de çocuk ve annelerindeki anksiyetenin çözülmesini sağlayarak bu grubun yaşam kalitesini arttıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, anne, çocuk, enürezis



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



TP-37

Yenidoğan döneminde konvülziyonla karışabilen bir klinik durum: Ailesel Hiperekpleksia

Meliha Aksoy Okan, Salih Demirhan, Adem Değirmenci, Sevilay Topçuoğlu, Güner Karatekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları SUAM, İstanbul

GİRİŞ: Hiperekpleksia ses ya da dokunmaya aşırı irkilme yanıtı ile karakterize epileptik olmayan nadir bir nörolojik durumdur. Majör inhibitör nörotransmitterlerden olan glisin özellikle beyin sapında glisin reseptör imatüritesi nedeniyle inhibitör etkisini gösterememesi sonucu gelişmektedir. Kalıtsal veya sporadik olarak görülebilmektedir. Konvülziyon ön tanısı ile servisimize yatırılan ve izleminde ailesel hiperekpleksia tanısı alan olgu nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Gestasyonel diyabet ve polihidroamnios öyküsü olan 32 yaşındaki anneden 38+3 haftalık 3510 gram ağırlığında sezaryen ile doğan hasta anne yanındaki takiplerinde kollarda ve bacaklarda atipik atımlar tesbit edilmesi üzerine konvülziyon düşünülerek takip amacıyla yenidoğan kliniğimize yatırıldı. Fizik muayenesinde hiperirritabilite ve alnına uygulanan dokunma uyarısıyla gelişen miyokloni ve takibinde jeneralize tonik kasılmalar dışında patolojik özellik saptanmadı. Soygeçmişinde yaşayan bir erkek kardeşinin benzer şikayetleri olduğu ve babanın erkek akrabalarında epilepsi ve benzeri durumların yaygın görüldüğü hikayesinden öğrenildi. Kan şekeri, elektrolitleri ve diğer laboratuvar incelemeleri, metabolik tarama tetkikleri, transfontanel ultrasonografi ve EEG kayıtlarında anormallik saptanmadı. Hastada klinik ve laboratuvar bulgular ve aile öyküsü ile ailesel hiperekpleksia düşünüldü. Uyarana karşı reaksiyonlarının artması nedeniyle beslenme problemleri ve huzursuzluğu ortaya çıkan hastaya klonazepam (0.05 mg/kg/g) tedavisi başlandı. Klonazepam ile ani sıçrayıcı hareketlerde belirgin düzelme görülen hasta yatışının 14. gününde ayaktan takip edilmek üzere önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Çoğunlukla epilepsi düşünülerek uygun tedavi edilmeyen hiperekpleksia olgularında tekrarlayan irkilmeler ve hipertoni, hastaların normal motor gelişimini olumsuz etkileyebilir. Fizik muayenede buruna veya alına uygulanan dokunma uyarısına hastanın verdiği abartılı irkilme yanıtı tanının erken koyulmasında yardımcı olabilir. Yenidoğan konvülziyonu ayırıcı tanısında ailesel hiperekpleksia akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: konvülziyon, ailesel hiperekpleksia, klonazepam

TP-38

Dirençli supraventriküler taşikardiye sekonder non-immun hidrops fetalis olgusu

Gonca Vardar¹, Tunç Tunçer², Meliha Aksoy Okan¹, Pelin Demirci¹, Nilgün Karadağ¹, Sevilay Topçuoğlu¹, Güner Karatekin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları SAUM Neonatoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları SAUM Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Supraventriküler taşikardi (SVT) fetal taşikardinin en sık görülen tipidir. Gebeliğin erken döneminde başladığında fetal kalp yetmezliği ve non-immun hidrops fetalis gelişimine yol açabilir. Digoksin ile transplasental tedavi en sık uygulanan tedavi metodudur. Antenatal tedavide sotalol ve digoksin kullanılmasına rağmen SVT' si devam ederek non-immun hidrops fetalis gelişen bir yenidoğan olgusu sunulmuştur.

OLGU: Antenatal dönemde SVT'ye sekonder non-immün hidrops fetalis ile izlenen hasta 24 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 31+5 haftalık sezaryen ile 1490 gram ağırlığında doğdu. Ameliyathanede entübe edilen hastanın tüm vücudunda yaygın gode bırakan ödemi mevcuttu. Kalp tepe atımı 240/dk ve EKG'si SVT ile uyumlu olması üzerine intravenöz olarak adenozin (150 mcg/kg) uygulandı. Üç kez adenozin sonrası ritmi düzelen hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Entübe olarak mekanik ventilatörde izlenen hastanın çekilen akciğer grafisinde sol kostofrenik sinüs kapalı ve akciğer parankiminde retikülogranüler görünüm mevcuttu. Sıvı nedeniyle sol hemitoraksa toraks tüpü takılarak drenaja alındı. Ultrasonografisinde asiti saptanan hastaya parasentez yapılarak mayı boşaltıldı. Ekokardiyografisinde orta mitral yetmezliği, ağır triküspid yetmezliği ile sistolik fonksiyon bozukluğu saptanarak inotrop desteği verildi. İzleminde tekrarlayan SVT atakları olan hastaya pediatrik kardiyolojinin önerisiyle digoksin (6 mcg/kg/g) ve propranolol (1 mg/kg/g) tedavisi başlandı. Propranolol dozunun 8mg/kg/gün'e kadar artırılmasına rağmen dirençli SVT ataklarının devam etmesi üzerine yatışının beşinci gününde tedaviye flekainid (4 mg/kg/g) eklendi. On birinci gününde flekainid dozu 8 mg/kg/g e arttırıldıktan sonra hastanın SVT'si tekrarlamadı. Postnatal 32.günde hemodinamik olarak anlamlı 2,7 mm çapında PDA'sının medikal tedavi ile kapanmaması üzerine cerrahi ligasyon uygulandı. Yatışının 74. gününde ekstübe edilen hasta, postnatal 95. günde propranolol ve flekainid tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Non immun hidropsun bilinen en sık nedeni fetal kardiyak yapısal anomaliler ve disritmilerdir. Yüksek mortalite ile seyreden bu durum transplasental tedavi ile kontrol altına alınamazsa dirençli supraventriküler taşikardi gibi disritmilere prematüre sorunları da eklenebilir.

Anahtar Kelimeler: Hidrops, supraventriküler taşikardi, flekainid



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-39

Ataksız Dönemde Gelen Ailesel Akdeniz Ateşi Hastalarının Renal Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Nihan Bayram, Sevgi Yavuz, Aysel Kiyak, Nuray Aktay Ayaz
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) tanılı hastaların remisyon dönemindeki böbrek fonksiyonlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu çalışma; Çocuk Nefroloji Kliniği'nde AAA tanısı ile izlenen 68 hastada retrospektif olarak yapıldı. Hastaların demografik özellikleri, laboratuvar, radyoloji ve patoloji bulguları dosyalarından kaydedildi.

BULGULAR: Hastaların % 44,1'i kız, % 55,9'u erkekti. Yaş ortalaması $14,22 \pm 3,64$ bulundu. Hastaların % 32,4'ünde akraba evliliği, %33,8'inde ailede AAA, % 10,3'ünde ailede kronik böbrek yetmezliği (KBY) öyküsü vardı. En sık saptanan mutasyonlar M694V +/- R202Q +/- bileşiği (% 11,8) ve M694V +/- R202Q +/- bileşiği (% 11,8) idi. Nutcracker Sendromu hastaların % 23,5'inde görüldü. Böbrek biyopsisi yapılan hastaların % 21,5'inde amiloidoz saptandı. Kolşisin direnç oranı % 23,5 idi. Hastaların remisyon dönemindeki ortalama beyaz küre, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) ve C-reaktif protein (CRP) değerleri normal; Serum amiloid A (SAA) düzeyleri ve idrar proteini/ idrar kreatinini oranları yüksek bulundu. MEFV gen analizine göre hastalar normal, homozigot, heterozigot ve bileşik heterozigot olarak dört alt gruba ayrılarak akut faz reaktanları karşılaştırıldı. Alt gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark bulunmadı ($p > 0,05$). Proteinüri miktarı ile üre ($p = 0,01$ $r = 0,651$), serum kreatinin ($p = 0,001$ $r = 0,535$) ve ESH ($p = 0,01$ $r = 0,691$) arasında pozitif korelasyon; hemoglobin arasında ($p = 0,019$ $r = -0,283$) negatif korelasyon saptandı. Proteinüri ile SAA, CRP ve beyaz küre arasında ilişki bulunmadı ($p > 0,05$).

SONUÇ: AAA'lı hastalarda uzun dönem morbiditeyi öngörebilmek için remisyon döneminde akut faz reaktanlarının, SAA değerlerinin ve renal fonksiyon testlerinin yakın takibi gerekmektedir. AAA'lı hastalardaki proteinüri her zaman amiloidozisin ön belirtisi olmayabilir. Özellikle pubertal çağıdaki ince yapıli hastaların renal renkli Doppler ultrasonografi ile eşlik eden Nutcracker Sendromu açısından taranması faydalı olabilir Anahtar kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, proteinüri, akut faz reaktanları

Anahtar Kelimeler: Ailesel Akdeniz Ateşi, proteinüri, akut faz reaktanları

TP-40

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Transtorasik Ekokardiyografik Değerlendirme: Hastaların Geriye Dönük İncelenmesi

Seda Aras¹, Fatih Aygün², Ahmet İrdem³, Ömer Faruk Beşer¹

¹TC SBÜ, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²TC SBÜ, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

³TC SBÜ, Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Transtorasik ekokardiyografi konjenital kalp anamali bulunan hastalarda morfolojik detaylı bilgi sağlamanın yanı sıra, hastanın takibinde noninvazif, kolay uygulanabilen ve gereğinde tekrar edilebilir bir tetkik metodu olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. Ekokardiyografinin pediatrik hasta grubunda sık kullanımı ve portabl ekoların da hasta başında yaygın kullanılmaya başlanmasının ardından yoğun bakımda transtorasik ekokardiyografik değerlendirme hastaların takibinde önemli yer almıştır. Bu çalışmada çocuk yoğun bakım ünitemizde takip ettiğimiz hastaların ekokardiyografi gereksinim nedenleri ve ekokardiyografi sonuçları retrospektif olarak değerlendirildi.

GEREÇ-YÖNTEM: Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Ekim 2016-Aralık 2017 tarihleri arasında yatırılarak takip edilen 400 hastanın 146'sına transtorasik ekokardiyografik inceleme yapılmıştır.

BULGULAR: Çocuk Yoğun Bakım ünitemizde transtorasik ekokardiyografi yapılan 146 hastanın 77 (%52,7)'si erkek, 69 (%47,3)'ü kız; yaş dağılımları 1 ay ve 15 yaş arasındaydı. Hastaların ortalama yoğun bakım yatış süreleri 11.22 (+14.63) gündü. PRISM skorları 13.44+14.27'di. Yoğun bakıma yatış tanıları olarak en sık solunum yolu hastalığı ($n=64, \%43,3$) iken bunu sepsis ($n=26, \%17,8$), nörolojik hastalıklar ($n=21, \%14,4$), kardiyovasküler hastalıklar ($n=22, \%15,1$), hematolojik onkolojik hastalıklar ve intoksikasyonlar izlemekteydi. 58 hasta mekanik ventilator, 93 hasta ise noninvazif mekanik ventilator desteği almaktaydı. 93 hastada (%63,7) normal ekokardiyografik bulgu saptanırken, 26 hasta (%17,8) konjenital kalp anomali; 7 hastada (%4,8) pulmoner hipertansiyon; 5 hastada (%3,4) miyokardit; 4 hastada (%2,8) kardiyomiyopati; 3 hastada (%2,1) perikardiyal efüzyon ve 8 hastada (%5,5) diğer ilave ek kardiyak bulgular saptanmıştır. İnotrop ilaç başlanan hasta sayısı 48 (%32,9); en sık kullanılan inotrop ilaç tedavisi ise dobutamin ($n=24, \%16,4$), noradrenalin ($n=20, \%13,7$), milrinon ($n=13, \%7,5$), dopamin ($n=11, \%7,5$) ve adrenalindir ($n=7, \%4,8$). Ekokardiyografik inceleme sonrası 36 hastaya (%24,7) medikal tedavi başlanırken, 7 hastaya (%4,8) medikal tedavi ile birlikte cerrahi düzeltme tedavisi önerilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuk yoğun bakım ünitesinde transtorasik ekokardiyografinin kullanımı; solunum sıkıntısı ile yatırılan, septik şok ve dolaşım bozukluğu ile takip edilen hastaların sol ventrikül değerlendirilmesi ve doğru inotrop desteğinin sağlanmasına faydası ile erken tanı ve tedavide; çeşitli doğumsal kalp hastalıklarında; preop ve postop dönemlerde sol ventrikülün sistolik fonksiyonunun seri olarak incelenmesinde oldukça faydalı olduğu kanısına varmaktayız.

Anahtar Kelimeler: transtorasik ekokardiyografi, çocuk yoğun bakım, solunum sıkıntısı, noninvazif değerlendirme



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-41

Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda kilo fazlalığı ve obezite birlikteliği

Yeliz Çağan Appak

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme, İzmir

GİRİŞ-AMAÇ: Fonksiyonel kabızlık(FK) genel pediatri ve çocuk gastroenteroloji kliniklerine başvuruların sık nedenlerindendir. Çocuklarda kilo fazlalığı ve obezitede günümüzde sıklığı artan bir sorundur. Literatürde FK ve vücut kitle indeksi(VKİ) arasındaki ilişkinin değerlendirildiği az sayıda çocuk çalışmada farklı sonuçlar bildirilmektedir. Bu çalışmada FK'lı çocuklarda kilo fazlalığı ve obezite sıklığının belirlenmesi ve FK'da yüksek VKİ olası etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çocuk gastroenteroloji polikliniğine Haziran 2017-Aralık 2017 tarihleri arasında başvuran ve Roma IV tanı kriterlerine göre FK tanısı alan hastalar retrospektif değerlendirildi. Hastaların boy, kilo, VKİ ve persentilleri belirlendi. VKİ'>95 persentil ise obez, 85-95 persentil arası fazla kilolu, 5-85 persentil arası normal, <5 persentil düşük kilolu olarak tanımlandı. Hastalar ayrıca ≤5 yaş, 6-10 yaş ve 11-17 yaş olarak üç grupta değerlendirildi. Hastaların başvuruındaki kabızlık şikayetleri, klinik özellikleri ve demografik verileri belirlendi.

BULGULAR: 9 ay-17 yaş arası 107 FK'lı hasta çalışmaya alındı. Hastaların 59'u(%55,1) kız idi. FK'lı hastaların ortalama yaşları 6,2±4,4 yıl, ortalama kabızlık başlama yaşı 3,6±3,2 yıl, ortalama kabızlık süresi 30,4±33,4 ay, ortalama haftada dışkılama sayısı 2,6±1,4 idi. Ağrılı dışkılama(%88,8), büyük çaplı dışkı(%83,2), karın ağrısı(%81,3) ve karın şişliği(%66,4) en sık şikayetlerdi. Hastaların %51,4'ünde ailede kabızlık öyküsü, 33'ünde(%30,8) enkoprezis mevcuttu. Hastaların 10'u(%9,3) obez, 9'u(%8,4) fazla kilolu, 74'ü(%69,2) normal kilolu ve 14'ü(%13,1) düşük kilolu olarak saptandı. FK'lı olan hastaların 62'sinin(%57,9) ≤5 yaş olduğu görüldü. Obez ve fazla kilolu FK'lı olan hastaların 12'si(%63,2) erkek olup, her iki cinsiyet arasında anlamlı fark saptanmadı (p=0,07). Hastalar yaş gruplarına göre değerlendirildiğinde 6-10 yaş arası hastalarda yüksek VKİ'nin, diğer yaş gruplarına göre anlamlı olarak daha fazla olduğu görüldü (p=0,026).

TARTIŞMA ve SONUÇ: Ülkemizde çocukların %14,2-15'inin fazla kilolu, %8,3-10'unun obez olduğu bildirilmektedir. Çalışmamızda FK'lı obez hasta oranı normal popülasyondaki obezite ile benzer, fazla kilolu hastalar ise daha az oranda saptandı. FK'lı hastaların çoğunluğunda VKİ' normal sınırlar içinde olup, VKİ' yüksek FK'lı hastaların 6-10 yaş arası hastalarda daha fazla olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: Fonksiyonel kabızlık, çocuk, kilo fazlalığı, obezite

TP-42

Gebe eğitiminin erken çocukluk dönemindeki çocuk gelişimi üzerine etkisi

Gizem Kara Elitok¹, Sümeyye Dilber¹, Ali Bülbül², Ebru Ayyıldız¹, Ayşe Güldür³, Nurgül Turgut³, Sinan Uslu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, Gelişimsel Pediatri Ünitesi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Doğum Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Yapılan araştırmalar intrauterin dönem ve ilk 3 yaştaki beyin gelişiminin diğer dönemlerden daha hızlı olduğu ve aile ortamının beyin gelişimi üzerine önemli etkisi olduğu bilinmektedir. Çalışmamızda gebelikte annelere verilen doğum ve bebek bakımı ile ilgili eğitimin, erken çocukluk dönemindeki çocukların gelişimleri üzerine etkisini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamızda 1 Kasım 2017-30 Ocak 2018 tarihlerinde hastanemiz Gelişimsel Pediatri Ünitesinde değerlendirilen 3-30 ay arası çocukların sonuçları incelendi. Gelişimsel olarak perinatal dönemde riskli olanlar (prematurite, intrauterin gelişme geriliği, asfiksi...vb) çalışmadan dışlandı. Değerlendirmede Uluslararası Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi kullanıldı. Gebelik döneminde hastanemiz gebe okulunda 6 haftalık eğitim alan annelerin çocukları ile eğitim almayan annelerin çocuklarının anlatım dili, alıcı dil, ince hareket, kaba hareket, ilişki, oyun ve öz bakım alanlarındaki gelişimleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışma grubunda annesi gebe okulunda eğitim alan 40 (%48,8), almayan 42 (%51,2) toplam 82 çocuk vardı. Çocukların yaş ortalaması 13,5 (3-28) ay olup, 38'i (%46) kız idi. Anneleri gebe okulunda eğitim alan çocuklardan 1'inde (%2,5) kaba motor alanda, 1'inde (%2,5) ince motor alanda gecikme vardı. Annesi gebe okulunda eğitim almamış olanların ise 7'sinde (%16,6) sadece anlatım dilinde, 3'ünde (%7,1) sadece kaba motor alanda, 1'inde (%2,4) hem anlatım hem alıcı dilde, 1'inde (%2,4) anlatım-alıcı-oyun-ilişki alanında gecikme vardı. Annesi gebe okulunda eğitim alan çocuklarla almayan çocuklar arasında anlatım dili alanında istatistiksel olarak anlamlı ilişki (p<0,05) saptandı. Alıcı dil, kaba motor, ince motor, oyun, ilişki ve öz bakım alanlarında anlamlı ilişki (p>0,05) saptanmadı.

SONUÇ: Güncel kuruma göre, bir bebeğin gelişimi kolaylaştırıcı ya da zorlayıcı biyolojik ve çevresel unsurların etkileşimi ile belirlenir. Çalışmamızın verilerine göre gebelik dönemindeki annelere doğum, bebek bakımı, anne bebek bağlanması, emzirme vb. konularda eğitim verilerek bilgi düzeylerinin artırılması erken çocukluk döneminde çocukların dil alanında gelişimlerini olumlu yönde etkilemektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Eğitim, Gebe, Gelişim



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-43

Pediyatrik Mide Volvulusu Tedavisi: Cerrahi Mi? Konservatif Mi?

Nükhet Aladağ Çiftçidemir¹, Ümit Nusret Başaran²

¹Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Edirne

²Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Edirne

GİRİŞ VE AMAÇ: Mide volvulusu çocukluk çağına nadir görülen patolojilerinden biridir. Midenin kendi eksenine etrafında anormal rotasyonu sonucu gelişir. Mide anatomik bağlarının anomalilerine bağlı gelişen mide volvulusları primer olarak tanımlanır. Diyafragma hernisi, gezici dalak, polispleni gibi anomalilere bağlı gelişen mide volvulusları ise sekonder olarak tanımlanmıştır. Ayrıca akut-kronik, intraabdominal-intratorasik olarak da tanımlanmaktadır. Organoaksiyel, mesenteroaksiyel ve mikst tip olmak üzere 3 tipi vardır. 2000-2017 yılları arasında Yenidoğan, Çocuk ve Çocuk Cerrahisi servislerinde yatarak tedavi gören yenidoğan ve sütçocuklarının özellikleri ve tedavileri irdelenmiştir. Cerrahi ve konservatif tedavi seçeneklerini gözden geçirmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2000-2017 yılları arasında primer/sekonder mide volvuluslu 13 yenidoğan ve sütçocuğunun tedavisi yapıldı. Hastaların geriye dönük dosyaları incelendi. Hastaların cinsiyet, yaş, şikayet, görüntülemeleri, tedavi şekilleri, eşlik eden hastalıkları incelendi.

BULGULAR: Takip ve tedavisi yapılan 13 hastanın 3'ü kız (%23), 10'u (%77) erkekti. Başvuru ve tanı alma günü 1-94 gün idi. En sık şikayet kusma, tartı alamama/kaybı iken, bunları nazogastrikten kirli geri gelen izlemektedir. 1 olguda nazogastrik sondanın ilerletilememesi, 1 olguda fetal USG'de mide havasının görülebilmesi, 1 olguda batin çevresi artışı mevcuttu. Tanı üst gastrointestinal sistemin baryum ile görüntülenmesi ile kondu. Olguların çoğu primer ve oraganoaksiyel tip mide volvulusu idi. Tüm hastalar çocuk cerrahisi ile birlikte takip edilmiş olup, 1 olguda tüp gastrotomi, 8 olguda gastropeksi, 3 olguda konservatif tedavi sonrası, yanıt alınamaması nedeniyle gastropeksi, 1 olguda konservatif tedavi uygulanmıştır. Primer volvuluslu olgulardan bir olguda gastrokolik ligament yokluğu, 4 olguda gastrokolik ligament zayıflığı saptanmıştır. Sekonder volvuluslarda saptanan patolojiler hiatus hernisi, distal fistüllü ösafagus atrezisi, kapalı perforasyon olan duplikasyon kisti idi. Olguların hiçbirinde komplikasyon görülmemiştir. Enteral beslenme halde, tartı alımı ile taburcu edilmişlerdir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Özellikle kronik gastrik volvulus tanısı genellikle gecikmektedir. Kronik kusma, batin distansiyonu, kilo alamama ve tekrarlayan akciğer enfeksiyonu olan çocuklarda akla gelmelidir. Kronik olgularda şiddetli semptomlar yoksa önce konservatif yaklaşım denenmeli, gerekirse cerrahi uygulanmalıdır. Akut olgularda derhal cerrahi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, sütçocuğu, mide volvulusu

TP-44

Yenidoğanda Karın Ön Duvarı Defektleri: Referans Bir Merkezin 20 Yıllık Deneyimi

Mehmet Saraç¹, Tugay Tartar¹, Ünal Bakal¹, Mustafa Aydın²

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

²Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı

AMAÇ: Bu çalışmada karın ön duvarı defekti olan yenidoğanların insidansı, komplikasyon ve mortalite oranlarının yıllar içerisindeki değişiminin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Ocak 1998-Aralık 2017 tarihleri arasında omfalosel veya gastroşizis ameliyatı yapılan 50 yenidoğan olgu geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastalar omfalosel (Grup 1) ve gastroşizis (Grup 2) olmak üzere iki gruba ayrıldı. 1998-2007 yılları arasında tedavi edilenler (A alt grubu) ve 2008-2017 yılları arasında tedavi edilenler (B alt grubu) olacak şekilde alt sınıflara ayrıldı.

BULGULAR: Grup 1A'daki hastaların (n:11, %22) insidansı %0.2 idi. Bu hastaların %18.2'sine (n:2) prenatal tanı konulurken, %81.8'inde (n:9) kardiyak anomali saptandı. Hastaların %45.5'inde (n:5) cerrahi komplikasyon, %18.2'inde (n:2) ise sepsis geliştiği görüldü. Bu grupta mortalite oranı %45.5 (n:5) idi. Grup 1B'deki hastaların (n:24, %48) insidansı %0.27 idi. Hastaların %29.2'sine (n:7) prenatal tanı konulurken, %75'inde (n:18) kardiyak anomali belirlendi. Hastaların %33.3'ünde (n:8) cerrahi komplikasyon, %25'inde (n:6) ise sepsis geliştiği. Bu gruptaki mortalite oranı %29.2 (n:7) idi. Grup 2A'daki hastaların (n:5, %10) insidansı %0.89 idi. Bu hastaların %20'sine (n:1) prenatal tanı konulurken, bunların hiçbirinde kardiyak anomali yoktu. Hastaların %40'ında (n:2) cerrahi komplikasyon, %40'ında (n:2) sepsis geliştiği. Mortalite oranı %60 (n:3) idi. Grup 2B'deki hastaların (n:10, %20) insidansı %0.18 idi. Hastaların %50'sine (n:5) prenatal tanı konulurken, %50'sinde (n:5) kardiyak anomali belirlendi. Hastaların %30'unda (n:3) cerrahi komplikasyon, %50'sinde ise (n:5) sepsis geliştiği görüldü. Bu gruptaki mortalite oranı %50 (n:5) idi.

SONUÇ: Prenatal tanı olanaklarının artması, bu olguların tedavi edilebileceği merkezlerde doğurtulmasına ve böylece komplikasyon ve mortalite oranlarının azalmamasına imkan sağlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Omfalosel, gastroşizis, yenidoğan, insidans, mortalite



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-45

Karaciğerde kitle ve hiper eozinofili olgusu: Fasciola hepatica infestasyonu

Sebahat Çam¹, Aylin Ayhan², Olcay Yasa³, Ebubekir Şenates⁴, Çiğdem Ulukaya Durakbaşı⁵

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Gastroenteroloji BD

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Çocuk Hematoloji BD

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Gastroenteroloji BD

⁵İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Cerrahisi AD

AMAÇ: Karaciğerde US de kitle ve sistemik eozinofili ile başvuran hastanın değerlendirilmesi.

OLGU: 10 y, erkek hasta kaşıntı ve karın ağrısı yakınması ile başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın düzenli kullandığı ilaç olmadığı öğrenildi. Fizik muayenede karaciğer kot altında 1.5 cm yumuşak palpe edildi. Diğer sistem muayene bugularında özellik yoktu. Tetkiklerinde WBC: 18800 KU/UL, HGB 12.8 gr/dl, PLT 427 K/UL, EOS %54.5. AST 30 U/L, ALT 29 U/L, T Bilirubin: 0.47 mg/dl, D Bilirubin 0.17 mg/dl idi. Batın US incelemesinde karaciğer boyutları 130 mm olup artmış olup, karaciğer segment 8 de 42*9 mm ve 46*6 mm segment 4'te 33*27 mm boyutlarında hipoekoik alan izlendi. Hepatit A,B,C, HIV, TORCH serolojisi ve Brucella aglütinasyon testi (-) bulundu. Dışkı direk incelemede eritrosit, lökosit ve parazit saptanmadı. Sedimantasyon hızı 36 mm/saat, Total IgE - 103,5 IU/mL, IgA, IgG ve IgM değerleri yaşa göre normal sınırlardaydı. Spesifik IgE testlerinde herhangi bir pozitiflik saptanmadı. Kist hidatik indirekt hemaglütinasyon testi (-) idi. Abdomen MRG de karaciğerde her iki lobda silik ve düzensiz konturlu büyüğü sol lob segment 4a'da 44*30 mm boyutlu belirgin diffüzyon kısıtlaması gösteren lezyonlar izlendi. Tümör FDG PET çalışmasında malinite lehine tutulum saptanmadı. Servikal lenf düğümü biyopsisinde lenfositler, yaygın eozinofiller, histiyositik dev hücreler izlendi Malinite bulgusu saptanmadı. Karaciğer biyopsisinde fibroblast ve histiyosit toplulukları içeren nekroz odakları, parankim içinde yoğun eozinofil lökosit infiltrasyonu izlendi. Üst ve alt GiS endoskopik inceleme ve alınan biyopsilerde eozinofilik sendrom yönünde bulgu yoktu. Kaşıntı ve hafif ikter gelişen hastada yapılan MR Kolangio incelemesinde koledok lümeninde punktut ve lineer formda hipointens yapılar izlendi. Koledokun distalde akut künt sonlandığı görüldü. ERCP ile yapılan skopik incelemede koledok dilate izlendi. Sfinkterotomi sonrası koledok balonla süpürüldü. Bir adet fasciola hepatica çıkarıldı. Tedavi olarak triklobendazol (10 mg/kg) başlandı. Takipte KC US bulguları ve eozinofil sayısı normale döndü.

SONUÇ: Karaciğerde lezyonlar ve eozinofili ile başvuran hastada fasciola ön planda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: karaciğer, eozinofili, fasciola hepatica

TP-46

Pediyatrik yaş grubunda anormal yara iyileşmesine yaklaşımımız

Fatih Irmak, Işıl Akgün Demir, Şafak Çakır, Kamuran Zeynep Sevim, Semra Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Anormal yara iyileşmesini temsil eden hipertrofik skar ve keloid sadece insana özgü olup hangi faktörlerin bu olayı başlattığı tam olarak bilinmemektedir. Hipertrofik skarlar için değişik cerrahi ve medikal yöntemlerin uygulanmasına karşılık optimal bir tedavi şekli bulunamamıştır. Bu konuyla ilgili literatür araştırmalarında cerrahi tedavide %7-55, radyasyon tedavisinde %15-94, lazer uygulaması, cerrahi + radyasyon tedavisi ve steroid tedavisinde %0-100'lük başarı oranıyla karşılaşmıştır. Keloidler çocuklarda ve yaşlılarda daha az yaygındır. Koyu tenli keloidli insanlarda daha sık gelişirlerse de, herhangi bir ırktan insanlarda görülebilir. Keloid için kalıtım sorgulanmalıdır.

YÖNTEM: Kliniğimizde, 2013-2017 yılları arasında hipertrofik skar ve keloid olgularının predispozan durumları ve tedavi yöntemleri retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: 48 kız, 42 erkek hastanın yaşları 1 ila 11 arasında değişmekteydi. En sık etiyoloji yanık iken, 2. sırada iatrojenik sebepler (cerrahi) gelmektedir. Tedavi yöntemleri olarak; 4-6 haftalık sürelerde 3 seans triamsinolon enjeksiyonu ve cerrahi tedavi uygulanmıştır. Hastalar ortalama 1.5 yıl takip edilmiştir. Hastaların %75'inde rekürrens görülmezken; 64 olguda (%71.1) yara kabarıklığının belirgin şekilde azaldığı izlendi. 17 (%18.8) olguda enjeksiyonlar sonrasında bir miktar azalma göstermesine rağmen ilerleyen zamanlarda ilk hali ile belirgin fark olmadığı izlendi. 4 (%4.4) olguda ciltte atrofi ve hipopigmentasyon izlendi. 5 olgu kontrole gelmediği sonuç için değerlendirilemedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Skarlar değişik vücut bölgelerine yerleşmiş olup genellikle travma (özellikle yanık) ve cerrahi müdahale sonrası görülmektedir. Travma veya cerrahi müdahale sonrası skarların var oluş süresi yapılan çalışmalarda 2 -30 ay arasında belirtilmiştir. Keloid tedavisinde topikal, intralezyonel steroid, latirojenler, irradyasyon, 5-FU, lazer, cerrahi, bası ve silikon tedavisi gibi çeşitli tedavi yöntemleri denenmiştir. Steroid enjeksiyonları kozmetik olarak lezyonun tamamen kaybolmasına neden olmazlar. Ancak lezyon kabarıklığını ve o bölgedeki cilt gerginliğini azaltarak fayda sağlarlar. Birçok çalışmada da belirtildiği gibi yapılacak her türlü girişimin, onu daha da ağırlaştırabileceği, lezyonun tekrarlama riski bulunduğu aileye anlatılmalı, medikal tedavilerin uzun süre ile kullanımının gerektiği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: hipertrofik skar, keloid, triamsinolon



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-47

Pediyatrik hastalarda yanığa bağılı skalpte alopesiye yaklaşımımız

Fatih İrmak, Çağatay Öner, Işıl Akgün Demir, Memet Yazar, Semra Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hem akut yanık hem de yanık komplikasyonlarının tedavisi plastik cerrahi içinde birden fazla rekonstrüktif seçeneğin birarada kullanımını zorunlu kılmaktadır. Benzer defektler için farklı rekonstrüksiyon seçeneklerinin kullanılabilmesi olup, hastaya özel tedavi planı yapılmalıdır. Yanık komplikasyonuna sahip hasta grubu içinde çocuk hastalar hem kooperasyonun zor olması, hem de otolog rekonstrüksiyon açısından donör alanın belirlenmesi yönünden erişkin hasta grubuna kıyasla ayrı bir antite olarak değerlendirilmelidir. Pediyatrik hasta grubunda alopesi psikolojik yansımaları da içinde barındıran önemli bir sorundur. Skalpte alopesi etiyolojisinde ilk sırada yanık gelmektedir. Biz retrospektif çalışmamızda çocuk hasta grubunda yanık zemininde gelişen alopesi tedavisine yaklaşımımızı irdelemek istedik.

YÖNTEM: Ocak 2000-Şubat 2018 arasında yanık zemininde gelişen alopesi şikayeti olan 0-18 yaş aralığındaki hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplam 64 hasta yaş, cinsiyet, defekt genişliği, uygulanan tedavi ve uzun dönem takip sonuçları açısından değerlendirildi. Komplikasyonlar, revizyon gereksinimleri ve uygulanan ek cerrahi tedaviler de bu çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR: Kliniğimizde tedavi edilen 64 hastanın 14'ünü kız, 50'sini erkek hastalar oluşturmuyordu. Ortalama yaş 8.6 idi. Defektler lokalizasyona göre incelendiğinde oksipitoparietal alanın en sık (%44), frontal alanın %36 ve temporal alanın %15 oranında etkilendiğini gözlemledik. Tedavi uygulanan en büyük defekt 17x10 cm, en küçük defekt ise 3x1 cm ebatındaydı. Rekonstrüksiyon seçenekleri olarak; 11 hastada lokal flepler, 19 hastada kısmi kalınlıkta deri greftleri ve 34 hastada doku genişletici uygulamaları tercih edildi. 3 hastada ise eş zamanlı yerleştirilen 2 doku genişletici ile onarım sağlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yanığa bağılı komplikasyonlar, özellikle yüz ve saçlı deri gibi alanlarda deformasyona neden olduğunda, sadece kozmetik ve bedensel sağlığı değil kişinin psikososyal gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Bu problemlerin pediyatrik yaş grubunda etkileri çok daha dramatik olmaktadır. Yanık tedavisinin akut dönemde doğru bir şekilde uygulanması, uzun vadede gelişebilecek sekeller yönünden en önemli basamağı oluşturmaktadır. Alopesiye bağılı deformitenin rekonstrüksiyonunun, özellikle hastalar okul çağına gelmeden tedavinin tamamlanması bireyin gelişimini olumlu yönde etkiler.

Anahtar Kelimeler: alopesi, doku genişletici, yanık

TP-48

Kayısı Çekirdeğine Bağılı Çocuk Siyanür Zehirlenmesi: olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Murat Doğan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

Siyanür bileşikler; hücresel hipoksiye yol açtığı gibi kandan oksihemoglobinin dokulara geçmesini de engel olarak çok hızlı toksik etki gösteren maddelerdir. Yaşamı tehdit eden durumlara neden olabilen siyanür zehirlenmesi ağızdan, solunum ya da ciltten bulaş ile oluşabilir. Çocuklarda en sık bu bileşikler içeren ya da bu bileşiklerle temas etmiş gıdaların yenmesi ile oluşur. Kiraz, badem, kayısı, elma, şeftali gibi bazı bitkilerin çekirdek ve tohumları önemli derecede siyanür içeren gıdalardır. Özellikle kayısı çekirdekleri içerdikleri siyanojen miktarı fazlalığı nedeniyle daha toksiktirler.

OLGU: 4 yaş erkek hasta ani gelişen bilinç kaybı şikayetiyle acile getirildi. Öyküsünde 7-8 adet taze kayısı çekirdeğini yedikten yaklaşık 30 dakika sonra bilinç kaybının geliştiği öğrenildi. Genel durumu kötü, bilinci kapalı hastanın kalp tepe atımı 144/dk, tansiyonu 90/50mmHg, kapiller dolum zamanı 3-4sn, ışık refleksi zayıf, bilateral pupiller midriyatik, Glasgow Koma Skalası 9 du. Maske ile oksijen desteği ve intravenöz sıvı tedavisi başlandı. Akciğer grafisi, serebral tomografisi normaldi. Kan laktat düzeyi yüksekliği dışında laboratuvar parametreleri normaldi. Öykü, klinik ve laboratuvar bulguları ile akut siyanür zehirlenmesi düşünülen olguya nazogastrik sonda ile gastrik lavaj uygulandı. Bol miktarda parçalı taze kayısı çekirdeği çıkarıldı. Aktif kömür, maske ile yüksek akım oksijen ve intravenöz sıvı desteği ile takibinin 4. Saatinde kan laktat değeri geriledi. 6. saatte bilinci açılan hastaya siyanür eliminasyonu için antidot kiti verilmesine gerek kalmadığı görüldü. Hasta 5.gününde sekelsiz ve sağlıklı bir şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: Amerika Birleşik Devletleri'nde ilk kez 1979 yılında kayısı çekirdeğine bağılı bir siyanid toksisitesi raporlanmıştır. Ülkemizde çocuklar için kayısı çekirdeği yeme alışkanlığının yaygın olmasına rağmen, az sayıda siyanid zehirlenmesi olgusunun bildirilmiştir. Kayısı çekirdeği tüketimi ülkemizde sık olduğundan siyanür zehirlenmesi semptomları ile hasta başvurduğunda mutlaka akla gelmesi gerekmekte ve sağlık çalışanlarının siyanür zehirlenmesi yönetiminde bilgili ve tecrübeli olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Zehirlenme, kayısı çekirdeği, siyanür bileşikler



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-49

Nutcracker Sendromu Tanılı hastaların beslenme düzeyi ile hastaların antropometrik, klinik ve radyolojik verilerinin analizi

Kazım Okan Dolu¹, Sevgi Yavuz², Aysel Kıyak², Nail Uzunlulu³

¹Kanuni Sultan Süleyman EAH, Genel Pediatri, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman EAH, Çocuk Nefrolojisi, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman EAH, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Nutcracker sendromu (NCS) sol renal venin (LRV) superior mezenterik arter (SMA) ve abdominal aorta (Ao) arasında sıkışması olarak tanımlanır. Çocuklarda fiziksel gelişimin artması ile LRV'nin sıkışmasında spontan düzelmeler görülebilmektedir. Bu çalışmada NCS'li çocuk hastaların sağlıklı beslenme sonrası klinik, biyokimyasal ve radyolojik parametrelerindeki değişimin değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Bu prospektif çalışma Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniğinde NCS tanısı ile takip edilen 96 hastada yapıldı. Hastaların yaşına ve cinsiyetine göre gerekli kalori ihtiyacını karşılayan diyet listesi verildi. Çalışma başlangıcında ve sağlıklı beslenme önerilerinden 6 ay sonra hastaların antropometrik, biyokimyasal, radyolojik ve Biyoempedans vücut analizleri yapıldı. İlk ve nihai ölçüm sonuçları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışma sonunda hastaların ağırlık, boy, vücut kitle indeksi (VKİ), bel ve kalça çevresi artarken ($p < 0,05$) kol çevresinde değişiklik gözlenmedi ($p > 0,05$). Biyoempedans ölçüm parametrelerinden yağ kitlesi, kas kitlesi ve yağ yüzdesi 6 ayın sonunda ilk ölçümlere kıyasla istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksek bulundu ($p < 0,05$). Hastaların ilk ve nihai üre, serum kreatinin değerlerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir değişiklik saptanmadı ($p > 0,05$). Serum prealbumin düzeyi 6 ayın sonunda ilk ölçümlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek, proteinüri derecesi ise daha düşük bulundu ($p < 0,05$). Radyolojik olarak Ao-SMA açısı ve LRV'deki akım hızı çalışma sonunda ilk ölçümlere göre istatistiksel açıdan anlamlı derecede yüksek saptandı ($p < 0,05$). Ao-SMA açısı derecesi ile ağırlık, VKİ, bel çevresi, kalça çevresi, yağ kitlesi ve yağ yüzdesi arasında pozitif korelasyon tespit edildi ($p < 0,05$). Proteinüri düzeyi ile ağırlık, bel çevresi ve kalça çevresi arasında negatif korelasyon bulundu ($p < 0,05$).

SONUÇ: NCS tanılı hastaların antropometrik ve biyoempedans ölçümlerindeki artış LRV'deki tuzaklanmayı azaltmaktadır. NCS'li çocukların tedavisindeki en önemli basamak uygun nutrisyonel destek. Obezite eğilimi bir halk sağlığı sorunu yaratırken, ergenlerde NCS gelişim riskini azaltabilir.

Anahtar Kelimeler: Nutcracker sendromu, antropometri, biyoempedans, beslenme

TP-50

Özel klinik durumlarda bağışıklama: Doğumsal metabolik hastalıklarda aşı uygulamalarındaki farklılıklar

Türkan Toraman¹, Tanyel Zübarioğlu², Gizem Kara Elitok¹, Ali Bülbül³, Sinan Uslu³, Gülşen Köse¹, Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı

⁴İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

AMAÇ: Bağışıklamanın temel amacı; toplumda aşı ile korunulabilir hastalıkların ortaya çıkışını engellemek, bu hastalıklardan kaynaklanan ölümlerin ve sakatlıkların önüne geçmektir. Genel bağışıklama prensipleri ile prematürite, gebelik, immün yetersizlik gibi özel klinik durumlarda bağışıklamayla ilgili çok sayıda veri bulunmaktadır. Doğumsal metabolik hastalıklardaki aşı uygulamaları ise literatürde çok az sayıda yayında tartışılmıştır.

Bu yazıda, organik asidemi ve yağ asidi oksidasyon defekti olan iki olguda katabolik reaksiyona ikincil toksik metabolit artışına karşın metabolik dekompanzasyonun engellendiği aşı uygulama protokolü sunulmuştur.

OLGU: Metilmalonik asidemi (MMA) tanılı 4 aylık erkek hasta ile uzun zincirli L-3-hidroksiasil-KoA dehidrogenaz eksikliği (LCHAD) tanılı 9 aylık kız hasta DaBT-IPA-Hib ile PCV aşılarnın yapılması amacıyla servise yatırıldı. MMA tanılı olgunun aşı öncesi plazma amonyak, kan gazı ve laktat düzeylerinin; LCHAD tanılı olgunun aşı öncesi alınan plazma transaminaz, kreatin kinaz, ürik asit, amonyak, kan gazı ve laktat düzeylerinin normal olduğu görüldükten sonra her iki olguya yüksek glukoz debili intravenöz sıvı tedavisi başlandı. MMA tanılı hastanın almakta olduğu oral karnitin tedavisi kesilerek 100 mg/kg/gün intravenöz karnitin tedavisi uygulandı. İntravenöz sıvı tedavisinin 2. saatinden sonra aşı uygulaması yapılan hastaların sıvı tedavisine sonraki 24 saat süresince devam edildi. 24. saatin sonunda tekrarlanan tetkikleri normal olduğu görülen hastalar taburcu edildi. MMA tanılı hastanın aşı öncesi ve sonrası alınan kan metilmalonik asit düzeyleri değerlendirildiğinde, aşı uygulamasının uyardığı katabolizmaya ikincil metilmalonik asit oluşumunda belirgin artış olduğu görüldü. Benzer şekilde LCHAD tanılı hastanın aşı sonrası tandem ms ile asil karnitin incelemesinde uzun zincirli asil karnitin ve 3- hidroksi asil karnitin oluşumundaki artış dikkat çekmekteydi.

SONUÇ: Akıllı evliliğinin sık görüldüğü ülkelerde doğumsal metabolik hastalıklar önemli bir sağlık sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Doğumsal metabolik hastalıklarda aşı uygulamaları sırasında katabolizma hızındaki artışa bağlı kolaylıkla metabolik atak gelişebilir. Bu hastalarda, hasta ve toplum sağlığının devamlılığı ve yaşamsal risk yaratabilecek durumların önlenmesi için doğru aşı uygulamalarının bilinmesi ve bu konuda farkındalığın artırılması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: doğumsal metabolik hastalık, aşı, metabolik dekompanzasyon



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-51

Çocukluk çağında görülen akut hemorajik büller

Fatih İrmak, Selami Serhat Şirvan, Işıl Akgün Demir, Ali Can Güneş, Aysin Karasoy Yeşilada, Semra Karşıdağ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Hemorajik büller çok fazla etiyolojik sebebe sahip olan ve bazen hayati tehlikeyle sonuçlanabilen deri lezyonlarıdır. Genellikle sistemik ya da immün bir sebepten kaynaklanıp; enfeksiyon, toksin, ilaç ya da hastalık süreçlerinde tetiklenir. Bu retrospektif çalışmada, kliniğimize hemorajik bül nedeniyle başvurmuş/konsülte edilmiş olan 8 hastanın klinik özellikleri, major büllere yaklaşım ve idamesi incelenecektir.

YÖNTEM: Bu retrospektif çalışmada 2015-2017 yılları arasında, Sağlık Bilimleri Üniversitesi; Şişli Hamidiye Etfal Uygulama ve Araştırma Merkezi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği'ne konsülte edilmiş/başvurmuş olan 8 hasta değerlendirildi.

BULGULAR: 8 hastanın 3 ü kız, 5 i erkek idi. Yaş aralığı 2-9 arasında değişmekle birlikte ortalama yaş 6.2 idi. Hemorajik büllere sahip olan hastaların hepsinde otoimmün etiyoloji mevcuttu. Hastaların 5 inde (% 62.5) idiopatik trombositopenik purpura, 3 ünde (% 37.5) Henoch Schönlein purpurası mevcut idi. Büllerin en sık lokalizasyonu el ve el bileği idi (5 hasta, %62.5). Büllerin boyutları 2x2 cm ile 8x6 cm arasında değişmekteydi. Hastalarda koagülopati de bulunduğu için akut kanama riskine karşılık hastaya göre tedavi seçeneği belirlendi. 3 hastada aspirasyon ve baskılı bandaj, 2 hastada gözlem uygulandı. Daha major ve rüptür riski olan diğer 3 hastada ise, hemorajik büllere ameliyathane koşullarında hemostaz ve debridman uygulandı.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Hemorajik büllere pediatrik yaş grubunda çok nadir rastlanılır. Literatürde bu konuda yapılmış çok az çalışma vardır. Bizim çalışmamızın sonuçlarına göre hemorajik büllerin tamamı otoimmün hastalıklar kaynaklıydı. İzole edilen etkenler; idiopatik trombositopenik purpura ve Henoch Schönlein purpurasıydı. Büller, regrese olduktan ya da tedavi edildikten sonra 4 hastada orta derecede pigmentasyonla sonuçlandı. 3 hastada tamamen rezolüsyon gözlenirken, 1 hastada ise iyileşme farkedilebilecek derecede ileri hiperpigmentasyon ile sonuçlandı. Çocukluk çağı hemorajik büllerde aklımıza otoimmün hastalıklar gelmeli, tedavide multidisipliner yaklaşımla hastaya özel tedaviler planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: cerrahi debridman, hemorajik bül, otoimmün hastalık

TP-52

Pediyatrik hastalarda reçete uygunluğunun klinik eczacı tarafından değerlendirilmesi: Erken dönem sonuçları

Merve Nur Işık¹, Zeynep Yıldız Yıldırım², Betül Okuyan¹, Nafiye Urgancı³, Ayşenur Kaya⁴, Nazan Dalgıç⁵, Mesut Sancar¹

¹Marmara Üniversitesi, Klinik Eczacılık Anabilim Dalı, İstanbul
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi Ana Bilim Dalı, İstanbul
³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk İmmunoloji ve Alerji Ana Bilim Dalı, İstanbul
⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: İlaç hataları, hastalar için önemli risk ve hasar nedenidir, bu hatalar ilaç reçeteleme, uygulama, dağıtım ve izlem aşamalarında görülebilmektedir. Pediyatrik hastalarda ise ilaç hataları daha büyük risk ve önem taşımaktadır. Çalışmanın amacı, pediyatrik hastalarda ilaç uygunsuzluğu ve ihmallerinin tespiti amacıyla Fransa'da tasarlanan POPI (Pediatrics: Omission of Prescription and Inappropriate prescriptions) kriterlerinin Türkiye'ye uygunluğunu değerlendirmek ve pediyatrik hastalarda reçete uygunluğunun sağlanmasında klinik eczacının rolü ve önemini saptamaktır. POPI 79'u uygunsuz reçeteleme örneği, 25'i reçete ihmal olmak üzere toplam 102 maddeden oluşmaktadır.

YÖNTEM: İstanbul'daki bir eğitim ve araştırma hastanesinde yürütülen çalışmaya nefroloji, nöroloji, immünoloji ve alerji, gastroenteroloji poliklinikleri, acil servis ve genel pediatri servisi hastalarından oluşan 0-18 yaş arası çocuk reçeteleri dahil edilmiş ve bunların POPI'ye göre uygunlukları klinik eczacı tarafından değerlendirilmiştir. 2 kriter sosyokültürel yapıya uymadığı ve 1 kriterdeki ilaç Türkiye'de bulunmadığı için çalışmaya 102 POPI kriterinin 99'u dahil edilmiştir.

BULGULAR: 281 hasta verisi toplanmasına rağmen tüm hastaların POPI kriterlerine uygun olmadığı görülmüş ve devam eden çalışma kapsamında bugüne kadar 211 hasta verisi değerlendirilmiştir. 89 hastada POPI kriterlerine uygun olmayan 112 reçeteleme, 25 hastada ise 26 adet reçeteleme ihmal saptanmıştır. POPI sınıflandırılmasına göre uygun olmayan reçeteleme ve ihmallerin %68,8'i KBB ve pulmoner sistem hastalıkları; %10,8'i sindirim sistemi hastalıkları ile ilgili olup %20,2'si ise çeşitli hastalıklar adı altında çoğu ağır ve ateş tedavisi için düzenlenen reçeteleri kapsamaktadır.

SONUÇ: Yaptığımız çalışmanın ön sonuçlarına göre POPI kriterlerinin birçok hastalığın reçete uygunluğunu değerlendirmede yeterli olduğu görüldü de sık rastlanan bazı hastalıklara dair uygunsuz reçeteleme ve ihmal kriterleri içermediği için geliştirilmesi gerektiği düşünülmüştür. Ayrıca yapılan çalışma, kriterlerin bir kısmının Türkiye'deki tedavi protokolüyle örtüşmediği de gözlenmiştir. Kriterlere ve kılavuzlara uygun olmayan kullanımların önlenmesinde klinik eczacılara önemli görevler düşmektedir.

Anahtar Kelimeler: ilaç kaynaklı sorun, klinik eczacı, pediatrik, reçeteleme uygunluğu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-53

Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı ve İlişkili Faktörler

Miray Karakoyun

Ege Üniversitesi Çocuk ve Beslenme Bölümü

GİRİŞ: Malnütrisyon, enerji, protein ve diğer besin maddelerinin eksikliği veya fazlalığı sonucu ortaya çıkan, olumsuz etkilere neden olan bir klinik durumdur. Akut kronik malnütrisyon ve obesite olarak karşımıza çıkabilir. Biz bu çalışmamızda hastaneye yatırılan çocuklardaki malnütrisyon prevalansını ve ilişkili faktörleri belirlemeyi amaçladık.

MATERYAL VE METHOD: Eylül 2015 ve Mart 2016 tarihleri arasında Gaziantep Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesine başvuran 2999 çocuk çalışmaya alındı. Tüm hastaların, boy, kilo, boya göre kilo, kol çevresi, triseps deri kalınlığı, aynı kişi tarafından ve aynı cihaz kullanılarak ölçüldü. 2 yaşın altındaki çocuklarda ADE, 2 yaşın üstündeki çocuklarda ise TANİTA cihazı kullanıldı. Malnütrisyon tanımlaması Dünya Sağlık Örgütü sınıflamasına göre yapıldı. Malnütrisyonun yaşlara göre dağılımı, anne sütü alımı, doğum tartısı ile ilişkisi ve göçmenler ve Türkler arasında ki oran karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan hastaların %55,3 i erkek, 44,77% i kızdı, ortalama yaş 2.3 dü. %20.47 hastada akut malnütrisyon, %12,6 sında kronik malnütrisyon ve %6,2 sinde obesite görüldü, hastaların %7,8 i fazla kiloluydu ve bunların da % 83,7 si 1 ay-5 yaş arası çocuklardı. Kronik malnütrisyon daha çok 10 yaş üstü çocuklarda görülürken, akut malnütrisyon ve obesite daha çok 1 ay- 5 yaş arası çocuklarda saptandı. Akut ve kronik malnütrisyon ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık saptanmazken, obesite erkeklerde daha fazla görülmekteydi. Anne sütü almayan grupta kronik ve akut malnütrisyon oranlarının alan gruba göre anlamlı oranda yüksek olduğu görüldü. Ayrıca göçmenlerde kronik malnütrisyon oranları anlamlı oranda yüksekti.

SONUÇ: Malnütrisyon varlığında morbidite ve mortalite oranları da artmaktadır. Savaş bölgesinden göçlerle birlikte oluşan düşük sosyoekonomik düzey ve hijyenik olmayan kamplarda yaşam koşulları malnütrisyon oranlarını artırmaktadır. Bölgesel verileri, hastaların yatış anındaki malnütrisyon durumlarını bilmek ve gerekli desteği sağlamak önemlidir, morbidite ve mortalitesi önemli oranda azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Anne sütü, Çocuk, Malnütrisyon,

TP-54

Prematüre Bebeklerde Serum Alüminyum Düzeylerine Etki Eden Faktörler

Semra Bahar¹, Ali Bülbül², Umut Zübarioğlu², H.sinan Uslu², Ebru Türkoğlu Ünal², Duygu Acar²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Şişli Hamidiye etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde uygulanan tedavilerin içeriğindeki alüminyum düzeyinin bebekler üzerindeki toksik etkileri bilinmemektedir. Alüminyuma uzun süreli maruziyette kemik mineral kaybı, anemi, mental gelişim üzerine olumsuz etkilerinin olduğu bilinmektedir. Yenidoğan bebeklerin kan alüminyum düzeyleri ile ilgili literatürde bir çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamızda parenteral nütrisyon alan yenidoğan bebeklerde serum alüminyum düzeylerinin araştırılması amaçlandı.

METOD: Hastanemizde doğan ve yenidoğan kliniğimizde tedavi gören, gebelik haftası ≤ 32 olan ve/veya 1500 gram altında olan tüm bebekler çalışmaya alındı. Tüm bebeklerde doğum esnasında kordon kanı örneği alındı. Yenidoğan kliniğine yaşının ilk 14 günü sonunda; en az 7 gün boyunca parenteral nütrisyon tedavisi verilen bebekler çalışmaya alındı. Çalışmaya alınan bebeklerden 14. gün alüminyum düzeyleri alınarak kordon değeri ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmamıza toplamda 24 hasta dahil edildi. Hastaların %66,7'si (n=16) erkek, ortalama gebelik haftası $29,6 \pm 1,9$ hafta (26-32 hafta), doğum şekli %83,3 sezaryen ile doğmuştu. Bebeklerin %70,8 tam doz antenatal steroid uygulandığı belirlendi. Bebeklerin %8,3'ü 5 gün, %41,7'si 7 gün ve %45,8'i >10 gün antibiyoterapi aldığı, Dopamin alma süresinin $0,3 \pm 1,2$ gün ve dobutamin alma süresinin $0,2 \pm 0,8$ gün idi. Hastaların total hastanede kalma süresi $65,5 \pm 52,3$, total parenteral beslenme alma süresi $15,6 \pm 10,6$ di. Hastaların kordon alınan alüminyum $2,9 \pm 0,9$ (alt-üst sınır:) iken 14. gün serum alüminyum düzeyi $3,7 \pm 1,5$ (alt-üst sınır:) saptandı. Bebeklerin 14.gün alüminyum düzeyinin anlamlı olarak yükseldiği saptandı ($p < 0,05$). Dopamin, dobutamin, furasemid ve TPN alma süresinin 14. gün serum alüminyum düzeyini arttırmada etkili olduğu saptandı (sırasıyla $p:0,025$, $p < 0,001$, $p < 0,001$ ve $p:0,01$).

SONUÇ: Beslenme solüsyonlarının alüminyum içerdiğine dair yapılan çalışmalar mevcut olmasına rağmen, serum alüminyum düzeyini inceleyen çalışma bulunmamaktadır. Çalışmamız kan alüminyum düzeyini değerlendiren ilk çalışma özelliğine sahiptir. Parenteral beslenme ile serum alüminyum düzeylerinin kordon kan değerlerine göre anlamlı olarak yükseldiği saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, Parenteral nütrisyon, Serum alüminyum düzeyi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



TP-55

İndirek Hiperbilirubinemili Olgularımızın Değerlendirilmesi

Aysun Boğa, Ebru Şahin, Timuçin İmdadoğlu, Şirin Güven
Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Hiperbilirubinemi, yenidoğanın sık karşılaşılan ve genellikle iyi prognoz gösteren sorunlarından. Yenidoğanların 2/3'ü ilk haftalarda fizyolojik olarak sararmaktadır. Şiddeti ve süresini belirleyici birçok faktör vardır. Fototerapi tedavide yeterlidir, bazen ileri tedavi yöntemleri gerekebilmektedir. Çalışmamızda hastanemizde tedavi edilen İHB'li yenidoğanların özellikleri incelenerek İHB'nin sıklığının ve komplikasyonlarının azaltılması amaçlanmıştır.

YÖNTEMLER: Hastanemizde tedavi edilen gebelik yaşı 34 hafta ve üzerindeki 110 İHB'li yenidoğan incelendi. Gün, cinsiyet, gestasyonel yaş, doğum şekli, doğum/yatış ağırlığı, yatış/çıkış bilirubini, anne/bebek kan grupları, hemogram, CRP, direct coombs testi, idrar tetkikleri ve hiperbilirubinemiye nedeni risk faktörleri retrospektif olarak tarandı. İstatistiksel analizlerde SPSS 20 programı kullanıldı. Anlamlılık $p < 0.05$ olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Temmuz 2017- Ocak 2018 arasında Sancaktepe EAH Yenidoğan kliniğinde izlenen 110 İHB olgusu incelendi. Annelerin ortalama yaşı $27,17 \pm 5,66$, %39,1'inin ilk gebeliği idi, %66,4'ü NSVD yapmışlardı. Bebeklerin ortalama gestasyon yaşı $38,19 \pm 1,81$ hafta, doğum kiloları $3151,90 \pm 541,44$ gramdı, Sadece anne sütüyle beslenme %90,9'du. Erkekler %49,1, kızlar %50,9, ABO uyumsuzluğu %25,5 oranındaydı. Fototerapi süresi ortalama $2,12 \pm 1,02$ gündü. DDA'lı bebeklerin bilirubinlerinin yüksekliği ve sarılıklarının geç başlaması istatistiksel olarak anlamlıydı. Kızlarda tedavi süresinin kısa, prematürelerinse sarılığının geç başladığı görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sarılık, yenidoğanda görülen önemli sorunlardan biridir. Erkek cinsiyeti risk faktörüdür. Çalışmamızdaki erkeklerin tedavi süreleri uzundur. Erkek cinsiyeti tedavi süresinde negatif etkilidir. Çalışmamızdaki bebeklerin %43'ü ailenin ilk çocuklarıdır. Literatürle uyumludur. Tecrübenin bebek izleminde önemi görülmektedir. DDA'da sarılık nedenlerindendir. Çalışmamızda DDA'larda sarılığın geç başladığı, bilirubinlerinin yüksek olduğu görülmüştür. DDA'larda izlem süreleri uzatılmalıdır. Prematürelerde hiperbilirubinemi erken, uzun sürelerde ve yüksek düzeylerde olur. Ancak çalışmamızda sarılığın geç başladığı görülmüştür. Bu durum, hastanede başarıyla beslenen bebeklerin taburculuk sonrası beslenemediği, erken dönemlerdeki beslenme yetersizliğine bağlı gelişebilecek olguların sonraki günlerde ortaya çıkmasıyla açıklanabilir. İHB'nin en sık sebepleri kan grubu uyumsuzluklarına bağlı hemolitik hastalıklardır. Çalışmamızda en sık neden ABO uyumsuzluğu %25,5 olarak bulunmuştur. Sonuçlar hemoliz olmayan ABO uyumsuzluklarında riskli olduğunu göstermektedir. İHB izleminin bebeğe özel olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, İndirek Hiperbilirubinemi, İzlem

TP-56

Fetal Taşikardisi Saptanan Yenidoğanın Doğum Odası Yönetimi

Bülent Güzel¹, Sinan Uslu¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Muhammed Karabulut², Ali Bülbül¹, Duygu Acar¹, İlky Özmeral Odabaşı¹, Ahmet Telliöğlu¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ: Çocuklarda en sık görülen ritm bozukluğu supraventriküler taşikardidir, yenidoğan döneminde 4-5/1000'dir. Kalp atım hızı genelde 220-270 atım/dk'dır. Genelde ataklar paroksizmal olduğu için benign seyirli olmakla beraber nadiren kalp yetmezliği gelişebilir. Akut tedavide vagal manevralar, adenosin gibi antiaritmikler ve kardiyoversiyon kullanılabilir. Bu çalışmada antenatal fetal taşikardi saptanan, doğum sonrası EKG monitorizasyonu ile hızlı tanı alan ve erken müdahale ile komplikasyonsuz kontrol altına alınan supraventriküler taşikardi olgusu sunulmuştur.

OLGU: Antenatal izlemlerinde problemi olmayan fakat annenin hastaneye başvurusu sırasında fetal taşikardileri olması nedeniyle acil C/S ile 37+1 GH da 3200 gr olarak doğurtulan erkek bebeğin doğum odasında EKG'si monitorize edilerek kalp atım hızı >250 /dk olarak saptandı. Çekilen EKG de p dalgaları olmayan dar QRS'li taşikardisi tespit edildi. Supraventriküler taşikardi tanısı konan hastaya tek doz adenosin yapıldı. KAH 120/dk'ya gerileyen hastaya kontrol EKG çekildi ve sinüs ritmi görüldü. EKO normal saptandı. Postnatal 2.gününde hastaya holter EKG bağlandı. 24 saatlik holter EKG'sinde 4 atımlık ve 10 atımlık iki SVT atağı görüldü üzerine hastaya digoksin tedavisi başlandı. Takiplerinde taşikardisi ve ek problemi olmayan, oral beslenmesi iyi ve yeterli kilo alımı izlenen hasta taburcu edildi. Takiplerinde ritim bozukluğu saptanmadı.

SONUÇ: SVT antenatal dönemde taşikardi, postnatal dönemde huzursuzluk, emme bozukluğu, taşipne, taşikardi ve kalp yetersizliği ile ortaya çıkabilir. Bizim vakamızda fetal taşikardisi saptanan hastanın doğum odasında EKG'si monitorize edilerek erken dönemde SVT saptanmış, adenosin iv olarak yapıldıktan sonra hızla sinüs ritmine dönmüştür. Literatürde fetal taşikardilerin etyolojisinde genellikle intrinsek kardiyak anomali olduğu ve doğum sonrası erken müdahalenin gerekli olduğu vurgulanmaktadır. Fakat kardiyak patoloji olmadan doğum anından itibaren SVT saptanarak erken tedavi başlanan ve iyi prognostik sonuca sahip bir olguya rastlanılmamıştır. Fetal taşikardili olguların doğumhane bünyesinde SVT açısından değerlendirilmesi (EKG monitorizasyonu) ve erken tedavi olanaklarının kullanılması en ideal yaklaşımdır. Bu bağlamda NRP çerçevesinde kalp atım hızının saptanmasında altın standart olarak kabul edilen EKG monitorizasyonu SVT'li olguların değerlendirilmesinde de etkilidir.

Anahtar Kelimeler: ekg, supraventriküler taşikardi, yenidoğan,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



TP-57

Konjenital Diafragma Herni Cerrahisi Sonrasında Gelişen Masif Plevral Effüzyonda tPA Uygulanması

Leyla Gizem Bolaç, Ömer Güran, Leyla Bilgin, Özlem Şahin, Ebru İmamoğlu
Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Konjenital Diafragma Hernisi (KDH) 1/2222 sıklıkta görülüp mortalite ve morbiditesi yüksek bir hastalıktır. Kesin tedavisi cerrahi olup erken ve geç dönem komplikasyonlar görülebilmektedir. Biz de cerrahi sonrası masif plevral efüzyon gelişen olgumuzun tedavisini sunduk..

OLGU: 21 yaşında annenin ilk gebeliğinden 38. haftasında sezaryan ile 3015gram olarak 6/8APGAR ile doğdu. Sorunsuz bir gebelik geçiren annenin antenatal takiplerinde diafragma hernisi tespit edilmesi nedeniyle hastanemize sevk edildi. Doğum sonrası hasta entübe edilerek YDYBÜ'ne transfer edildi. Fizik muayenesinde solunum sesleri sol tarafta duyulmamakta ve batın çöktü. Diğer sistem muayenesi olağandı. PAAG'de sol toraksı tamamen dolduran barsak anslarına ait gölgeler mevcuttu. Ekokardiografisinde PDA, PFO, pulmoner hipertansiyon saptandı. Ameliyat öncesi stabilizasyonunda; sedasyon, yüksek hızlı osilatör ventilasyon, antibiyoterapi, intratrakeal surfaktan, sildenafil uygulandı. Postnatal 3. gün opere edilen hastanın diafragma açıklığı goretex graft ile kapatıldı. Operasyon sırasında dalak, karaciğer sol lobu, mide ve ince barsakların sol hemitoraksta olduğu görüldü. Postoperatif dönemde 3gün inhale NO uygulandı. Takiplerinde ekstübe edilemeyen ve kan gazı bozulan hastanın toraks USG'de sol tarafta masif plevral efüzyon tespit edildi. Postnatal 24.gün torakostomi tüpü takıldı. Biyokimyasal tetkikleri şilotoraksa uyumlu bulundu. Fakat tüp drenajdan gelenleri azalması üzerine bakılan USG'de fibrin bantlara bağlı lokülasyonlar olması üzerine girişimsel radyoloji tarafından *tissue-plazminogen-activator (tPA)* intraplevral uygulandı. Toraks tüpünden tekrar drenaj sağlandı. Takip eden günlerde plevral sıvı azaldı. Kliniği düzelen ve ventilatör desteği azaltılan hasta ekstübe edildi.

TARTIŞMA: Plevral efüzyon/şilotorax KDH operasyonu sonrasında %4.5 görülebilmektedir. Lenfatik kanalların ameliyat sırasında zedelenmesi nedeniyle oluşmaktadır. Tedavisinde torakostomi, MCT içeren enteral beslenme, octreotid, plerodezis, cerrahi olarak lenfatik duktusların bağlanması sırasıyla denenmektedir. Genelde cerrahiye gitmeden birçok vaka spontan düzelebilmektedir. Vakamızda torakostomi tüpü ve TPN ile tedavisi yapılırken gelişen fibrin bantların çözülmesi için tPA uygulanmıştır. Tissue plasminogen activator ampiyemde fibrin plakların lizisi için önerilmektedir. Literatürde KDH operasyonu sonrası gelişen plevral efüzyon ve fibrin bantların çözülmesinde tPA kullanımına rastlanmamıştır.

SONUÇ: Diafragma Hernisi sonrası gelişen plevral efüzyon ve fibrin bantların çözülmesinde intraplevral tPA, efüzyonun etkin ve güvenilir boşaltılmasında yardımcı bir tedavi olabilir.

Anahtar Kelimeler: konjenital diafragma hernisi, komplikasyon, şilotoraks

TP-58

Yenidoğanda Terapötik Hipotermi Komplikasyonları

Duygu Besnili Açar, Ali Bülbül, Ahmet Tellioğlu, Sinan Uslu, Ebru Türkoğlu Ünal, Evrim Kıray Baş, İlkay Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Perinatal asfiksiye bağlı hipoksik iskemik ensefalopatide (HİE) mortaliteyi azaltan ve nörokognitif fonksiyonların korunmasında etkin tedavi modeli terapötik hipotermidir (TH). Terapötik hipotermiye bağlı aritmi, hipotansiyon, trombositopeni, koagülopati, intraventriküler kanama ve enfeksiyona yatkınlık gibi komplikasyonlar bildirilmiştir. Çalışmamızda ünitemizde TH uygulanan bebeklerde görülen komplikasyonlar değerlendirildi.

MATERYEL METOD: Ocak 2013- Ocak 2018 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği'nde TH alan bebeklerin dosyaları retrospektif olarak incelendi. Bebekler demografik verileri, risk faktörleri, komplikasyonları ve hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamızda 13 hastanın verilerine ulaşıldı. Bebeklerin ortalama gebelik yaşı 38+5 hafta (36- 41 hafta) ve doğum ağırlığı 2924 gr (2195- 3680 gr) idi. Bebeklerin 6'sı erkek (%46,2), 7'si (%53,8) ise kızdı, 4'ü (%30,8) normal vajinal yol, 9'u (%69,2) acil sezaryen ile doğurtulmuştu. Perinatal asfiksi için risk faktörleri bakıldığında 3'ünün (%23,1) risk faktörü olmadığı, 5'inin (%38,5) fetal distres, 2'sinin (%15,4) dekolman plasenta, 2'sinin (%15,4) omuz takılması ve 1'inin (%7,7) nonreaktif NST olduğu saptandı. Trombosit değerleri postnatal 1. gün 178153uL (64000-293000), 3. gün 107916uL (38000- 196000), 4. gün 77923uL (110000- 134000) idi. Hipotansiyon 4 (%30,7), hipoglisemi 4 (%30,7), intraventriküler kanama 2 (15,3) ve sepsis 2 (%15,3) bebekte tespit edildi. 2 (%15) bebek tedavi sırasında kaybedildi.

TARTIŞMA: Mortaliteyi azaltan ve nörogelişimsel prognozu olumlu etkileyen bir tedavi modeli olmasına rağmen komplikasyonları oldukça sık görülmektedir, bu nedenle yakın hemogram, koagülasyon, tansiyon ve kan şekeri takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: terapötik hipotermi, yenidoğan, komplikasyon



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü





6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



E - POSTER BİLDİRİLERİ



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-001

Lokal Anestezik Kullanımı Sonrası Gelişen Methemoglobinemi

Hülya Kaçmaz, Yakup Yeşil

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Normal koşullarda hemoglobinde bulunan demir iki değerlidir (Fe⁺⁺). Hemoglobindeki demirin okside olup, üç değerli (Fe⁺⁺⁺) duruma geçmesiyle methemoglobinemi oluşur. Bu reaksiyon, dokuda hipoksemiye yol açar. Methemoglobinemi sıklıkla kimyasal maddelerle temas sonrası görülmekle beraber genetik, besinlere bağlı ve idiyopatik olarak da görülebilir. Pratikte kazanılmış methemoglobinemilerin çoğu lokal anestezik kullanımına bağlı olup methemoglobinemi düzeyi potansiyel olarak zararlı olabilir. Burada sünnet öncesi prilokain kullanımı sonrası akut gelişen yenidoğan vakası sunularak hastalığın siyanozun ayırıcı tanısında düşünülmesi gerekliliğinin vurgulanması tedavi yöntemlerinin gözden geçirilmesi hedeflenmiştir.

VAKA: Özel bir hastanede normal yolla doğan postnatal 27. gününde aynı hastanede prilokain (citanest) kullanılarak sünnet operasyonu geçiren, operasyondan bir saat sonra mukozalarda siyanoz, ekstremiteler de soğukluk gözlenen bakılan kan gazında methb: %35 saptanan yenidoğan acilimize yönlendirilmiş. Acilimizde bakılan SPO₂: %95, KTA: 160atım/dk kangazı: methb: %35 saptandı. İdame mayi, 100mg/kg'dan askorbik asit, 200mg/kg'dan asit infüzyonu baslandı. Maske ile oksijen verildi. Biyokimya: normal, pirüvat kinaz: 245(n), glukoz 6-fosfat dehidrogenaz: 16.3(n) saptandı. Tedaviden 4-6 saat sonra bakılan kontrol methb: %25.6 saptandı. Tedavinin 12. saatinde bakılan methb: %9.3 saptandı. Süt çocuğu servisinde takip edilmeye başlanan mevcut tedavisine devam edilen bakılan kontrol methb: %1 saptanması üzerine kontrole gelmek üzere yenidoğan taburcu edildi.

TARTIŞMA: Normal sağlıklı insanlarda oksidanlar (ilaç, besin, kimyasal maddeler) ile temas sonucu oluşan methb eritrositlerdeki indirgeyici sistem sayesinde %1-2 altında tutulur. Yaşamın ilk üç ayında methb redüktaz aktivitesi düşük ve fetal hb daha kolay oksitlendiği için toksik maddelere bağlı methemoglobinemi riski artar. Literatürdeki vakaların çoğu bu gruptadır. Pek çok ajanın (lokal anestezikler, ilaçlar, sülfonamidler, nitrat içeren sebzeler) ikincil methemoglobinemiye neden olmaktadır. Vakamızda kullanılan lokal anestezik madde terapötik dozda siyanozu yol açmazken doz arttıkça risk artar. Ancak literatürde, hastamızda olduğu gibi terapötik dozda kullanım sonrasında methemoglobinemi gelişimi bildirilmiştir. Bu nedenle ilk 3 aylık dönemde bupivakain daha güvenilir bir lokal anesteziktir. Methb düzeyi %20 altı ise oksidan madde uzaklaşınca siyanozun düzeldiği ancak yüksek düzeylerde metilen mavisi 1-2mg/kg'dan en az 5dk iv. kullanılabilir. Metilen mavisi kofaktör olarak NADPH kullanılan ve sitokrom b5 redüktaz enziminin farklı bir yol kullanarak methb düzeyini düşürür. Glukoz 6-fosfat dehidrogenaz eksikliğinde metilen mavisi methemoglobinemi artırır. Böyle durumlarda askorbik asit kullanılır.

Anahtar Kelimeler: Lokal anestezik, Methemoglobinemi, Yenidoğan

PP-002

Ateşli çocukta gözden kaçan bir tablo: Yabancı cisim aspirasyonu

Rahşan Şahin Çetinkaya, Yakup Yeşil, İlknur Kurt

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Yabancı cisim aspirasyonu, süt çocukları ve küçük çocuklarda kasıtsız ölümlerin başta gelen nedenlerinden biridir. Yabancı cisim aspirasyonu hastalarının öykü ve fizik muayeneleri çok değişken olabilir. Kayıtlı yabancı cisim olgularının belirti ve bulguları azalan sıklıkla şöyledir; boğulma/ aspirasyon öyküsü, hışıltı, stridor, öksürük, dinlemekle azalmış solunum sesleri, ses kısıklığı, solunum sıkıntısı, siyanoz, ateş ve solunum durması. Bu yazıda sadece ateş ve iştahsızlık şikayeti ile acile başvuran, yabancı cisim aspirasyonu tanısı alan ve acil bronkoskopi endikasyonu olan 11 aylık erkek hasta sunulmaktadır.

OLGU: Daha öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan 11 aylık erkek hasta, üç gün önce başlayan ve 39 derecenin altına düşmeyen ateş ve iştahsızlık şikayeti ile çocuk acil servisimize başvurdu. Ateşinin ilk gününde hastaya akut tonsillit tanısı konmuştu ve hasta üç gündür intramusküler seftriakson tedavisi alıyordu. Üç gün önceki başvurusunda alınan laboratuvar tetkiklerinde beyaz küresi 17.220/mm³ hemoglobin: 12.5 gr/dl, trombosit sayısı: 344.000/mm³, crp: 148.4 mg/l saptanmıştı. Düşkün görünümülü hastanın yapılan fizik muayenesinde göz küreleri çöküktü, dış bakıda salya artışı dikkat çekiciydi. Orofarinks hiperemik ve hipertrofik olan hastanın dinlemekle her iki akciğer solunum seslerinin azalmış olduğu fark edildi. Diğer sistem muayenelerinde bir özellik olmayan hastanın alınan ayrıntılı anamnezinde üç gündür bebeğin yatay pozisyonda uyuyamadığı öğrenildi. Hastanın çekilen akciğer grafisinde trakea orta hatta ana karinaya yakın lokasyonda yaklaşık 2.5- 3 cm çapında radyolojik görüntüde opak görünen yabancı cisim olduğu saptandı. Hasta ambulansla acilen dış merkezde çocuk cerrahisine sevk edildi ve rijit bronkoskopi ile metal bir lira bulunduğu yerden çıkarıldı.

SONUÇ: Ateş ile başvuran hastalarda, özellikle süt çocuklarında ayırıcı tanıda yabancı cisim aspirasyonu akılda tutulmalıdır. Yabancı cisim aspirasyonu düşünülen hastalara hızla ileri değerlendirme yapılmalı ve bronkoskopi düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ateş, süt çocuğu, yabancı cisim aspirasyonu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-003

Antifriz Etilen Glikol Zehirlenmesi

Taha Daştan¹, Öner Özdemir², Elif Şeker¹, Ahmet Can¹, Ayşe Ceyda Ören¹, Bülent Yıldız¹

¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji-İmmünoloji Bölümü, Sakarya

GİRİŞ: Etilen glikol dihidrik alkoller grubundan renksiz, kokusuz ve tatlı bir maddedir. Plastik, kozmetik ve boya endüstrisinde kullanılan etkin bir çözücüdür. Tatlı olduğundan çocukların ilgisini çekebilme ve yüksek miktarda alımını kolaylaştırmaktadır. Etilen glikol kendisi toksik olmadığı halde metabolitleri aracılığıyla merkezi sinir sistemi depresyonuna, artmış anyon gaplı metabolik asidoza, vital organlarda kalsiyum oksalat birikimine ve akut böbrek yetmezliğine neden olmaktadır. Biz bu olgu sunumu ile mortalitesi çok yüksek olan etilen glikolle zehirlenme vakalarında erken müdahalenin önemini vurgulamak istedik.

OLGU: Sabah saat 05: 00 sıralarında 1,5 yaşında erkek hasta gözleri sabit noktaya dikme, halsizlik, kusma nedeni ile Sakarya Üniversitesi EAH Çocuk Acil'e başvurdu. Tetkikleri yapıp asidozu saptanarak (pH:7,198 HCO₃:8,4) yoğun bakıma alındı. Hasta kabulünde yapılan fizik muayenede takipneik ve interkostal çekilmenin eşlik ettiği taşikardi saptandı. Asidoz sebebi anlaşılmayan hastaya bikarbonatlı mayi başlandı. Takiplerinde saat 13:30 sıralarında konvülsiyon geçiren hastaya rektal diazepam ve dormicum iv uygulandı. Düşme şüphesi üzerine konvülsiyon etyolojisi açısından kontrastlı beyin BT çekilen hastanın bu tetkikinde patoloji saptanmadı. Yatıştan 12 saat sonra hasta yakının hastane personeline itirafı sonucu hastanın antifriz içtiği öğrenilerek zehir danışmayla yapılan görüşme sonucu oral etanol tedavisi planlanmıştır. Etanol yüklemesi sonrası fizik muayene bulgularında hasta stabil olup sözel uyaranlara cevap vermektedir.

SONUÇ: Etilen glikol zehirlenmesi nadir görülmekle birlikte metabolik asidozla başvuran hastalarda düşünülmesi gereken tanılardan birisi olmalıdır. Çünkü erken dönemde tedavi edilmezse mortalite oldukça yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Etilen glikol, etanol, metabolik asidoz

PP-004

Çocuk Acil Servisine Ateş Şikayeti İle Başvuran 0-6 Yaş Grubu Çocuğa Sahip Annelerin Tutum Ve Davranışlarının Belirlenmesi

Nurcan Acar, Tuğba Yıldız, Semra Yıldız, Cemile Çelebi, Döndü Çelik, Zülfiye Almaz, Sevilay Aydın

S.B.Ü. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Çocuk Acil Servisi

AMAÇ: Bu çalışma ateş şikayeti ile çocuk acil servisine başvuran çocukların ateş durumlarının değerlendirilmesi, ebeveynlerin ateş konusunda tutum ve davranışlarının belirlenmesi amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM: 22 Ocak 2018 – 28 Ocak 2018 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesinin çocuk acil servisine yüksek ateş sebebiyle başvuran ve kronik hastalığı olmayan 0 – 6 yaş grubu çocuğu olan annelere yönelik araştırmacılar tarafından literatür bilgisi doğrultusunda hazırlanan anket formu, araştırmacılar tarafından doldurularak yapılacaktır. Çalışma verileri SPSS15.0 paket programı kullanılarak değerlendirilecektir.

BULGULAR: Hastaların 141'i (%58,75) Erkek, 99'u (%41,25) Kız; 233'ü (%97,1) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşlarıdır. Hastaların 160' ı (%66,6) 3 yaşın altındadır. Annelerin 191'i (%79,6) 35 yaş ve altında, 194' ü(%80,83) ev hanımı, 222' si (%92,5) çocuğunun primer bakıcısıdır. Ateş şikayeti ile başvuran çocukların 213'ünde (%88,75) havale öyküsü yoktur. Annelerin 200'ü (% 83,33) evde ateş ölçer kullanmakta, 176'sı (%73,33) ateş ölçümü için koltuk altı bölgesini tercih etmekte, 193'ü (%80,5) 37,5 ve üzerini ateş olarak kabul etmekte ve 168'i (%69,9) 30 dk kısa sürede ateş kontrolü yapmaktadır. Annelerin 177'si (%73,75) çocuğunun ateş yüksekliği karşısında korku yaşamaktadır ve yaş arttıkça ateş korkusunun azaldığı saptandı (p<0,05). Yine annelerin 155'i (%64,8) ateş karşısında öncelikle ateş düşürücü ilaç vermeyi tercih etmekte, 179' u (%74,58) ateş düşürücü olarak parasetamol kullanmaktadır. Annelerin 167'si (%69,57) çocuklarına 4 saatten daha kısa sürede tekrar ateş düşürücü ilaç vermektedir. Annelerin 161' i (%67,08) herhangi bir yöntem ve ilaç uygulaması yapmadan acil servise başvuru yapılmaması gerektiğini düşünmekte, 135'i (%56,25) çocuğun ateşini evde kontrol altına aldığı müddetçe acil servise başvuru yapmadığını belirtti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda, annelerin ateş karşısında korkularının fazla olduğu, yaş arttıkça bu korkunun azaldığı, eğitim düzeyinden bağımsız olarak büyük bir kısmının ateş tanımını doğru bildiği görülmüştür. Literatürden farklı olarak evde ateşin kontrol altına alınması durumunda anneler acil servise başvuru yapılmaması gerektiğini belirtmişlerdir.

Anahtar Kelimeler: çocuk acil, yüksek ateş, ateş yönetimi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-005

Parapleji ile Bulgu Veren Somatik Belirti Bozukluğu

Muhammet Mesut Nezir Engin¹, Önder Kılıçaslan¹, Çiğdem Yektaş², Ramazan Cahit Temizkan¹, Kenan Kocabay¹

¹Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Düzce

²Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Düzce

GİRİŞ: Somatik belirti bozukluğu (SSD) çok üzücü olan ya da bu semptomlarla ilgili aşırı ve orantısız düşünce, duygu ve davranışların yanı sıra vücut işleyişinde ciddi aksamalara neden olan somatik semptomlar ile karakterizedir. Anamnez, fizik muayene ve görüntüleme yöntemleri sonucunda organik patoloji saptanamayan vakalarda SSD psikojenik etiyolojide mutlaka düşünülmelidir.

OLGU SUNUMU: On dört yaşında kız hasta ani olarak gelişen dizlerde güç kaybı ve yürüyememe şikayetiyle 112 ile çocuk acil servismize getirildi. Anamnezinde yurtta kaldığı, annesinin 6 yıl önce vefat ettiği, babasının 2 yıl önce evlenip farklı ilde yaşadığı öğrenildi. Özgeçmişinde annenin vefatından sonra bayılmalarının olduğunu, son 3 yıldır olmadığını öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan fizik muayenesinde bilinç açık, koopere, oryante ve paraplejik olarak değerlendirildi. Nörolojik muayenede sağ ve sol ayakta kas kuvveti 1/5 ti, her ikiz diz altında iğne ile yapılan ağrı duyusu muayenesinde analjezik ve parmak ucu ile yapılan dokunma duyusu muayenesinde hipoestezik olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Vücut ısı: 36,7°C, kan basıncı: 112/84 mmHg, nabız: 94/dakika idi. İncelenen tam kan sayımı, kan gazı ve biyokimyasal değerleri normal sınırlardaydı. Hastada paraplejinin akut gelişmesi üzerine kraniyal ve spinal patolojiler açısından hastaya görüntüleme yapıldı. Beynin BT ve spinal MR görüntülemeleri doğal olarak saptandı. Hastaya bütün şikayetlerini giderecek ve kendisini rahatlatacak ilaç yapılacağı söylenerek 2cc Serum Fizyolojik İ.M.yolla yapıldı. Enjeksiyondan yarım saat sonra bacaklarını kaldırmaya başladı, muayenesinde kas gücü 3/5 idi. Takibinin 2. saatinde tüm bulguların gerilediği ve genel durumunun iyi olduğu gözlemlendi. Yapılan tetkik ve görüntüleme yöntemlerinin normal olması, stres faktörü bulunması ve şikayetlerin plasebo ile gerilemesi üzerine hastaya SSD tanısı konuldu. Hasta önerilerle taburcu edilerek poliklinik kontrolüne çağırıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak nörolojik bozuklukları taklit eden parapleji, özellikle çocuk hastalarda SSD'nin nadir bir bulgusudur. Bu olguyla ülkemizde SSD'nin çocuklarda ne kadar şiddetli yakınma ve bulgularla ortaya çıkabileceği, organik nedenlerin ekarte edilmesi gerektiği ve plasebo ile tanının hızlı bir şekilde konulabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: SSD, Parapleji, Plasebo

PP-006

Çocuk Acil Servisine Karın Ağrısı İle Başvuran Hastaların Prevalansı

Derya Kılınc, Recep Memiş, Türkan Yılmaz, Aysun Şengör
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Karın ağrısı vakaları iyi analiz edilmesi gereken, çocuklarda abdominal cerrahi gerektiren durumlar arasında ilk sırada yer alan apandisin ayırt edilmesi açısından önem arz etmektedir. Bu çalışma çocuk acil servisine karın ağrısı şikayetiyle başvuran 0-18 yaş arası çocukların prevalansını belirlemek amacı ile yapılmıştır.

YÖNTEM: Araştırmanın evrenini çocuk acil servisine 01.01.2017-31.12.2017 tarihleri arasında karın ağrısı ile başvuran 1569 hasta oluşturmaktadır. Hastalar hastane bilişim sistemi aracılığı ile retrospektif olarak incelenmiştir. Çalışma excel programında yüzde hesaplaması yapılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR: Karın ağrısı vakaları müşahadede takip edilen hastaların %7'sini oluşturmaktadır. Müşahadede ortalama kalış süresi 345,21 dakikadır. Başvuran hastaların %53,54'ü erkektir. Başvurular en fazla %35,52 kış mevsiminde, en az %18,86 yaz mevsiminde olmuştur. Başvuran hastaların %35,18'i 7-12 yaş okul dönemi olup kışın başvuran hastaların %54'ünü oluşturmaktadır. %34 12-18 yaş ergenlik dönemi hastaları olup %47'si sonbahar mevsiminde başvurmuştur. %6,3 0-24 ay bebeklik dönemi hastalarıdır. %12,15 hastanın yatışı cerrahi servisine yapılmıştır. Cerrahi servisine yatırılan hastaların %82,4'ü cerrahi operasyon geçirmiştir. %2,5 operasyon yeri enfeksiyonu ile tekrarlı yatışı olmuştur. Operasyon geçiren hastaların %56,25'i 7-12 yaş, operasyon geçirmeyip cerrahi servisinde takip edilen hastaların %43,3'ü 3-6 yaş arası oyun çocukluğu dönemi hastalarıdır. Operasyon geçiren hastaların %60'ının patoloji raporu Akut apandisit ve lokal peritonittir. Cerrahi operasyon geçiren hastaların ortalama yatış süresi 4,8 gündür. Opere olmayan cerrahi hastalarının ortalama cerrahi servisinde yatış süresi 4,96 gündür.

SONUÇ: Karın ağrısı şikayeti ile başvuran hastaların yaş, mevsim ve yıl içerisindeki dağılımıyla prevalansa uygun olarak çocuk acil servisine başvuran hastalara uygun bakım planları belirlenecektir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Acil, Çocuk, Karın Ağrısı,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-007

Üst Solunum Yolu Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Akut Selim Miyozit Olgusu

Cansu Baş

Süleymaniye EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Çocukluk çağıının selim akut miyoziti genellikle okul çağındaki çocukları etkileyen, viral üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında ve/veya sonrasında ortaya çıkan, ani başlayan simetrik baldır ağrısı ve yürüyeme güçlüğü olan, sinir sistemi ve kas muayenesinde belirgin patoloji saptanmaması, klinik tablonun en geç 48 saatte düzelmeye başlamasıyla karakterize bir klinik tablodur. Erkek çocuklarda daha sık görülür. Genellikle üst solunum yolu enfeksiyonlarıyla, bu enfeksiyonların sık olduğu kış aylarında görülmektedir. Tipik olarak kreatin fosfokinaz (CPK) düzeyi yüksek olup, bir hafta içinde klinikteki düzelmeye birlikte kendiliğinden düşmektedir. Yürüme güçlüğüne yol açan Gullian Barre Sendromu ve miyoglobini ile seyreden hastalıklarla ayırtıcı tanısı önemlidir. Çocukluk çağı selim akut miyozitin özelliklerinin ayrıntılı bilinmesi gereksiz tetkik ve tedaviyi önleyecektir. 7 yaşında erkek hasta yüksek ateş, boğaz ağrısı, her iki baldırında ağrı ve yürüme güçlüğü ile başvurdu. Fizik muayenesinde orofarinkste hiperemi, her iki gastroknemius kası üzerinde palpasyonla hassasiyet vardı, şişlik veya kızarıklık yoktu. DTR normoaktif olan hastanın yürümesi ağrı nedeniyle bozulmuştu. Hemogramında lökosit sayısı: 7780 mm³/l, trombosit sayısı 194000 mm³/l, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH): 24 mm/saat saptandı. Böbrek fonksiyon testleri ve rutin idrar tetkiki normaldi. Serum CPK düzeyi 4261 mg/dl (normali 0-190 mg/dl), aspartat aminotransferaz (AST) düzeyi 178 U/L (normali 0-50 U/L) ve alanin aminotransferaz (ALT) düzeyi 42 U/L (normali 0-50 U/L) olarak saptandı. Ayaktan takibe alınan hastanın nörolojik muayenesi ve hemogram, AST, ALT tetkikleri üçüncü gün ve birinci haftada tekrarlandı. Üçüncü gündeki kontrolünde baldır ağrısının geçtiği, yürümesinin düzeldiği gözlemlendi. Serum CPK düzeyi düşmeye başladı ve birinci hafta sonunda normal değerlere ulaştı. Üst solunum yolu enfeksiyonunu izleyerek gelişen ani iki taraflı baldır ağrısı ve yürüyememe olgularında, nörolojik ve kas muayenesinde özellik yokken CPK yüksekliği saptanırsa ön tanıda ÇSAM akılda bulundurulmalıdır. Bu olguların izleminde klinik bulgularda hızlı düzelmenin gözlenmesi ile ÇSAM tanısının konması, gereksiz tetkik istenmemesi ve kendiliğinden düzelen ÇSAM ile daha ciddi seyir gösterebilen ve farklı tedavi gerektiren diğer hastalıkların ayırımı açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Akut Selim Miyozit, ÇSAM, viral miyozit

PP-008

İdiyopatik Anafilaksi: Vaka Sunumu

Öner Özdemir¹, Gizem Böke²

¹Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji-İmmünoloji Bölümü, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

Anafilaksi hızlı başlangıçlı ve ölüme sebep olabilen ciddi Tip 1 allerjik reaksiyondur. Mast hücreleri ve bazofillerden nedeni bilinen ya da bilinmeyen bir tetikleyici ile potent, biyolojik olarak aktif araçlar salıverildiğinde oluşur. Gıdalar, böcek sokmaları ve ilaçlar anafilaksinin en sık karşılaşılan tetikleyici faktörleridir. Deri (ürtiker, anjiyoödem, kızarma), solunum (bronkospazm, larenjiyal ödem), kardiyovasküler (hipotansiyon, disritmiler) ve gastrointestinal (bulantı, kolik, kusma, ishal) sistemden en az ikisinde belirtilere sebep olur. İdiyopatik anafilaksi ise; bir hastada diğer nedenler dışlandıktan sonra spesifik bir tetikleyici tespit edilemediğinde anafilaksi ile uyumlu bulgu ve semptomlar olmasıdır. Vakamız 3 yaş 9 aylık erkek hasta. 1 sene içinde beş defa atak şeklinde bazısı uyarılarla bazısı spontan olarak gerçekleşen kaşıntı, dudaklarda ve gözlerde şişme, vücutta kızarıklık-döküntü, nefes darlığı şikâyetleri ile hastaneye başvurmuştu. İlk atağında ceviz yedikten 10 dakika sonra ürtikeriyal döküntü, orbital ve oral ödem olmasına nedeniyle dış merkeze başvurmuş, allerji düşünülüp antihistaminik ile deksametazon uygulanmıştı. Ayrıntılı anamnezinde; 8 aylıkken bir defa bronşiolit olduğu, başka allerji/allerjik hastalık öyküsünün olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde; abide çimen allerjisi olduğu öğrenildi. Laboratuvar testlerinde; hemogramda eozinofili: 735 ku/L, total IgE: 407 IU/mL, spesifik IgE-GP2 çayır (ot-polen) karışımı: 66,3 ku/L, spesifik IgE-HP1 toz karışımı: 7,38 ku/L, spesifik IgE-domates: 0,65 ku/L, C4: 0,15 g/L, triptaz: <4 ng/ml olarak geldi. Takiplerinde hastaya H1/H2 antihistaminik ve ataklar için de adrenalin otoenjeksiyon reçete edilmişti. İlaçlara rağmen bazısı uyarılar (lahmacun, şeftali) bazısı spontan (nedensiz) oluşan 4 atak daha geçirdi. İlaçlarına montelukast eklenip daha düzenli ve uzun süre devam edilince ataklar kontrol altına alındı. Bazen nedensiz bazen de besin alımı sonrasında anafilaksi semptomları gösteren hastada allerjik reaksiyon ile besin arasında ilişki testlerde saptanamadı. Besin-ilişkili anafilaksi gibi düşünülen hastanın, ayrıntılı anamnez ve tetkikler sonrasında idiyopatik anafilaksi tanısı konulmasından burada bahsedilecektir. İdiyopatik anafilaksisi olan bireyler, stres, travma, diş çekimi, gıdalar, ilaçlar ve egzersiz gibi tetikleyicilerle de anafilaksiye girebildiğinden dikkat edilmesi gereken vakalardır.

Anahtar Kelimeler: Anafilaksi, idiyopatik anafilaksi, adrenalin, montelukast



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-009

Persistan Hışıltının Nadir Nedeni; Çift Aortik Ark Anomalisi

Esra Yücel¹, Deniz Özçeker¹, Numan Ali Aydemir², Hatice Nur Kırar³, Özge Yapıcı Uğurlar⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmünolojisi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesi, Çocuk Kalp Damar Cerrahisi, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyolojisi, İstanbul

AMAÇ: Çift aortik ark, nadir bir kardiyovasküler anomalidir. Klinikte trakeya ve özefagusa bası semptomları görülebilir. Semptomatik olgularda tedavi cerrahidir. Burada medikal tedaviye yanıtız tekrarlayan hışıltı atakları olan, çift aortik ark saptanıp cerrahi tedavi sonrası kliniği tamamen düzelen 18 aylık erkek olgu sunmayı amaçladık.

OLGU: On sekiz aylık erkek hasta hışıltı ve nefes alıp vermede zorluk şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yenidoğan döneminden itibaren hışıltısının olduğu, son günlerde artış olduğu, viral enfeksiyon geçirdiğinde hışıltısının arttığı öğrenildi. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde solunum seslerinde taşipne, ekspiryum uzunluğu ve hışıltı duyuldu, diğer sistem muayeneleri normaldi. Salbutamol nebül tedavisine rağmen, hastanın hışıltısı hiç gerilememektedir. Laboratuvar incelemesinde özellik yoktu. PA akciğer grafisinde ve ekokardiyografisinde özellik saptanmadı. Bilgisayarlı tomografi anjiyografisinde sağ dominant komplet çift aortik ark anomalisi saptanarak kalp damar cerrahisi merkezine yönlendirildi. Cerrahi sonrası hastanın semptomları tamamen kayboldu.

TARTIŞMA: Hışıltı basit solunum yolu enfeksiyonu veya astımda görülebileceği gibi hava yolu obstruksiyonuna neden olabilecek çeşitli anatomik anomalilerde de görülür. Vasküler halkalar doğumsal kardiyovasküler anomaliler ele alındığında %1 den daha az sıklıkta görülmektedir. Çift aortik ark, %40 oranla vasküler halka anomalilerinin en sık görülen tipidir. Trakea ve özefagusu çevrelemesine göre komplet ve inkomplet olmak üzere iki tipi mevcut olup, klinik trakea ve özefagusa basının derecesine bağlı olarak değişmektedir. Yutma güçlüğü, stridor, hışıltı, solunum sıkıntısı, senkop, beslenme sonrası öksürük ve morarma görülebileceği gibi, kısmi bası olan inkomplet vasküler ringli olgular asemptomatik de olabilir. Sonuç olarak, yenidoğan döneminden itibaren başlayan, tedaviye yanıtız persistan hışıltılarda anatomik anomalilerden şüphelenilmeli ve o yönde tetkikler istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: çift aortik ark, çocuk, hışıltı, vasküler halka

PP-010

Yumurta Alerjisi Olan Hastada KKK Aşısı Sonrası Döküntü

Öner Özdemir¹, Gökçe Genç²

¹Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Alerji-İmmünoloji Bölümü, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: Aşılarla şiddetli alerjik reaksiyonlar nadirdir ve tahmin edilmesi zordur. Alerjik reaksiyonlar immünolojik mekanizmalar ile oluşur. Alerjik reaksiyonlar hemen (ani olarak) ya da gecikmiş tip olarak görülebilmektedir. Aşılar içindeki jelatin, yumurta, antimikrobial maddeler zaman zaman reaksiyonlara neden olurlar. Yumurta proteini (ovalbumin) sarıhumma, suçiçeği, kızamık kızamıkçık kabakulak (KKK) ve influenza aşıları içinde bulunmaktadır. Buna rağmen KKK, suçiçeği ve influenza aşılarının yumurta alerjisi olan kişilerde güvenle uygulanabilirliği literatürde gösterilmiştir. Yumurta alerjisi nedeniyle takip ettiğimiz hastamızın 12. ayında tarafımızdan yapılan KKK aşısı uygulanmasından sonra gövdesinde maküler döküntüler oluşması nedeniyle sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: 1 yaş erkek hasta, yumurta alerjisi nedeniyle çocuk alerji ve immünoloji tarafından takip edilmekteydi. Hasta 12. ayında aile sağlığı merkezi tarafından KKK aşısı uygulanması için tarafımıza yönlendirilmiş ve bu amaçla servisimize yatırılmıştı. Aşı öncesi yapılan fizik muayenede: genel durumu iyi, ateş: 36,8, nabız: 105/dak, solunum sayısı: 28/dak, ciltte döküntü yok, solunum sistemi muayenesi doğal, kardiyovasküler sistem ve gastrointestinal sistem muayeneleri doğaldı. Hastamıza önce KKK aşısı sulandırıldıktan sonra ile deri prik testi uygulandı ve reaksiyon gözlenmedi. Daha sonra KKK aşısının yarı dozu bir uyluk dış yüzüne uygulandı. Yarı saat sonra reaksiyon gelişmemesi üzerine aşının geri kalan yarı dozu diğer uyluk dış yüzüne uygulandı. Bu ikinci dozdan 1 saat, toplamda en baştan 2 saat, sonra hastanın göğüs ön yüzünde maküler döküntüler gözlemlendi (resim). Bunun üzerine hasta 4 saat civarında vital, diğer sistem ve cilt bulguları açısından gözlemlendi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmaması ve ek şikâyeti olmaması nedeniyle zamanla gelişebilecek reaksiyonları önlemek amacıyla feniramin süspansiyon verilerek taburcu edildi. Ertesi gün takipte döküntüler artmamış ve gerilemeye başlamıştı.

SONUÇ: KKK aşısı yumurta alerjisi olan hastalarda güvenli görünmekle beraber, dikkatle uygulanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Yumurta, alerji, KKK aşısı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-011

Hiper IgM Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Nesrin Kaya, Ezgi Çelikboya, Cihan Zamur, Abdullah Ayhan, Nazan Dalgıç, Ayşenur Kaya
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: HiperIgM sendromu; IgG, IgA ve IgE düzeylerinde belirgin azalma görülürken serum IgM düzeyinin yüksek veya normal olması ile karakterize genetik yapısı oldukça heterojen bir primer immun yetmezlik tablosudur. Bu hastalarda tekrarlayan piyoenik enfeksiyonlar, fırsatçı enfeksiyonlar, nötrojeni, hemolitik veya aplastik anemi, kronik ishal ve malignite eğilimi görülebilir.

Bu yazıda tekrarlayan enfeksiyonlar nedeni ile mükerrer hastane başvurusu olan ve son olarak travmaya sekonder septik artrit gelişimi nedeniyle interne edilen ve HiperIgM sendromu tanısı alan 2.5 yaşında kız hasta sunulmuştur.

OLGU: İki buçuk yaşında kız hasta, sol kol üzerine düşme ve kolda şişlik nedeni ile dış merkeze başvurmuş, kol atele alınarak taburcu edilmişti. Kolundaki şişliğin artması üzerine hastanemize başvuran hasta septik artrit ön tanısı ile yatırıldı.

Hasta, term olarak c/s ile doğmuş ve yenidoğan döneminde geç neonatal sepsis tanısı ile yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü mevcuttu. Hastanın pnömoni, aftöz stomatit ve otitis media nedeni ile mükerrer hastane başvuruları olduğu ve bir kez de pansitopeni nedeniyle yatırılarak tetkik edildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu düşkün, cilt soluk, sol kol atelde ve ödemli görünümde, karaciğer 1 cm palpabl, dalak 3 cm palpabl. Diğer sistem muayenesinde özellik yoktu.

Laboratuvar incelemelerinde tam kan sayımı; hb: 7.3 mgr/dl, wbc: 13.140/mm³ nötrofil: 11.550/mm³ plt: 162.000 mcv: 69 Kan biyokimyasında özellik yoktu, akut faz reaktanları yüksekti. Hastanın periferik yaymasında hipokromik, mikrositer eritrositler mevcut. Demireksikliği anemisi tedavisi ve septik artrit için uygun antibiyoterapi başlandı. Hastanın sık enfeksiyon öyküsü olması nedeni ile serum immunoglobulin tetkikleri çalışıldı. IgG: <33 mg/dl, IgM: 2160 mg/dl, IgA: <6 mg/dl saptandı. Hasta Çocuk İmmunolojiye danışıldı.

HiperIgM Sendromu düşünülen hastanın lenfosit alt grup tetkiki, CMV pcr DNA gönderildi. İntravenöz İmmunglobulin verildi. Hiper IgM sendromuna neden olan genetik bozuklukları tanımlamak amacı ile; CD40 eksikliği, AID defekti, UNG defekti ve PIK3R1 loss of function açısından tetkikleri gönderildi. Hastanın tedavi sonrasında klinik durumu belirgin düzeldi. HiperIgM tanısı konan hasta Ç.İmmunoloji takibine alındı ve tedavisi planlandı.

SONUÇ: Sonuç olarak, tekrarlayan enfeksiyonlar ile mükerrer başvuru olan hastalarda primer immun yetmezlik akla gelmelidir. Erken tanı konması ve tedavi, enfeksiyon komplikasyonlarının gelişimini engelleyecek ve hastanın yaşam kalitesini artıracaktır. Anahtar kelimeler: Hiper IgM Sendromu, Primer İmmun Yetmezlik, Tekrarlayan Piyoenik Enfeksiyonlar

Anahtar Kelimeler: Hiper IgM Sendromu, Primer İmmun Yetmezlik, Tekrarlayan Piyoenik Enfeksiyonlar

PP-012

Ağır Kombine İmmun Yetmezlik: Bir Olgu Sunumu

Nesrin Kaya, Ezgi Çelikboya, Ezgi Topal, Taha Yasin Akın, Ayşenur Kaya
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Ağır kombine immun yetmezlik sendromu, T ve B lenfositlerin gelişim ve fonksiyonlarında bozukluk, hücrel ve humoral immunitede yetmezlik ve ağır lenfopeni ile karakterize primer immun yetmezlik hastalığıdır ve pediatrik aciller arasında yer alır. Bu yazıda pnömoni nedeni ile interne edilen, ağır lenfopenisi saptanması üzerine tetkik edilerek ağır kombine immun yetmezlik tanısı alan 2 aylık erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: İki aylık erkek hasta, hırıltılı solunum ve öksürük şikayeti ile dış merkeze başvurmuş ve pnömoni nedeni ile 20 gün yatırılarak iv antibiyotik tedavisi verilmiş ancak solunum bulgularının düzelmemesi ve yapılan tetkiklerinde lökopenisi saptanması üzerine tarafımıza yönlendirilmişti. Solunum sistem muayenesinde, bilateral akciğer bazallerinde krepitan ralleri mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 9.1 gr/dl, lökosit: 450/mm³, pnl: %57 (260/mm³), lenfosit: %11 (50/mm³), monosit: %26 (120/mm³).

Periferik kan yaymasında atipik hücre saptanmadı. Kan biyokimyasında özellik yoktu ve akut faz reaktanları negatif idi. Lenfopenisi olan hasta Çocuk İmmunoloji bölümüne danışıldı. Yapılan tetkiklerinde IgG: 114 mg/dl, IgM: <4 mg/dl, IgA: <6 mg/dl saptanan ve AKİY düşünülen hastanın lenfosit alt gruplarında; B lenfosit (CD19+): %0.1, T Lenfosit (CD3+): %0.4 ve NK Lenfosit (CD16+, CD56+): %71 ve CMV PCR DNA: 7.730.000 lu/ml saptandı. Hastaya Gansiklovir başlandı, intravenöz İmmunglobulin verildi. Profilaktik amaçla trimetoprim-sulfometaksazol ve flukonazol tedavisi başlandı. Tedavinin 1. haftasında, hastanın klinik durumu düzeldi. Ve tam kan sayımında lökosit: 1400/mm³, pnl: 1170/mm³, lenfosit: 70/mm³, monosit: 110/mm³ saptandı.

Lenfosit alt grup sonucu ile T-B-NK+ Ağır Kombine İmmun Yetmezlik tanısı alan hasta kemik iliği transplantasyonu yapılması amacıyla transplantasyon merkezine sevk edildi.

SONUÇ: Ağır Kombine İmmun Yetmezlik pediatrik acildir. Erken dönemde hastaların ciddi enfeksiyonlar ile organ hasarı gelişmeden tanı alması ve kısa zamanda transplantasyona yönlendirilmesi hayat kurtarıcıdır.

Bu olgu, erken yaşta ortaya çıkan ağır lenfopeninin eşlik ettiği respiratuar enfeksiyonda, erken dönemde immun yetmezlik yönünden değerlendirme yapılmasının önemini vurgulamak için sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Ağır Kombine İmmun Yetmezlik, Lenfopeni, Primer İmmun Yetmezlik



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-013

Pompe Hastalığında Alglukozidaz Alfa Enzimi ile Desensitizasyon Protokolümüz

Lütfiye Şahin Keskin¹, Seda Çelik¹, Ayşe Merve Usta², Tanyel Zübarioğlu³, Ayşenur Kaya⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Anabilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Anabilim Dalı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji ve İmmünoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Lizozomal depo hastalıkları, farklı dokuların lizozomlarında çeşitli glikozaminoglikanlar, glikoproteinler veya glikolipidlerin birikmesi sonucu oluşan lizozomal metabolizma bozukluğundan kaynaklanır. Enzim replasman tedavisi, Pompe hastalığı dahil olmak üzere lizozomal depo hastalığının tedavisinde hayati öneme sahiptir. Enzim replasman tedavisi genellikle hastalarda herhangi bir reaksiyonun görülmediği hastalar tarafından iyi tolere edilebilen tedavilerdir, ancak hastalarda aşırı duyarlılık reaksiyonları da bildirilmiştir. Bu olguda Pompe hastalığı nedeniyle enzim replasman tedavisi alan 9 aylık erkek hastanın tedavi sırasında gelişen anafaksi nedeniyle tedavinin devamı için uyguladığımız alglukozidaz alfa enzim desensitizasyon protokolümüzden bahsettik. Bu protokol ile hastamız enzim replasman tedavisine sorunsuz bir şekilde devam etmektedir.

OLGU: 4 aylıkken Pompe hastalığı tanısı alan ve bir kardeşi Pompe hastalığı nedeniyle vefat eden 1 yaşında erkek hasta. Pompe hastalığı tanısı aldıktan sonra her iki haftada bir alglukozidaz alfa (Myozyme®) enzim replasman tedavisi (20 mg / kg) almaktaydı. Hastamız 9 aylıkken enzim replasman tedavinin sekizinci dozunda, işlem başladıktan 15 dakika sonra, yüzü ve gövdesinde ürtikeryal lezyonların eşlik ettiği sistemik semptomların görüldüğü (hipotansiyon, solunum sıkıntısı) anafaksi görüldü. Hastamızın diğer haftalarda aldığı enzim replasman tedavisi sırasında da alerjik semptomların görülmesi üzerine tedavi öncesinde hastamıza 1 mg/kg feniramin maleat ve 1 mg/kg Metilprednisolon ile premedikasyon yapıldı; ayrıca 1/10,000'den başlayan konsantrasyonlarda 5 solüsyon kullanan 14 kademeli bir alcososidase alfa desensitizasyon protokolü hazırlandı ve bu protokole uygun olarak enzim replasman tedavisine devam edildi. Hastamız bu desensitizasyon protokol sonrasında enzim replasman tedavisini reaksiyon gelişmeden sorunsuz olarak almaktadır.

SONUÇ: Enzim replasman tedavisi, Pompe hastalığındaki morbidite ve mortalite oranlarını azaltmada önemli bir yer tutmaktadır. Enzim replasman tedavisi sırasında IgE aracıklı veya immünolojik olmayan mekanizmaların neden olduğu reaksiyonlar görülebilir. İnfüzyonla ilişkili reaksiyonların çoğunluğu infüzyonu durdurarak, infüzyon gidiş hızını azaltarak veya antihistaminik, kortikosteroid ve antipiretikler ile tedavi edilebilmektedir. Ancak bu önlemler aşırı duyarlılık reaksiyonlarının görülmesini engelleyemediğinde, sorumlu enzim ile desensitizasyon gerekebilir.

Anahtar Kelimeler: Alglukozidaz Alfa, Anafaksi, Pompe Hastalığı,

PP-014

Hiper İmmunglobulin E sendromu: İki Kardeş Olgusu Sunumu

Ezgi Çelikboya¹, Senanur Şanlı¹, Nurbanu Bilgin¹, Ayşenur Kaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk İmmünoloji ve Allerji

GİRİŞ: Hiper Ig E sendromu, tekrarlayan cilt ve solunum yolu enfeksiyonları ve serum immunglobulin E düzeyinde yükseklik ile karakterize, nadir rastlanan bir immün yetmezlik tipidir. Geç tanı almış iki kardeş olgu ile tekrarlayan enfeksiyon olgularında ayırıcı tanıda düşünülerek komplikasyonların azaltılabileceği ve yaşam kalitesinde iyileşme sağlanabileceğini vurgulamak istedik.

OLGU 1: 15 yaşında erkek hasta, ateş ve dilde beyazlık yakınması ile başvurdu. Öyküsünde sık enfeksiyon geçirme ve hastane yatışları (pnömoni, suçiçeği ve yaygın cilt enfeksiyonları) mevcuttu. 1.derece kuzen evliliği olan anne ve babanın ilk çocuğuydu, 8 yaşındaki erkek kardeşinde de sık enfeksiyon geçirme öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı:27 kg (persentili <3), boy: 143 cm (persentil 3), ağız içinde yaygın mukozit, çomak parmak ve solunum sistemi muayenesinde yaygın kreptan ralleri mevcuttu. Hastanın diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:9,8 gr/dl, WBC:26.210/mm3, PNL:20.900/mm3, lenfosit:1230/mm3, eozinofil:2860/mm3 (%10,9), trombosit:485.000, CRP:14,7 mg/dl saptandı. Hastanın çekilen görüntülemelerinde yaygın bronşektazi alanları saptandı. İmmün yetmezlik öntanısıyla alınan tetkiklerinde, IGA:291 mg/dl, IGG:1560 mg/dl, IGM:55,1 mg/dl, total IGE:4570 IU/ml, Antihbs: negatif CD3: %46, CD3CD4: %18, CD3CD8: %27,9, CD19: 33 olarak saptandı.

OLGU2: 8 yaş erkek hasta, 1. Olgunun kardeşi. Özgeçmişinde tekrarlayan cilt enfeksiyonları, besin allerjisi, atopik dermatit ve konvülsiyon öyküsü mevcut. Fizik muayenesinde tüm vücutta yaygın yer yer impetigo benzeri cilt döküntüleri, ve ciltte kuruluk dışındaki sistem muayenelerinde özellik yok, vücut ağırlığı ve boy persentilleri 25-50 arasındaydı. Hastanın yapılan tetkiklerinde, Hb:9,1 gr/dl, WBC:14.470/mm3, PNL:11.870/mm3, lenfosit:840 /mm3, eozinofil:1010/mm3 (%7), trombosit:485.000, CRP:14,7 mg/dl IgA: 178 mg/dl, IgG: 1270 mg/dl, IgM:23 mg/dl, IgE: 8861 IU/ml Antihbs: negatif CD3:%47,5, CD3CD4: %25,5, CD3CD8: %22, CD19: %45,5 olarak saptandı.

SONUÇ: Öykü, klinik ve laboratuvar bulgularının hiper Ig E ile uyumlu idi. Soygeçmişte akraba evliliği de olması nedeniyle hastalarda ön planda otozomal resesif formu düşünülerek DOCK8 eksikliği açısından genetik incelenme gönderildi. Hastalarda DOCK8 delesyonu negatif saptanması halinde STK-4 ve STAT 3 açısından ileri inceleme planlandı.

Anahtar Kelimeler: tekrarlayan cilt enfeksiyonları, immün yetmezlik, çocuk immünoloji



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-015

Nadir bir immun yetmezlik nedeni, Pürin nukleozid fosforilaz eksikliği

Lida Bülbül¹, Canan Hasbal Akkuş¹, Zülfiyar Gördü¹, Melike Ersoy Olbak¹, Nazan Altınel¹, Elif Eviz¹, Mehmet Murat¹, Nevin Hatipoğlu¹, Hasret Ayyıldız Civan¹, Arzu Akçay², Sami Hatipoğlu¹

¹Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

²Acıbadem Üniversitesi, Atakent Acıbadem Hastanesi, Çocuk Hematoloji

GİRİŞ: Pürin nukleozid fosforilaz (PNP) eksikliği, otozomal resesif kalıtsal, kombine immun yetmezliklerin %1-2 sini oluşturan nadir bir hastalıktır. Burada PNP eksikliği tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Kilo alamama, öksürük, ishal, ateş şikayeti ile başvuran on dört aylık erkek çocuk tetkik ve tedavi amacı ile yatırıldı. Özgeçmişinde 3500 gr olarak normal doğumla doğan hastanın hastane yatış öyküsü yoktu, aşıları yapılmıştı. Sekiz aylıktan sonra ishal, ağızda geçmeyen yara ve pamukçuk şikayetleri olmuş, kilo kaybetmişti. Soygeçmişinde 2. derece akraba evliliği, 18 aylıktan enfeksiyon nedeni ile kaybedilen erkek kardeş ve süt çocukluğu döneminde kaybedilen kuzen öyküsü mevcuttu. Muayenede genel durumu düşkün, bilinci açık, çevreyle ilgili, turgor- tonus azalmış, ateş: 38.2C, KTA:122/dak, DSS:40/dak, kilo:6600 gr (<3.p), boy:71cm (<3.p),BÇ:45 cm(3.p) idi. Hafif hipotonisi olan hasta desteksiz oturuyor, ayakta duramıyor, kelime söylemiyordu. Bilateral akciğer alanlarında krepitasyon, taşipne dışında dışında diğer sistem muayeneleri normaldi. Tetkiklerinde kan sayımında WBC:3300, lenfosit:1090, PNL:1240, hb:11.7 g/dl, MCV:75fl, PLT:366000, CRP:2.8mg/dl, karaciğer enzimleri ve böbrek fonksiyon testleri normal, ürik asit:0.1 mg/dl idi. AC filminde parakardiyak infiltrasyonu vardı, timus gölgesi yoktu. Hastaya pnömoni tedavisi için sefotaksim IV başlandı.Lenfosit alt gruplarında CD19:%16, CD3+CD4:%7.6, CD3:%23.7, CD3+CD8:%16, CD3- CD16.56:%70 saptandı. IgA:313mg/dl, IgM:105mg/dl, IgG:1869mg/dl idi. Hastada klinik bulguları ve tetkiklerinde ürik asit düşüklüğü, sebat eden lenfopeni nedeni ile PNP eksikliği düşünülerek genetik analiz gönderildi, PNP geni ekzon3-5 homozigot delesyon saptandı.

SONUÇ: PNP enzimi inozin, deoksiinozin, guanozinin ve deoksi guanozinin gibi pürin nukleozidlerinin hipoksantin ve guanine çevrilmesinde görevlidir. Eksikliğinde lenfositler için toksik metabolitler olan deoksiguanozin ve deoksi inozin artar. Tekrarlayan enfeksiyonlar, dirençli kandidiyazis, nörogelişimsel gecikme, spastisite, ataksi, hipotoni, otoimmün hastalıklar, tonsiller doku yokluğu, palpe edilemeyen lenf bezleri, splenomegali, küçük timus, kilo alamama gibi klinik bulgular görülür. Bu olgu sunumu ile, benzer klinik bulgularla başvuran hastalarda lenfopeni ve ürik asit düşüklüğünün PNP eksikliği nedeni ile olabileceği, erken tanı ve kemik iliği nakli ile hastalığın tedavisinin mümkün olduğu vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: ürik asit düşüklüğü, lenfopeni, pürin nukleozid fosforilaz eksikliği

PP-016

Minimal İnvaziv Cerrahinin Bir Eğitim Kliniğinde Yükselişi ve Bu Süreçte Çıkardığımız Dersler

Mesut Demir, Duygu Gürel, Meltem Kaba, Nihat Sever, Abdullah Yıldız, Melih Akın, Çetin Ali Karadağ, Ali İhsan Dokucu
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Minimal invaziv cerrahinin endikasyonları giderek genişlemektedir. Günlük pratikte pek çok hastada minimal invaziv cerrahi girişimler kullanılmaktadır. Bu sunumun amacı minimal invaziv cerrahi yaklaşımların kliniğimizdeki yeri ve çeşitliliğinin yıllar içindeki değişimini ve elde ettiğimiz tecrübeleri sunmaktır.

YÖNTEM: Minimal İnvaziv cerrahinin kliniğimizdeki kullanıma girdiği 2006 yılı ile 2016 yılı arasındaki tüm laparoskopik ve torakoskopik girişimler retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Yıllık 34 olgu ile başlayan minimal invaziv girişimlerimizin sayısı düzenli olarak artarak yıllık 680 olguya dek yükselmiştir. 10 yılda toplam 3124 olgu minimal invaziv cerrahi ile tanı ve tedavi edilmiştir.

SONUÇ: Minimal İnvaziv Cerrahi Girişimler kliniğimizde önemli bir yer işgal etmekte olup hızla klasik yöntemlerin yerini almaktadır. Günlük pratikte pek çok hastada minimal invaziv cerrahi girişimler kullanılmaktadır.Kliniklerde minimal invaziv girişimler için standartize edilmiş bir formata ihtiyaç vardır.Hali hazırda ülkemizde teknik ekipman ve temel eğitim eksikliği en önemli sorunlardır. Bir asistan hekimin, ilk minimal invaziv cerrahi girişim deneyiminin hasta bir çocukta olmaması gerektiğine inanmaktayız.

Anahtar Kelimeler: çocuk cerrahisi, eğitim kliniği,laparoskopi,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-017

Atan kalpte aortik kök posterior translokasyonu Nikaidoh prosedürü

Abdullah Arif Yılmaz¹, Ömer Faruk Şavluk², Görkem Çitoğlu¹, Berra Zümrüt Tan Recep¹, Murat Şahin³, Ali Can Hatemi¹, Hakan Ceyran¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Kalp ve Damar Cerrahisi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Kardiyolojisi, İstanbul

AMAÇ: Büyük arter transpozisyonu (BAT), Ventriküler Septal Defekt (VSD), Pulmoner Stenoz (PS) birlikteliği olan hastaların biventriküler fizyoloji ile sonuçlanan cerrahi tedavilerinde kullanılan metodlar içinde (REV prosedürü, Rastelli tipi onarımı, Nikaidoh prosedürü) nispeten en az kullanılan metod Nikaidoh prosedürüdür. Bunun belki de en önemli sebebi diğer metodlara göre daha sofistike cerrahi teknik ve el becerisi gerektirmesi ve başarısızlık durumunda alternatif metodların (Koroner arterioplasti, Koroner arter Bypass greftleme, Asist cihaz ve transplantasyon gibi) mortalite ve morbiditesinin yüksek olmasıdır. Ancak diğer metodlara göre hem daha fizyolojik hem de daha anatomik olması ve cerrahi sonrası geç dönemde daha iyi kardiyopulmoner performans beklentisi nedeniyle bu metoda giderek artan oranda başvurulmaya başlanmıştır. Gelişen teknik ve teknolojik imkanlarda cerrahları daha fazla sayıda bu prosedürü gerçekleştirmeye itmektedir. Genelde ameliyatın büyük kısmında kalp durdurularak yapılmasına rağmen bu vakamızda aortanın hazırlanması ve posteriora taşınması işlemlerini zor olsada atan kalpte yaparak olası koroner yaralanma ve miyokard disfonksiyonu ihtimalini belirgin azaltarak gerçekleştirdiğimiz vakamızı paylaşmak istedik.

OLGU: 2 yaşında ve 12 kilogram olan erkek cinsiyetteki hastamız dış merkezden tarafımıza cerrahi açısından değerlendirilmek üzere refere edildi. Yapılan tetkiklerinde triküspid kapak kordalarından birinde straddeling saptanması ve VSD yerleşiminin intraventriküler tünel oluşturmaya uygun olmaması gibi sebeplerle Nikaidoh prosedürüne karar verildi. Ameliyatta koroner arterler ve aort kökü atan kalpte hazırlanıp posterior translokasyon ve anastomozun posterior halkası yine atan kalpte yapıldı. Böylece olası koroner yaralanma, torsiyon, gerilme gibi iskemik riskli hadiseler ve aort yetersizliği anında saptanıp müdahale edilmesi mümkün kılındı. Pulmoner arter ve dalları perikard yama ile augmented edilerek darlık riski azaltıldı. Triküspid kordaları sağ tarafta bırakılarak VSD kapatıldı. Pulmoner pozisyona kapak konmadı. Pulmoner pozisyona tamamen prostetik materyal kullanılmaması sebebiyle konduit değişimi gibi operasyon ihtimali belirgin azaltılmış oldu. Yapılan postoperatif eko kontrolü tatminkar saptandı. Sorunsuz bir postoperatif dönemi olan hasta altıncı gününde taburcu edildi.

SONUÇ: İyi preoperatif değerlendirmeyle Nikaidoh prosedürü uygun hastalarda düşük mortalite ile gerçekleştirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kompleks transpozisyon, Nikaidoh prosedürü, Rastelli prosedürü, REV prosedürü

PP-018

Yüksek serum laktat dehidrogenaz düzeyi ve B12 vitamin eksikliği birlikteliği olgu sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Gunher Arica², Murat Doğan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Çocuklarda çok yüksek serum LDH seviyesi karaciğere metastaz yapmış solid organ tümörleri, hematolojik maligniteler ve ciddi enfeksiyonların seyri esnasında görülebilir. Bu olgu sunumunda non-spesifik semptomlarla getirilen bir çocukta derin anemi ve yüksek serum LDH seviyesi ile birlikte olan vitamin B12 vitamin eksikliğini vurgulamak istedik.

OLGU: Beş yaş kız hasta, başvurudan bir ay önce iştahsızlık, halsizlik, yorgunluk ve solukluk nedeniyle götürüldüğü aile hekiminde anemisinin olduğu söylenilerek demir tedavisi başlanmış. Tedaviye rağmen şikayetleri süren hasta tarafımıza getirildi. Fizik muayenesinde genel durumu orta, sclera ve cildi soluk idi. Vücut ağırlığı:16 kg (25-50 p), boy:102 cm (25-50 p), ateş:36,7°C, nabız:112/dk idi. Tam kan sayımında hemoglobin:6.6 gr/dL, hematokrit:%20 .1, MCV:102 fL, lökosit:6,120/mm³, trombosit:122,000/mm³, biyokimyasında serum LDH:4018 U/L (145-345), AST:82 U/L olarak bulundu. Diğer biyokimyasal parametreleri normal aralıktaydı. Vitamin B12 düzeyi 54 pg/mL (195-771). Folik asit düzeyi:12 ng/mL, ferritin düzeyi:105 ng/mL saptandı. İdrar tetkiki normal idi. Periferik yaymasında makrositler görüldü. Öyküsünden kırmızı et tüketemediği öğrenilen hastaya nutrisyonel vitamin B12 eksikliğine bağlı anemi tanısı kondu. İntramusküler siyanokobalamin tedavisi başlandı. Tedavinin birinci, 10. ve 21. gününde muayenesi ve tetkikleri tekrarlanan hastanın klinik ve laboratuvar bulgularında düzelme olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Serum LDH seviyesi birçok hastalığın seyri esnasında (hemolitik anemi, pernisiyöz anemi, akut böbrek hasarı, akut karaciğer hasarı, kemik kırıkları, kas yaralanmaları, pankreatit, sepsis, enfeksiyonlar) artabilirken, aşırı artmış serum LDH seviyesi karaciğere metastaz yapmış solid organ tümörleri, hematolojik maligniteler ve ciddi enfeksiyonlar (Pneumocystis jirovecii pnömonisi, Avian İnfluenza-H5N1) esnasında görülür. B12 eksikliğinde inefektif eritropoez (intramedüller hemoliz) bulgusu olarak serum LDH artışı beklenirken olgumuzda oldukça yüksek serum LDH saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: serum laktat dehidrogenaz, vitamin B12 eksikliği, çocuk



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-019

Çocukluk döneminde hisiltının nadir bir nedeni: Yabancı cisim aspirasyonu Olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Dost Zeyrek³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

³İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Trakeobronşial ağaca ait yabancı cisim aspirasyonları tanısı zor olan ve sıklıkla astım veya tekrarlayan akciğer enfeksiyonu nedeni ile tedavi edilen klinik bir durumdur. Olgumuz yabancı cisim aspirasyonu tanısı alan bir vakadır.

OLGU: Daha önce hiç yakınması yok iken iki ay önce başlayan hisilti ve öksürük yakınmaları olan 18 aylık bir erkek hastaya bir dış merkezde oral antibiyotik ve inhaler yolla verilen tedavilerin başladığı, geçen sürede öksürük yakınmasının azaldığı ancak hisilti şikayeti düzelmediği, son bir haftadır yukarıdaki yakınmaların artması üzerine benzer tedavilerin verildiği ve klinik durumunda düzelmeme olmasına nedeniyle kliniğimize getirildiği öğrenildi. Fizik muayenede vital bulgular ateş: 36,5 °C (aksiller), solunum sayısı 44/dk, kalp atım sayısı 122/dk ve tansiyon arteriyel 80/60 mmHg bulundu. Suprasternal çekilme, ekspiriyum uzunluğu, hisilti ve sağ akciğer orta bölümde daha bariz duyulan ronküs saptandı. Oda havasında oksijen saturasyonu % 90-92 idi. Laboratuvar çalışmalarından tam kan sayımında Hb 12.2 g/dl, Htc %37, beyaz küre sayısı 9.600/mm³ ve trombosit sayısı 191.000/mm³ bulundu. Kan biyokimyası normal sınırlarda idi. Kan gazı pH 7.34, HCO₃ 22.5 mmol/l ve PCO₂: 44 mmHg saptandı. CRP 1.8 mg/dl bulundu. PA ve sağ yan akciğer grafilerde sağ akciğerde havalanma fazlalığı görüldü. Göğüs tomografisinde sağ ana bronş düzeyinde hava sütununun kesintiye uğradığı saptandı. Yapılan bronkoskopide fındık parçaları çıkarıldı. Bronkoskopi sonrası her iki akciğer havalanmasının eşit olduğu görüldü.

SONUÇ: Yabancı cisim aspirasyonları çocuklarda daha siktir. Yabancı cisim aspirasyonlarından şüphelenmek için hikaye, fizik muayene, radyoloji genellikle yeterlidir. Tanı konulan ve şüphelenilen hastalarda rijit bronkoskopi ile yabancı cismin alınması etkili ve güvenli bir metoddur.

Anahtar Kelimeler: Yabancı cisim aspirasyonu, bronkoskopi, çocuk

PP-020

Ağlayan Bebek Olgu Sunumu: Saç-iplik turnike sendromu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Murat Doğan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Saç-iplik turnike sendromu; saç teli, iplik benzeri maddelerin uzuvlara dolanarak, dolaşımlarının bozulmasıyla tanımlanmıştır. El, ayak parmakları, penis, klitoris, boyun, küçük dil etkilenen bölgelerdir. Erken tanı konulup tedavi uygulanmadığında ise kalıcı doku hasarı, nekroz, amputasyon gibi sonuçlara neden olabilmektedir.

OLGU: İki aylık kız hasta iki gündür ağlama, huzursuzluk şikayetiyle sol ayak 3. ve 4. parmağında kızarıklık, şişlik fark edilerek acil servise getirildi. Özgeçmiş ve soy geçmişi özellik yoktu. Fizik muayenesinde vital bulguları stabil idi. Sol ayak 3.- 4.parmaklarda ödem, hiperemi, ısı artışı, pürülan akıntısı vardı. Parmaklarda dolaşım bozukluğu olup kapiller dolaşım mevcuttu. Hastanın parmakları dikkatli bir şekilde incelendiğinde parmaklara ince sarı renkli saç teline dolanmış olduğu görüldü. Diğer sistem muayene bulguları normaldi. Ortopedi ve travmatoloji bölümüne danışılarak parmakta saç teli çıkartılma işlemi komplikasyonsuz olarak gerçekleştirildi. Alt ekstremitelerde doppler ultrasonografisinde sol ayak tüm parmaklar end arterlerde akım normal paterndeydi. Laboratuvar parametreleri normaldi. Sistemik ve lokal antibiyotik tedavisi başlandı kalp ve damar cerrahisi'ne danışılarak ayak elevasyonu, soğuk uygulama yapıldı. Tedavisinin 24. saatinde ısı artışı, 48. saatinde hiperemi ve ödemi tamamen gerileyen hasta ayaktan kontrole gelmek üzere komplikasyonsuz şekilde şifa ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bu olgu ile huzursuzluk şikayetiyle acil servise başvuran bebeklerde ender görülen "Saç-iplik turnike sendromu"nın hekimlerce akılda bulundurulması; erken tanı ve tedavinin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ağlayan bebek, Saç iplik turnike sendromu, ayak parmağı



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-021

Süt çocuğu döneminde Methemoglobinemi Olgusu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Murat Doğan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Methemoglobin (metHb), eritrositlerde bulunan hemoglobinin yapısındaki demirin ferro (Fe+2) formundan ferrik (Fe+3) hale gelmesi sonucunda ortaya çıkar. Methemoglobinemi, hemoglobin-O₂ disosiyasyon eğrisini sola kaydırarak dokulara daha zor O₂ verilmesine neden olur. Normal sağlıklı insanlarda kandaki %1-2'lik metHb düzeyini sitokrom b5 metHb redüktaz enzimi sağlamaktadır. İnfanlarda hemoglobindeki methemoglobin redüktaz aktivitesi düşük olduğundan methemoglobinemi riski fazladır.

OLGU: El ve ayaklarda morarma şikayeti ile acil servise getirilen, ek yakınması olmayan 11 aylık hastanın fizik muayenesinde solunum sıkıntısı saptanmadı. Kardiyak üfürüm yoktu, periferik nabızlar bilateral eşit ve normal dolgunlukta, kapiller dolum zamanı 2 saniye idi. Hastanın aynı gün içinde lokal anestezi ile sünnet edildiği öğrenildi. Pulse oksimetre ile O₂ saturasyonu: %70-75 düzeylerinde seyreden hastanın kan gazında pH: 7,33, pCO₂: 40 mmHg, pO₂: 95 mmHg, HCO₃: 22 mEq/L bulundu. Nazal O₂ ile saturasyonu yükselmeyen hastanın methemoglobin düzeyi % 36 saptandı. Methemoglobinemi tanısı ile yenidoğan yoğun bakım ünitesine alınan hastaya O₂ desteği ve iv sıvı tedavisi başlandı. Takibinde düzelme gözlenmeyen hastaya 1 mg/kg dozunda metilen mavisi iv yoldan verildi. Uygulamadan sonra 15 dakika içinde hastanın siyanozu geriledi, methemoglobin düzeyi % 6 bulundu. Takiplerinde metHb düzeyi normal sınırlara gerileyen hasta yatışının 3. gününde hasta taburcu edildi.

SONUÇ: Methemoglobinemi, siyanoz ile başvuran, solunum ve dolaşım sistemi bulguları normal olan her hastanın ayırıcı tanısında düşünülmeli, ilaç kullanımı ayrıntılı olarak sorgulanmalıdır. Tedavide öncelikle ilaç kesilmeli ve vücuttan uzaklaştırılmalı, destek tedavisi başlatılmalıdır. MetHb düzeyinin %20'nin altında olduğu durumlarda destek tedavisi ve gözlem genellikle yeterlidir. MetHb düzeyi %20'nin üzerindeyse tedavide ilk tercih edilen ilaç metilen mavisidir. Tedavide oldukça etkin olan metilen mavisine ülkemiz şartlarında ulaşmak zor olmaktadır. Tedavide kullanılan diğer bir ilaç askorbik asittir. Kan metHb düzeyinin % 70'in üzerinde olduğu durumlarda hiperbarik O₂ tedavisi ve kan değişimi uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: methemoglobinemi, siyanoz, süt çocuğu

PP-022

Oral Parasetamole Alımına Bağlı Gelişen Toksik Epidermal Nekroliz: Olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Murat Doğan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Toksik epidermal nekroliz (TEN) yaygın eritem ve epidermis nekrozu ile karakterize bir deri reaksiyonudur. Deri lezyonları eritematöz maküller şeklinde başlayan hızla ortasında nekroz gelişen ve soyulan vezikül, büller şeklindedir. Enfeksiyonlar, ilaçlar, malignite ve radyasyon gibi nedenler hastalığı tetiklemektedir. İlaçlardan en sık sulfonamidler, antikonvülzanlar, antibiyotikler ve steroid olmayan antiinflamatuar ilaçlar hastalığa neden olabilmektedir. Burada literatürde nadiren bildirilen parasetamole bağlı gelişen TEN süt çocuğu vakası sunulmuştur.

OLGU: Daha önce herhangi bir yakınması olmayan 10 aylık erkek hasta 2 gün önce başlayan üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle verilen parasetamol sonrası ense ve boyunda kızarıklık, şikâyetleri ile polikliniğimize başvurdu. Hastanın anamnezinde son bir ay içerisinde başka ilaç kullanım öyküsü yoktu. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; vücutta özellikle boyun ve ense kısmında daha belirgin olmak üzere eritematöz makülopapüler, genital bölgede yaygın eritematöz lezyonlar mevcuttu. Beyaz küre sayısı ve akut faz reaktanlarının yüksekliği dışında diğer laboratuvar parametrelerinde patoloji saptanmadı. Mevcut klinik bulgular ile hastaya ilaca sekonder gelişen TEN tanısı konuldu. Hasta dermatoloji bölümü ile konsülte edildikten sonra, lezyonların yaygın ve kan tablosunun enfeksiyon bulguları olması üzerine tedavisi intravenöz immünglobulin, steroid ve ampirik antibiyotik olarak düzenlendi. Yatışının 4. gününde hastanın kliniğinde ve enfeksiyon parametrelerinde iyileşme gözlenen hastanın antibiyoterapisi 10 güne, steroid tedavisi 5 güne tamamlanarak kesildi. Takiplerinin birinci ayında mevcut lezyonlarında skarla iyileşme gözlemlendi.

SONUÇ: İlaç reaksiyonları çocuklarda erişkinlere oranla daha nadir görülmekle birlikte uzun süreli ve çoklu ilaç kullanımı olan çocuk hastalarda, Steven-Johnson sendromu ve TEN gibi şiddetli ilaç reaksiyonlarının gelişme riski göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Parasetamol, Toksik Epidermal Nekroliz, süt çocuğu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-023

Nadir Bir Olgu: Beals Hetch Sendromu

Aysun Boğa¹, Necla Yüce², Ebru Aydın Kaçmaz³, Şirin Güven¹, Ozan Özkaya⁴

¹Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Yakacık Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Beals Sendromu doğumsal iskelet deformiteleriyle presente olan, herediter hastalıklardan biridir. İlerleyici kontraktürler ve skolyozun engellenmesi için erken tanı önemlidir. Bu vaka yürüyememe şikayetiyle gelen iskelet deformiteli çocuklarda Beals sendromunda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU: İki yaşında erkek olgu yürümede zorluk, topallama şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Şikayetlerinin birkaç aydır annesi tarafından fark edildiği anamnezi alındı. Özgeçmişinde özellik saptanmayan olgunun aile anamnezinde annesinin iki yaşında yürümede gecikme nedeniyle hastaneye başvurduğu raşitizm tanısı aldığı öğrenildi. Annesinin fizik muayenesinde; skolyoz, heliks antiheliks anomalisi, ellerde deformite ve yürümede bozukluk tespit edildi. Olgunun fizik muayenesinde ise kepçe ve düşük kulaklar, dismorfik yüz görünümü, elde araknodaktili, alt ekstremitelerde fleksiyon kontraktürü mevcuttu. Ayak bileği dorsifleksiyon açısı geniş olarak ölçüldü. Alt ekstremitte grafisinde o bacak görüntüsü mevcuttu. Sistemik muayene ve konsültasyonlarda ek patolojiye rastlanmayan hastanın boyu: 82 cm (3-10 pers), kilo: 12kg (25-50 pers), baş çevresi: 48 cm (25-50 pers) idi. DENVER gelişim testi normal olarak değerlendirildi. Bu bulgularla yapılan genetik değerlendirmede Beals Hetch Sendromu düşünülen olgunun ortopedi ve fizik tedavi bölümlerinden değerlendirmeleri istenerek takibe alındı.

SONUÇ: Beals Hetch sendromu nadir görülen Otozomal Dominant kalıtılan bir hastalıktır. Hastalığa fibrilin 2 geni sebep olmaktadır. Klinik bulgular ağırlıklı olarak iskelet anormallikleri, kulak anomalileridir. Araknodaktili ve benzer iskelet anomalisi ile prezente olan marfan sendromundan göz ve kalp patolojilerinin olmamasıyla ayrılır. Beals Hetch sendromu tanısı alan hastaların durumu hemen aileyle paylaşılmalı ve multidisipliner bir yaklaşımla koruyucu tedavilere başlanmalıdır. Dizdeki fleksiyon kontraktürleri 20 derecenin altına çekilmeye çalışılmalıdır, bu olgularda öncelikle fizyoterapi düşünülmelidir. Olgumuzun 12 ay sonraki muayenesinde yürümeye başladığı ve kontraktürlerinin gerilediği görülmüştür. Skolyoz çocukların yarısında, erişkinlerin tamamına yakınında görülen diğer bir iskelet deformitesidir. Olgumuzda skolyoza rastlanmamış olup annesinde tespit edilmiştir. Beals Hetch sendromlu hastaların zekaları genellikle normaldir. Sonuçta Beals Hetch sendromu tanı şüphesi düşünüldüğünde kesinleştirilmesi önemlidir. Multidisipliner yaklaşımda ilerleyici kontraktürlerin ve skolyozun tedavisi öncelikle düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yürüyememe, İskelet Deformitesi, Fizyoterapi

PP-024

Teofilin entoksikasyonu: Bir Olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Fatih Karaaslan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

³İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Çocuk Kliniği

Teofilin, obstrüktif havayolu hastalıklarının tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Teofilin kan konsantrasyonu 15 µg/mL'nin üzerinde olduğunda toksisite için risk oluşturmaktadır. Teofilin intoksikasyonuna bağlı olarak, kan düzeyi 20 µg/mL'nin üzerine çıktığında karın ağrısı, bulantı, kusma görülürken, 30 µg/mL'nin üzerine çıktığında taşikardi, aritmi ve inme görülmektedir. Ayrıca hiperglisemi, hipokalemi, asit-baz dengesi bozukluğu ve lökositoz gibi metabolik anormallikler izlenebilir. On yaşında kız hasta şiddetli kusma ve baş ağrısı şikâyetleriyle getirildi. Hastanın fizik muayenesinde genel durum orta bilinci açık idi. Nörolojik ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında glukoz 140 mg/dL, sodyum 141 mEq/L, potasyum 2,7 mEq/L, beyaz küre sayısı 17 500/mm³ idi. Tekrarlayıcı kusma atakları olan hastanın yaklaşık 4 saat önce teofilin içeren bronkolin 300 mg tablet adlı ilaçtan şeker niyetine yaklaşık 10 adet içtiği öğrenildi. Hastanın bakılan kan teofilin düzeyi >40 µg/mL (N: 10-20 µg/mL) olarak geldi. Hasta monitörize edildi, aktif kömür, potasyum ve sıvı desteği verildi. Takiplerinde vital bulguları stabil seyreden ve kontrol kan teofilin düzeyi 3,3 µg/mL gelen hasta, kontrollere gelmek üzere taburcu edildi. Bu olgu sunumuyla akut ve açıklanamayan kusma, baş ağrısı gibi semptomlar ile beraber hiperglisemi, hipopotasemi ve taşikardi varlığında altta yatan bir ilaç suistimali olabileceği vurgulanmak istendi.

Anahtar Kelimeler: teofilin, entoksikasyon, baş ağrısı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-025

Yumurta alerjisi olan bir süt çocuğunda KKK aşısı sonrası Anafilaksi: Olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Fatih Karaaslan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

³İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Çocuk Kliniği

Yumurta alerjisi çocukluk döneminde en sık görülen besin alerjilerinden biridir. Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak (KKK) aşısının ilk uygulandığı dönemlerde yumurta alerjisi olan çocuklarda görülen anafilaktik reaksiyonların aşının içerdiği yumurta proteinlerine bağlı olduğu düşünülmüştü ancak sonraki yıllarda reaksiyonlardan jelatinin veya neomisin sorumlu olabileceği gösterilmiştir. KKK aşısındaki yumurta protein miktarının tespit edilemeyecek kadar düşük olduğu için alerjik reaksiyona yol açmayacağı ve dolayısıyla yumurta alerjisi olan çocuklara KKK aşısının güvenli bir şekilde yapılabileceği güncel kaynaklar tarafından bildirilmektedir. Altı aylık iken ek gıdaya geçişi döneminde yumurta verilmesi sonrasında tüm vücutta ortaya çıkan ürtiker nedeni ile başvuran olguda yapılan tetkikler (yumurta sarısı ve beyazına karşı spesifik IgE ve deri testi pozitif) sonucunda yumurta alerjisi saptandı. Olguya 12 aylık iken gözlem altında ülkemizde rutin olarak kullanılmakta olan KKK aşısı yapıldı. Aşı yapıldıktan sonra ikinci dakikada öksürük, peroral siyanoz, hipotansiyon ve tüm vücutta kızamıklık gözlenmesi üzerine anafilaksi olarak değerlendirilerek intramüsküler adrenalin, antihistaminik ve steroid tedavileri uygulandı. İzleminde gönderilen jelatine karşı spesifik IgE negatif saptandı. Bu vaka, yumurta alerjisi bulunan olgularda KKK aşısının tüm anafilaksi önlemleri alınarak yapılması ve vakaların aşı sonrası en az 30 dakika gözlenmesi gerektiğini vurgulamak açısından sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: yumurta alerjisi, anafilaksi, KKK aşısı

PP-026

Depo Penisilin sonrası gelişen Stevens-Johnson Sendromu: Olgu Sunumu

Vefik Arica¹, Seçil Günher Arica², Fatih Karaaslan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Okmeydanı EAH, Aile Hekimliği Kliniği, İstanbul

³İstanbul Yeniüzyıl Üniversitesi Tıp Fakültesi, Özel Gaziosmanpaşa Hastanesi, Çocuk Kliniği

Stevens-Johnson sendromu yüksek ateş, pürülan konjunktivit, eroziv stomatit ve jeneralize ekzantemli cilt lezyonları ile karakterize bir hastalıktır. Çocuklarda etiyolojisinde en sık ilaçlar ile saptanır. Enfeksiyonlar, neoplaziler ve otoimmün hastalıklara bağlı olarak da oluşabilir. Tedavisinde destek tedavisi ve sistemik kortikosteroid önerilmektedir. Altı yaşında kız hasta, tüm vücutta yaygın döküntü, ateş şikâyetiyle getirildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, bilinci açıktı. Tüm vücutta yaygın ekzfoliyatif döküntüleri vardı. Tonsiller belirgin şekilde hiperemik ve hipertrofikti. Anti streptolisin O: 80 IU/mL, sedimantasyon 6 mm/saat ve C-reaktif protein 45,2 mg/dl idi. Olgu ilk etapta kızıl olarak değerlendirilerek kristalize penisilin, ibuprofen ve parasetamol tedavileri başlandı. İlk doz penisilinden sonra döküntüleri artarak dudaklar, ağız içi ve konjunktivalarda oldu. Aile tekrar sorgulanınca iki gün önce dış merkezde benzatin benzilpenisilin, prokain penisilin G ve penisilin G içeren depo penisilin yaptırdığı ve penisilinden sonra döküntülerinin geliştiği öğrenildi. Penisilin tedavisi kesilerek sekonder enfeksiyonların önlenmesi için seftriakson başlandı. Prednizolon, cilde nemlendirici verildi. Tedavinin 4. gününde hastanın vücudundaki hiperemiler azaldı ve tedavinin 10. gününde cilt bulguları tamamen kayboldu. Stevens-Johnson sendromunun penisilin grubu antibiyotiklerin kullanımına bağlı olarak gelişebileceğini hatırlatmak amacıyla bu vaka sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Stevens-Johnson sendromu, Tonsillit, Penisilin



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-027

Anormal Solunum Paterni ve Tekrarlayan Benzer Klinikle Acil Servise Başvuran Nadir Bir Olgu Sunumu: Joubert Sendromu

Seda Aras, Fatih Aygün, Yelda Türkmenoğlu, Ömer Faruk Beşer
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Joubert sendromu OR geçiş gösteren, hipotoni, ataksi ve nöbetlerle seyreden bir hastalıktır. Klinik olarak anormal göz hareketleri, nistagmus, mental motor gelişme geriliği izlenir. Hipotoni ve mental retardasyon Joubert sendromunda klinik olarak belirleyici bulgulardır. Nadir görülen bir hastalık olması ve yenidoğan döneminden itibaren anormal solunum paterni, tekrarlayan benzer klinikle gelen hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gerektiği için olgu sunulmuştur.

OLGU: 35 günlük erkek bebek. Öyküsünden 2320gr normal spontan doğum sonrası sepsis ve dehidratasyon nedeniyle 9 gün süreyle YDYBÜ'de yatırıldığı öğrenildi. Bebek taburculuk sonrası tekrar solunum sıkıntısı, beslenememe ve kasılmaları nedeniyle 17 gün tekrar YDYBÜ'de yatırılmış. Hastapostnatal 33 günlükken tekrar besleneme ve huzursuzluk şikayetiyle acil servise başvurdu. Geldiğinde genel durum kötü, turgor tonus bozulmuş, akral siyanoz mevcut ve kutis marmaratus görünümü mevcuttu. VA:3020gr; ağız:36.7; kan basıncı:61/34mmHg; KTA:130/dk; yüzeyel solunumu mevcut, hipoton bebek. Hasta irritabl olması nedeniyle acil serviste yapılan BT'de beyin ödemi saptanarak yoğun bakım ünitesine alındı. Gelişindeki laboratuvar tetkikleri WBC:9400/mm³; Hgb:10.6 mg/dl; Plt:312.000/mm³; glukoz:72; BFT, KCFT normal; elektrolitleri normaldi. Enfeksiyon markerları: CRP:1.6mg/l (0-5 mg/l), prokalsitonin:0.11.PT ve aPTT normaldi. Amonyak:90; kan gazı:ph:7.32, pCO₂:54, HCO₃:27, baz açığı:0.9. Hasta yoğun bakıma alındı, monitörize edildi. Solunumu yüzeyel olan hasta entübe edildi, ampirik antibiyoterapi başlandı. Beyin ödeme yönelik hipertonic tedavi başlandı. Hastanın kontrol beyin BT'si ve MR'ında Joubert sendromu açısından tipik olan molar diş görünümü saptanması üzerinde hastada ön tanı olarak Joubert sendromu düşünüldü. Eşlik edebilecek diğer anomaliler açısından yapılan abdomen USG, ekokardiyografi, kromozom analizi ve göz muayenesi normal saptandı. İzlemde solunum sıkıntısı düzelen hasta 10 günlük yatışının ardından taburcu edildi.

TARTIŞMA: Joubert sendromu tanısı alan hastalar sıklıkla yaşamın ilk haftalarında başlayan hipotoni, anormal solunum paterni, irritabilite, anormal dil-göz hareketleri ile başvurur. Yenidoğan döneminde tanısı sıklıkla yenidoğanın geçici takipnesi, sepsis ve menenjit ile karışabilmektedir. En karakteristik görüntüleme özellikleri interpedinküler fossanın derinleşmesi, süperior serebellar pedinküllerin kalınlaşması, vermis hipoplazisidir. Bu 3 bulgu Joubert sendromu için tipik molar diş görünümünü oluşturur. Tedavi semptomatiktir. Prognoz eşlik eden diğer sistem bulgularına göre değişkendir. Bu hastalar opioid ve solunumu deprese eden anestetiklere karşı çok duyarlıdır. Sonuç olarak Joubert sendromu nadir görülen bir hastalık olarak bizim olgumuzda olduğu gibi yenidoğan döneminde irritabilite ve anormal solunum bulgusuyla gelen ve benzer klinikle tekrarlayan hastane başvuruları hastalarda ayırıcı tanıda düşünülmesi gereken bir durumdur.

Anahtar Kelimeler: molar diş görünümü, MR, joubert, tekrarlayan solunum sıkıntısı, anormal solunum paterni

PP-028

Konjenital Glokom: Olgu Sunumu

Bilgihan Bıkmazer, Aysun Boğa, Ebru Şahin, Timuçin İmdadoğlu, Şirin Güven
Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Primer konjenital glokom nadir görülen, otozomal resesif bir göz hastalığıdır ve gözün ön bölümünün gelişimsel defekti sonucu oluşur. Bu olgu sunumunda nadir görülen genetik defektlerden birine dikkat çekmek amaçlanmıştır.

OLGU: Normal yolla 40. GH'da 3140 gram olarak kız bebeğin soygeçmişinde anne ile baba arasında akraba evliliği mevcuttu. Apgar skoru 1'8, 5' 9 olan bebeğin fizik muayenesinde gözlerde bilateral kornea bulanıklığı, artmış kornea çapı (bftalmus) dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Göz Hastalıkları uzmanı ile konsülte edilerek konjenital glokom teşhisi alan bebeğe mannitol tedavisi başlanarak operasyonu planlandı.

TARTIŞMA: Primer konjenital glokom, otozomal resesif kalıtılan, intrauterin hayatta dış akım yollarının yeterince gelişmemesi nedeniyle göz içi basıncının artmasıyla sonuçlanan ve en sık rastlanılan gelişimsel glokom tipidir. Primer konjenital glokomların çoğunluğunu izole infantil glokom oluşturur. Bununla birlikte fakomatozlar, metabolik hastalıklar, bağ dokusu hastalıkları, kromozomal hastalıklar, SSS'i anomalileri gibi oküler konjenital anomaliler ve sistemik hastalıklarla ilişkili glokomlar da görülebilir. Konjenital glokomda sıklıkla her iki göz birden etkilenir. Akraba evliliğinden doğan olgumuzda da bulgular iki gözdede mevcuttu. Bebeğin muayene ve tetkiklerinde ikincil durumları düşündürecek bulguya rastlanmadı. Primer konjenital glokomda medikal tedavi ardından uygulanan cerrahi tedavi ile körlük engellenebilir. Akraba evliliğinin sık görüldüğü ülkemizde otozomal resesif geçiş gösteren hastalıkların sıklığı da göz önünde bulundurulduğunda yenidoğan değerlendirmesinde konjenital glokoma dikkat edilmeli ve gerekli tıbbi müdahaleler zamanında yapılarak körlük gibi komplikasyonların oluşmasına engel olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Glokom, Yenidoğan, Körlük



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-029

Çoklu eklem tutulumu ile gelen bir Ailevi Akdeniz Ateşi olgusunun sunumu

Muhammed Sami Tufan, Hatice Nilgün Selçuk Duru, Melike İrem Petan, İrem Yörük, Berker Okay, Ümit Gül, Murat Elevli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: FMF, ateşin eşlik ettiği tekrarlayan karın, göğüs, eklem ağrısı ve artrit gibi seröz membranların iltihabına bağlı ataklarla seyreden bir hastalık olup farklı genotiplerde ve etnik gruplarda farklı seyredebilir. FMF ile birlikte görülen artrit klasik olarak kalça veya diz gibi büyük eklemi tutan ve çoğunlukla sekelsiz iyileşen monoartrit şeklindedir. Burada iki ayak ve bir el bileğinde artrit bulgularıyla gelen, izleminde vaskülitik döküntü gelişen hasta; artrit ayırıcı tanısında FMF'in önemini vurgulamak, Henoch-Schönlein purpurasıyla birlikteliğine dikkat çekmek amacıyla sunuldu.

OLGU: 5 yaşındaki kız hasta iki ayak ve sol el bileğinde eklem şişliği, kızanklığı, ısı artışı yakınmalarıyla kliniğimize getirildi. Bu yakınmaları dokuz gün önce başlamıştı ve iki hafta önce boğaz enfeksiyonu geçirmişti. Hikayesinden bebekliğinden beri devam eden karın ağrısı yakınmaları olduğu öğrenildi. Annenin amcası dializ tedavisi alıyordu. Anne Diyarbakır, baba Sivas'lıydı ve ikisi de sağlıklıydı. Fizik muayenesinde ayak bileklerinde ve sol el bileğindeki artrit bulguları dışında özellik yoktu. Tetkiklerinde, lökosit 11.600/mm³, ESR 54 mm/saat, CRP 140 mg/Lt, ASO < 100 bulundu. Brusella-Wright agglutinyasyon testi, viral seroloji, ANA, anti-ds DNA ve romatoid faktör negatif idi. EKO, batin USG, kan ve idrar tetkikleri normaldi. Hastaya ibuprofen başlandı ancak klinik bulgularında düzelme olmadı. Yatışının 4. gününde hastanın alt ekstremitelerinde HSP ile uyumlu döküntüsü görüldü ve lezyonlardan cilt biyopsisi yapıldı. Karın ağrısı olan ve gaitada gizli kan testi pozitifleşen hastaya prednizolon 1 mg/kg/gün olarak başlandı. Ancak steroid tedavisinin ikinci gününde sağ dirsekte kızanklık, şişlik, ağrı, alt ekstremitelerde ve iki ayağın dorsalinde erizipel benzeri, eritematöz döküntü oldu, karın ağrısı arttı. Bu bulgular hastanın hikayesiyle birleştirilerek FMF düşünülerek kolşisin başlandı ve prednizolon dozu 2mg/kg/gün'e artırıldı. FMF için gen analizi gönderildi. İzleminde hastanın eklem ve karın ağrısı geriledi, döküntüsü kayboldu.

SONUÇ: Eklem yakınmalarıyla karşımıza çıkan hastalarda hastanın köken aldığı bölge, karın ağrısı, ateş atakları, ailede böbrek hastalığı sorgulanmalı, Ülkemizde FMF sıklığının yüksek olduğu unutulmamalıdır. Zamanında tanı konması FMF'in böbrek yetmezliğine ilerleyebilecek komplikasyonlarına engel olacaktır.

Anahtar Kelimeler: FMF, Henoch-Schönlein, artrit

PP-030

Nadir Bir Hiperkalsemi Nedeni: Prematüre Osteopenisi

Beyza Belde Doğan¹, Abdurrahman Akgün¹, Melek Yıldız², Banu Aydın², Yusuf Ziya Varlı³, Hasan Önal¹, Servet Erdal Adal⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Pediatrik Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴Medipol Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Prematüre kemik mineral hastalığı (osteopeni) hiperkalsemi-hipofosfateminin nadir sebeplerinden biridir. Sıklıkla postnatal 6-12. haftalarda kendini gösterir. Rutin laboratuvar incelemeleri sırasında saptanabilecek subklinik durumdan kemik kırıklarına kadar uzanabilecek bir yelpazeyi içerir. Prematüre osteopenisinin tanısı; serum ALP düzeyi >400 IU/L, serum P düzeyi <3,5 mg/dL ve radyolojik olarak osteopeni ve/veya kırık varlığına dayanmaktadır. Serum kalsiyum (Ca) düzeyi tipik olarak normaldir, ancak belirgin hipofosfatemiyle fosfor (P) kaybının olduğu olgularda artmış değerler olabilir. Devamlı düşük P düzeyi, yetersiz mineral alımının göstergesi olup, gelişmekte olan prematürte osteopenisinin habercisi olabilir. Burada ateş ile başvurarak insidental olarak hiperkalsemi-hipofosfatemisi saptanan ve prematüre osteopeni tanısı alan bir olgu anlatılacaktır.

OLGU: 70 günlük erkek, 32 haftalık doğum ve postnatal 30 gün yenidoğan yoğun bakım yatış öyküsü olan hasta, ateş yakınmasıyla acil servisimize getirildiğinde, ateş etiyolojisine yönelik yapılan tetkiklerde akciğer grafisinde kemik mineral içeriğinin azaldığı fark edildi. Bunun üzerine bakılan Ca:13,2 mg/dl (N:9-11); P:2,4 mg/dl (N:3,5-6,6); Mg:1,9 mg/dl (N:1,7-2,2); ALP:1466 mg/dl (N:<449) saptandı. Tetkikler detaylandırıldığında; el bilek grafisinde de osteopeni doğrulandı. İdrar Ca/kreatinin oranı:2,18 (N:0,03-0,91) olan hastanın PTH düzeyi: 8 pg/mL (N:15-65), 25-OH-Dvit: 29 ng/mL (N:40-70), 1,25-OH-D vit: 88pg/mL (N:17-53) saptandı. Bunun üzerine prematüre osteopenisi tanısı konularak, hiperkalseminin ancak serum P değerinin düzeltilerek gerileyebileceği düşüncesi ile 60 mg/kg/gün 5 dozda Joulie solüsyonu ve 600 IU D vit damla tedavisi başlandı. 10 günlük tedavi sonrası bakılan kontrol Ca:8,5 mg/dl; P: 6,1 mg/dl ALP: 850mg/dl; PTH: 62pg/mL, 25-OH-Dvit: 45 ng/mL olarak normal aralıklarda ölçüldü.

YORUM: Hiperkalsemi - hipofosfatemisi kliniği ile başvuran prematüre doğum öyküsü olan süt çocuklarında prematüre osteopenisi aklı gelmelidir. Hastalığın tedavisinden çok prematüre osteopenisinin önlenmesi amaçlanmalıdır. Bu bebeklerde erken dönemde yeterli Ca ve P desteği sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Prematüre Osteopenisi, Hiperkalsemi, Hipofosfatemisi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-031

Yenidoğan Karaciğer Disfonksiyonunda Erken Tanı Ve Tedavi İle Artık Hayata Tutunabilecek Nadir Bir Hastalık: Neonatal Heokromatozis

Beyza Belde Doğan¹, Abdurrahman Akgün¹, Melek Yıldız², Banu Aydın², Yasin Söylemez³, Necati Taşkın⁴, Servet Erdal Adal⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Pediatrik Endokrinoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁵Medipol Üniversitesi Hastanesi Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Neonatal hemokromatoz (NH); intrauterin dönemde plasentada ödem yapan, fetal gelişimi bozan, intrauterin başlangıçlı alloimmun bir hastalıktır. Bu hastalıkta laboratuvarında alfa fetoprotein (AFP) yüksekliği ve bu duruma uygunsuz olarak ALT ve AST düşüklüğü, hipoalbuminemi, ferritin ve transferrin saturasyonunda yükseklik olur. Tedavi edilmediğinde hastada ortalama 1 ay içerisinde karaciğer (KC) yetersizliği gelişir.

NH'de kesin tanı; KC disfonksiyonu olan bir hastada ekstrahepatik demir birikiminin gösterilmesi ile konur. Tedavisi; yeni tanı olgularda kan değişimi, şelasyon, antioksidan tedavi, intravenöz immüno globulin (IVIG) tedavisi ve bu tedavilere cevap vermeyen olgularda KC naklidir.

OLGU: 20 günlük kız hasta, birkaç gündür gelişmiş olan ayak sırtında ödem nedeni ile getirildi. Annenin 2. gebeliğinden yaşayan 1. çocuğu olan hastanın 2600 gr doğduğu, intrauterin dönemde plasentanın ödemli olduğu, doğum sonrası ilk hafta alloimmun trombositopeni nedeni ile izlendiği öğrenildi. Ailenin bir önceki erkek çocuğunun 25 günlük iken karın şişkinliği yakınması ile başvurduğu, KC yetersizliği saptandığı, etiyoloji tespit edilemeden 50 günlük iken kaybedildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde kot altı 3 cm KC ve dalak büyüklüğü ve bilateral ayak sırtında ve bacakta (++) gode bırakan ödem dışında özellik yoktu. Laboratuvarında AFP yüksek, ALT ve AST normal, hipoalbuminemi, ferritin ve transferrin saturasyonunda yükseklik saptandı. KC biyopsisi yapılarak NH ön tanısı ile hastaya N-Asetil sistein, IVIG, selenyum, E vitamini ve K vitamini destek tedavisi başlandı. Biyopsi hemokromatoz ile uyumlu geldi. Bir aylık tedavisi sonrasında hastanın klinik ve laboratuvar sonuçları normale döndü.

SONUÇ: İzleyen gebelikler de % 80 oranında tekrarlayan, erken dönemde başlayan, her KC yetersizliği olgusunda NH mutlaka akla gelmeli tedavi erken dönemde başlanırsa yüz güldürücü sonuçlar alınabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Neonatal Hemokromatozis, Karaciğer Yetersizliği, IVIG tedavisi

PP-032

Erken tanı tip 1 hiperlipoproteinemi olgusunda beslenme tedavisi

Taha Yasin Akın¹, Gökçe Kuru¹, Büşra Akyol², Tanyel Zübarioğlu³, Gözde Yeşil⁴, Gülşen Köse⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Diyetisyenlik Bölümü

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Metabolizma Bölümü

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Nöroloji Bölümü

AMAÇ: Tip 1 hiperlipoproteinemi, LPL genindeki mutasyonlara ikincil gelişen ve nadir görülen bir metabolik hastalıktır. Lipoprotein lipaz enzimi şilomikronların içerisinde taşınan trigliseridlerin serbest yağ asitlerine hidrolize olmasından sorumlu olup enzimatik yetersizlik plazmada şilomikron birikimiyle sonuçlanır. Tanı sıklıkla erişkin yaş döneminde, açlık plazma örneğinde trigliserid değerinin 1000 mg/dl'nin üzerinde olması ve bekleyen numunede plazma üzerinde süt rengindeki şilomikron tabakasının görülmesiyle konulur. Tekrarlayan akut pankreatik atakları hastalığın en önemli komplikasyonudur ve tedavisiz olgularda ölüme sonlanabilir. Bu yazıda, erken süt çocukluğu döneminde ve hastalığa ait semptomlar gelişmeden önce tanı alan ve beslenme tedavisiyle metabolik olarak kontrol altına alınan tip 1 hiperlipoproteinemi olgusu sunulmuştur.

OLGU: 65 günlük erkek hasta T.C. Yenidoğan Tarama programı dahilinde alınan topuk kanı örneğinin 3 defa tekrarlanmış olmasına rağmen sonuç vermemesi nedeniyle Çocuk Beslenme ve Metabolizma polikliniğine getirildi. Fizik bakı bulguları doğal olan hastanın topuk kanı örneğinin tekrarı için numune alımı sırasında kanının süt görünümünde olması nedeniyle ayrırcı tanısının ve tedavisinin yapılması amacıyla yatırıldı. Bekletilen plazma örneğinde makroskobik olarak şilomikron tabakası oluşumu izlendi ve eş zamanlı plazma trigliserid düzeyi 1486 mg/dl ölçüldü. Hastanın beslenme tedavisi, günlük enerjinin %20'si yağlardan ve yağ içeriğinin %80'inin orta zincirli yağ asitlerinden oluşacak şekilde düzenlendi. 3 günlük beslenme tedavisi altında plazma trigliserid düzeyi 509 mg/dl'e gerileyen hasta taburcu edildi. Yapılan poliklinik takiplerinde beslenme tedavisi altında yakınmasız ve biyokimyasal olarak metabolik kontrol altında olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Nadir görülen bir doğumsal metabolik hastalık olan tip 1 hiperlipoproteinemi erişkin yaş döneminde tanı alır. Plazmada aşırı artış gösteren şilomikronlar, plazma öğelerinin düzeylerinde yalancı düşük ve yüksek ölçümlere yol açabilir. Bu nedenle hastalığın tanısında beklemiş kan örneğinde süt rengi şilomikron tabakasının oluştuğunun gözlenmesi büyük önem taşır. Ölümcül olabilecek akut pankreatik komplikasyonunun önlenmesi için plazma trigliserid düzeyinin 750 mg/dl'nin altında tutulması gereklidir. Komplikasyonların önlenmesinde erken tanı ve orta zincirli yağ asitlerini içeren yağdan kısıtlı beslenme tedavisinin ömür boyu uygulanması esastır.

Anahtar Kelimeler: Hiperlipidemi, beslenme ve metabolizma, yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-033

Fanconi-Bickel sendromu: Yenidoğan döneminde glukozüri ve hiperglisemi ile prezente olan bir olgu sunumu

Taha Yasin Akın¹, Fatmakhanım Osmanova¹, Büşra Akyol², Tanyel Zübairioğlu³, Gözde Yeşil⁴, Nurver Akıncı⁵, Gülşen Köse⁶

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Diyetisyenlik Bölümü

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Metabolizma Bölümü

⁴Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Nefroloji Bölümü

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Nöroloji Bölümü

AMAÇ: Fanconi-Bickel Sendromu, SCL2A2 genindeki mutasyonlara ikincil görülen nadir bir metabolik hastalıktır. Hastalığın temel klinik bulgularından hepatositlerde, pankreas β hücrelerinde, barsak ve böbrekte glukoz ve galaktoz taşınmasını sağlayan GLUT-2 taşıyıcısının fonksiyonundaki bozukluk sorumludur. Karaciğer ile böbrekte glikojen depolanması, açlık hipoglisemisi, renal tubuler disfonksiyon ve hipofosfatemi hastalığın karakteristik özellikleri olup olgular sıklıkla yaşamın 6-10. ayları arasında tanı alır. Bu yazıda, glukozüri ve hiperglisemi bulgularının saptanması ile erken süt çocukluğu döneminde tanı alan Fanconi-Bickel sendromu olgusu sunulmuştur.

OLGU: 27 günlük yakınmasız kız hasta poliklinik kontrolleri sırasında glukozürisinin saptanması nedeniyle Çocuk Beslenme ve Metabolizma polikliniğimize getirildi. Anne sütüyle beslenen, tartı alımı yetersiz olan hastanın fizik bakısında yanakları dolgundu, karaciğeri kot altında 5 cm ele gelmekteydi. Biyokimyasal tetkiklerinde glukoz:148 mg/dL, AST:382 U/L, ALT:238 U/L, ALP:2602 U/L, fosfat:3,65 mg/dL saptanan, 3(+) glukozüri ve 1(+) proteinürisi olan hastanın kan gazında kompanze metabolik asidozu mevcuttu. Albümin düzeyi ve koagülasyon parametreleri normal sınırlardaydı. Ultrasonografik incelemesinde karaciğer boyutlarında artma ile bilateral böbrek boyutlarında evre 1 renal parankim hastalık lehine görünüm saptandı. Proksimal renal tübüler disfonksiyona eşlik eden transaminaz yüksekliği ve hepatomegaliyle seyreden metabolik hastalıkların ayırıcı tanısı amacıyla hasta servise yatırıldı. Takiplerinde hipofosfatemisi gelişen, tübüler fosfat reabsorbsiyonu %73'e gerileyen hastada, hipergliseminin de olmasıyla Fanconi-Bickel sendromu tanısına ulaşıldı. Hastanın beslenme tedavisi yüksek enerjili, enerjinin %25'i proteinlerden sağlanacak şekilde ve galaktozdan kısıtlı olarak düzenlendi. Fosfor ve alkali ihtiyacı oral yolla replase edildi. Beslenme tedavisi veoral replasman tedavileri ile metabolik kontrolün ve tartı alımının sağlandığı, kan şekerinin regüle olduğu gözlemlendi.

SONUÇ: Fanconi-Bickel sendromu sıklıkla yaşamın 6-10. aylarında tanı alır. Hipofosfatemik rikets; büyüme gelişme geriliği ve iskelet gelişimindeki gerilik tablosuna yol açıp hipoglisemiyle birlikte temel morbidite nedenini oluşturur. Glukozüri ve hiperglisemi hastalığın erken dönem biyokimyasal bulgularıdır. Erken dönemde başlanan beslenme tedavisi ve fosfor replasmanı ikincil komplikasyonların gelişimini önlediğinden bu bulguların varlığında ayırıcı tanıda Fanconi-Bickel sendromunun akla getirilmesi ve erken tedaviye başlanması büyük önem taşır.

Anahtar Kelimeler: hipoglisemi, glukozüri, fanconi bickel, postprandial hiperglisemi



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-034

İleri yaş çocuk hastada spinal musküler atrofi ve posterior üretral valv birlikteliği

Ayşe Ağbaş, Özlem Akgün, Semih Ayta, Bağdagül Aksu, Murat Eleveli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Kliniği

AMAÇ: Spinal musküler atrofi (SMA) spinal kord ön boynuz motor nöron dejenerasyonu ve ilerleyici kas atrofisi ile seyreden genetik bir hastalık grubudur. Otozomal resesif(OR) geçiş gösterir, "Survival motor neuron" (SMN1) geninde homozigot mutasyon, delesyon saptanması ile tanı konur. Çoklu organ tutulumları eşlik edebilir. Kronik juvenil (Tip 3) SMA daha iyi seyirli olup normal yaşam beklentisi vardır.

OLGU: On iki yaşında erkek hasta; halsizlik, güçsüzlük, merdiven çıkamama şikayetleri ile getirildi. İlk başvurusu 3 yaşında iken geç ve dengesiz yürüme sebebiyle olmuş ancak aile takiplere gidememiş. Eski tetkiklerinde üriner USG'de sağda grade 1-2 hidronefroz mevcuttu.

Fizik muayenede kaşektik görünüm, boy ve kilo < 3. persantil, VKİ:11,8 (-3,5 SDS), özellikle proksimal kaslar atrofik, kas kuvveti 4/5, Gover's arazi (+), pes kavus mevcuttu. Kas güçsüzlüğü nedeniyle yapılan tetkiklerinde kas enzimleri normaldi, kranial MR da özellik yoktu. EMG'de ön boynuz motor tutulumu vardı. SMN1 geni ekzon 7 ve 8'de homozigot delesyon saptandı, tip 3 SMA tanısı kondu.

Daha önce hidronefroz saptanan hastanın tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu hikayesi yoktu, kan basıncı normaldi. Böbrek fonksiyon testleri normaldi. Üriner USG de sağ grade 4, solda grade 1 hidronefroz saptandı. Sağ üreter dilate ve tortiyöz, sol distal üreter genişti. İşeme sistoüretrografiye posterior üretra genişliği, mesanede divertikül ve trabekülasyon saptandı. Posterior üretral valv (PUV) tanısı ile sistoskopi ve rezeksiyon yapıldı.

SONUÇ: Kas güçsüzlüğü ile başvuran ileri yaş çocuk hastalarda kronik juvenil SMA (tip3) ayırıcı tanıda düşünülmelidir. SMA da çoklu organ tutulumu görülebilir ve özellikle normal yaşam beklentisi olan tip 3 SMA da prognozu belirleyebilir. Kesin tedavi yoktur ancak son yıllarda SMA Tip 1 hastaları için SMN2 genindeki pre-mRNA'ya bağlanarak bozuk protein üretimini baskılayıp tam uzunlukta SMN üretimini artıran nucinersen tedavisi tanımlanmıştır. İleride tip3 SMA hastalarının yaşam kalitesini artırmak için bir seçenek olabilir.

Anahtar Kelimeler: yürüme güçlüğü, spinal müsküler atrofi, hidronefroz

PP-035

Uzamış Hiperbilirubinemi ile Gelen Bir Santral Hipotroidi Olgusu

Ebru Şahin, Aysun Boğa, Timuçin İmdadoğlu, Şirin Güven
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Konjenital hipotiroidi, yenidoğanın sık görülen endokrinolojik problemi ve acil tedavi gerektiren durumlarından biridir. Yaygın görülmesi, erken tedaviyle gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi, hastalığı çok önemli bir yere taşımaktadır. Ülkemizde TSH ölçümüne dayalı hipotiroidi tarama testlerinin 2006 dan beri tüm yenidoğanlara uygulanmasıyla TSH yüksekliğiyle seyreden olgular saptanabilmektedir. Ama bizim Santral hipotroidi olgumuzda olduğu gibi TSH düşüklüğüyle seyreden durumların tarama testlerinde atlanabileceği unutulmamalıdır.

OLGU: 21 günlük erkek bebek uzamış sarılık nedeniyle polikliniğimize başvurmuştur. Gestasyonel diabeti olan anneden; term 4230 gr doğan bebek, solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilmisti. Fizik muayenesinde ikterik görünüm dışında patolojik bulgu yoktu. Uzamış sarılık için tetkikleri yapıldı. Hb: 11,4 g/dL, Hct: %28,2, Total bilirubin: 11.14 mg/dl, Direk bilirubin: 0.65 mg/dl idi. Karaciğer fonksiyon testleri, G6PD, piruvatkinaz ve TANDEM MS normal aralıklardaydı. Enfeksiyon belirteçleri negatifti. TSH: 0.06 pikolU/ML, serbest T4: <0.25 ng/dl saptandı. Batın ultrasonografisi normaldi. Hipotiroidi için pediatrik endokrinolojiye danışıldı. İzole santral hipotiroidi tanısı alan hastaya L-tiroksin tedavisi başlandı.

SONUÇ: TSH eksikliğine bağlı gelişen santral hipotiroidinin sıklığı 1/25000 dir. TSH eksikliği izole veya diğer pitüiter hormon eksiklikleriyle birlikte olabilir. Olgumuzda bakılan pitüiter hormon düzeyleri normal saptanmış ve izole santral hipotiroidi düşünülmüştür. Konjenital hipotiroidi uzamış sarılık etyolojisinde rol oynayan nedenlerdendir. Andre ve arkadaşları uzamış sarılığın en sık nedeninin hipotiroidi olduğunu göstermişlerdir. Bu hastalarda yenidoğan döneminde cilt kuruluğu, miksödem, kaba yüz görünümü, makroglossi, hırıltılı solunum, apne, ilerleyen dönemlerde büyüme geriliği, ekstremiteler kısıllığı, fontanel genişliği veya kapanmasında gecikme, kabızlık, hipotoni gibi bulgular uyarıcı olmalıdır. Yenidoğan tarama programı Türkiye'de 2006 dan itibaren topuk kanından TSH ölçümü ile yapılmaktadır. Bu tarama, tiroksin bağlayıcı globulin eksikliği, TSH yükselmesinin gecikmesi, santral hipotiroidi ve hipotiroksinemi durumlarını değerlendirmede yetersizdir. Santral hipotiroidi T4 düzeyi bağımlı tarama programlarında kolaylıkla saptanabilir. Hastamızın gönderilen tarama testlerinden geri bildirim yapılmamıştır. Tarama testlerinin düşük TSH düzeylerini göstermeyeceği unutulmamalı, klinik şüphede sT4 ve TSH düzeyleri ELİSA yöntemiyle çalışılmalıdır. İzole santral hipotiroidide L-tiroksin tedavisi yeterlidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Uzamış Sarılık, Santral Hipotroidi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-036

Zeynep Kamil Hastanesi Sağlık Çalışanlarının D Vitamini Kullanımına İlişkin Yaklaşımı

Ayşen Akbaş¹, Bahar Özcan², Abdülkadir Bozaykut¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmayla hem gebe hem de çocuk izlemi yoğun olarak yapılan Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi'nde (ZKH) çalışan doktor ve hemşirelerin D vitamini kullanımına ilişkin değerlendirmeyi amaçladık.

GEREÇ ve YÖNTEMLER: Bu kesitsel anket çalışması Kasım 2016 ile Haziran 2017 tarihleri arasında ZKH'de aktif olarak çalışan 200 gönüllü katılımcı (94 doktor ve 106 hemşire) ile yapıldı. Ankette katılımcıların D vitamini hakkında bilgi düzeyleri, D vitamini profilaksisi, D vitamini eksikliği tanı ve tedavisi ile ilgili tutumları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmamıza 94 (%47) doktor ve 106 (%53) hemşire katılmıştır. Katılımcıların %14.5'i gebelere D vitamini desteği önermemekle birlikte %85.5'i önermektedir. Kadın hastalıkları ve doğum (KHD) ve çocuk sağlığı ve hastalıkları (ÇSH) branşlarında çalışanlar arasında 'maternal D vitamini eksikliği bebeğin yaşamının ilk 8 haftalık dönemindeki D vitamini eksikliği ve rikets için en önemli risk faktörü' olduğu konusundaki farkındalıklarında istatistiksel olarak anlamlı (p=0,416) farklılık göstermemiştir. Her 5 sağlık çalışanından 4'ünün D vitamini profilaksisi önerdiği görülmüştür. Doktor ve hemşirelerde bebeklere D vitamini profilaksisi verilmesi konusunda 'evet' cevabı verme oranı anlamlı farklılık göstermemiştir (p=0,783). Önermeyenlerin %20'si anne sütünde yeterli D vitamini olmasını gerekçe göstermiştir. Öneren doktorların %80'i günde 400IU önermiştir. ÇSH hekimlerinin %54,4'ü (n=24) doğumu izleyen ilk günlerde, %43'ü (n=19) 2. Hafta sonunda D vitamini profilaksisine başlamaktadır. Annelere yüksek doz D vitamini verilerek anne sütündeki D vitamininin bebek için yeterli düzeye getirilebileceğini düşünen katılımcı sayısı 57'dir. Katılımcıların sadece %67'si güneşlenerek, %28'i yiyeceklerle günlük yeterli D vitamini sentezini sağlayabileceğini düşünmektedir. %55'i ülkemizde D vitamini sentezi için en uygun güneşlenme saatinin 10:00-15:00 arasında olduğu yanıtını vermiştir. Katılımcıların %29'u 'ön fontaneli küçük olan çocukların D vitamini kesilmelidir' yanıtını vermiştir. Yine katılımcıların % 19,5'i stoss tedavisinin intoksikasyon yaptığı için artık kullanılmadığını yanıtını vermiştir.

SONUÇ: Sağlık çalışanlarının D vitamini kullanımına ilişkin bilgi ve tutumları konusunda yanlış ya da eksiklikler görülmüştür. Bu konuda eğitimler düzenlenmesi faydalı görülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Sağlık çalışanları, D vitamini, anket, bilgi düzeyi, D vitamini kullanımı.

PP-037

Ek gıdaya geçerken oluşan açlık ketoasidozu: Bir olgu sunumu

İlknur Kurt¹, Hamide Sevinç Genç¹, Hakan Gemici¹, Elif Böncüoğlu¹, Şahin Kalkan¹, Abdurrahman Akgün², Beyza Belde Doğan², Hasan Önal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Açlık ketoasidozu metabolik asidozun artmış anyon açıklı nedenleri arasındadır. Asidozun klinik tablosu asideminin derecesine bağlıdır. Kan glukoz düzeyi artmış, normal veya azalmış olabilir. Bu yazıda solunum sıkıntısı ile başvuran, açlığa bağlı ketoasidoz tanısı alan olgu sunulmuştur.

OLGU: Onbeş aylık kız hasta, hızlı nefes alıp verme, uykuya meyil şikayetleri ile acil polikliniğimize başvurdu. Anamnezde annesi hastanın anne sütü dışında ek besin almadığını, anne sütünün kesilmesi ve ek gıdaya geçişinin zorlanması amaçlı 2-3 gündür desgestrol ve kabergolin kullandığı ancak ek gıdaya tam geçemediği öğrenildi. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde ph:7,11 mmHg pco2: 11 mmHg hco3:3,5mmol/L, glukoz:101 mg/dL na:134 mmol/L cl:99 mmol/L, üre:18 mg/dL, kreatinin:0,42 mg/dL, idrarda 3+ keton tespit edildi. Hastadaki asidoz artmış anyon açıklı metabolik asidoz olarak değerlendirildi. Zehir danışma ile görüşüldü, annenin kullandığı ilaçların süte geçişinin net olmadığı belirtildi ve 24 saat gözlem önerildi. Bilinç bulanıklığı gelişmesi üzerine hasta entübe edildi ve bikarbonat tedavisi başlandı. Sekiz saat sonra spontan ekstube olan hastada, ekstubasyonu tolere etmesi üzerine maske ile oksijen altında izleme geçildi. Anamnezde salisilat, etilen glikol intoksikasyonu, kusma ve ishal dışlandı. Ön planda metabolik hastalık düşünüldü. Metabolik tarama testlerinden idrar organik asit analizinde yüksek miktarda keton cismi atılımı tespit edildi. Hastada açlık ketoasidozu tanısı konuldu. Enteral beslenmesi kademeli olarak artırıldı. Metabolik asidoz tablosu geriledi ve idrarda keton negatifleşti. Multivitamin desteği ve beslenme önerileri ile taburcu edildi.

SONUÇ: Bu sunum ile ülkemizin sosyokültürel seviyesi göz önüne alınarak artmış anyon açıklı metabolik asidoz etiyolojisinde sadece metabolik hastalıkların değil, açlık ketoasidozunun da akla getirilmesi gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: açlık, artmış anyon açığı, metabolik asidoz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-038

Hiperinsulinemik Hipoglisemi Tanılı Bir Olguda Tedavi Seçeneği: Totale Yakın Pankreatektomi

Ecem Kahveci, Recep Türkoğlu, Melek Yıldız, Abdurrahman Akgün, Beyza Belde Doğan, Serdar Sancer, Jayne Houghton, Banu Aydın, Hasan Önal

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Endokrinoloji Anabilim dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hiperinsülinemik hipoglisemi (HH), yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde gözlenen direngen hipogliseminin en sık nedenidir. Günümüzde on iki farklı gendeki mutasyonların hastalıkla ilişkili olduğu bilinmektedir. Mutasyon tipine göre medikal tedaviye yanıt değişkendir. Olguların bir kısmında diazoksit, oktreotid, glukagon ve son yıllarda sirolimus tedavisi ile başarı sağlanırken, cevapsız vakalarda cerrahi tedavi son çare olabilmektedir.

OLGU: Bir günlükten itibaren dirençli hipoglisemileri olduğu öğrenilen 45 günlük kız hasta tetkik ve tedavisi için yatırıldı. Birinci dereceden kuzen evliliği olan, 27 yaşında anneden miadında sezeryan ile 4000 gram doğduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde boyu 58 cm, kilosu 5700 gram, baş çevresi 38 cm idi. Sistem muayeneleri doğaldı, hepatosplenomegali saptanmadı. Yüz ve alın bölgesinde belirgin tüylenme mevcut idi. Tetkiklerinde kan şekeri 31 mg/dl iken alınan kritik kan örneğinde insülin: 4,7 mIU/ml, kortizol: 14,6 ug/dl, büyüme hormonu: 11 ng/ml saptandı. 1mg IV glukagon sonrası kan şekeri 107 mg/dl saptandı ve glukagona abartılı yanıt olarak değerlendirildi. İdrar ketonu negatif idi. Metabolik tetkikleri normal sonuçlandı. HH tanısı konulan hastaya IV glukoz perfüzyonu, glukagon ve 15 mg/kg/gün diazoksit başlandı. Hipoglisemilerinin devam etmesi üzerine glukoz debisi artırılarak tedavisine oktreotid eklendi. Diazoksit ve oktreotide yanıtı olmayan, IV glukoz ve glukagon tedavileri azaltılamayan hastaya totale yakın pankreatektomi yapıldı. Ameliyat sonrası aralıklı hipoglisemileri devam eden hastanın kan şekeri regülasyonu oktreotid tedavisi eklenerek sağlanabildi. Hastanın genetik analizinde aynı tanılu kuzeninde de bulunan, KCNJ11 geninde homozigot 2 yeni missense patojenik varyant (c.[808C>A;862G>A]) saptandı. Anne ve baba aynı varyantlar için heterozigot taşıyıcıydı. Hastanın diazoksite yanıtı olmayan HH'si bulunması nedeniyle OR geçiş gösteren diffüz tip pankreatik tutulum olduğu düşünüldü ve histopatolojik olarak da bu tanı doğrulandı.

SONUÇ: Hiperinsülinemik hipoglisemi, postnatal dirençli hipoglisemisi olan olgularda akla gelmelidir. OR geçişli K-ATP kanal mutasyonları diazoksite yanıtı olmayan diffüz beta hücre hiperplazisine neden olmaktadır. Medikal tedaviye yanıtı olmayan olgularda hipoglisemi maruziyetini azaltmak için erken pankreatektomi planlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperinsulinemi, Hipoglisemi, Pankreatektomi

PP-039

Hızlı Boy Uzaması ile Başvuran Klinefelter Olgusu

Seniha Kiremitçi Yılmaz, Erkan Çakmak, Murat Elevli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Klinefelter sendromu, canlı erkek doğumlar arasında 1/500-1000 sıklıkta görülmektedir. Nadir bir hastalık olmamasına rağmen olguların ancak % 25'i tanı alabilmektedir. Uzun boy, ılımlı mental gerilik, jinekomasti, küçük testisler sendromun önemli klinik bulgularındandır. Olgularda osteoporoz mediastinal tümörler, romatolojik sorunlar, intestinal tromboz, derin ven trombozu, metabolik sendrom, tip 2 diyabet topluma kıyasla artmış sıklıkta görülmektedir. Olgumuz aracılığı ile uzun boy ayırıcı tanısında Klinefelter sendromunun da akılda bulundurulması gerekliliğini ve sendromu hatırlatmak istedik.

OLGU: On dört yaşında hızlı boy uzaması şikayeti ile başvuran erkek hastanın hikayesinden ilkokula başladığında yaşlarına göre uzun olduğu, birkaç sene içerisinde boy farkının artmaya başladığı, son bir yıldır daha hızlı boy uzaması olduğu, beraberinde ellerinde ve ayaklarında büyüme olduğu öğrenildi. 2.5 yaşında yürümeye, 2 yaşında ise konuşmaya başlayan hastanın öğrenme güçlüğü sebebi ile özel eğitim aldığı ve bilateral inmemiş testis nedeni ile iki yaşında opere olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde boyu 190 cm (3,3 SD), ağırlığı 72 kg (1,3 SD), VKİ 20 kg/m² (-0,1 SD), kulaç boyu 187 cm, oturma boyu/boy oranı %51 (-1 SD), dar göğüs kafesi, bilateral jinekomasti, testisler 5' er mL, pubik kıllanma evre 5 idi. Aksiller kıllanması vardı, sakalı yoktu. Anne boyu 175 cm, baba boyu 177 cm, hedef boyu 182 cm (1 SD) idi. Tam kan sayımı, biyokimya ve tiroid fonksiyon testleri normal olan hastanın FSH:54 mIU/mL, LH:17 mIU/mL, total testosteron: 2.7 ng/mL, IGF-1: 604ng/mL (0,04 SD), IGF-BP-3:7,16 mg/L (0,3 SD), B-HCG 0,23 mIU/mL idi. Kromozom analizi 47,XXY saptanması üzerine hastaya Klinefelter sendromu tanısı konularak izleme alındı.

SONUÇ: Uzun boy, öğrenme güçlüğü, jinekomasti saptanan bir hastada Klinefelter sendromu akla gelmelidir. Klinefelter sendromu tanısının konması gelişebilecek metabolik sendrom, tip 2 diyabet, osteoporoz gibi hastalıklar açısından önlem alabilmeyi, eşlik edebilecek hastalıklar açısından hastaların dikkatli klinik izlemine sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Uzun boy, jinekomasti, klinefelter sendromu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-040

Niemann-Pick tip B tanılı hastada, Tip 1 Diabetes Mellitus ve ITP birlikteliği

Şeyda Doğan¹, Melek Yıldız², Esra Özpinar¹, Abdurrahman Akgün², Beyza Belde Doğan², Tuğbanur Tahtakesen Güçer³, Neval Topal², Banu Aydın², Hasan Önal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Hematoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Niemann-Pick hastalığı (NPH), sfingomiyelin metabolizma bozukluğuna bağlı olarak lizozomlarda sfingomiyelin ve kolesterol depolanmasının görüldüğü, otozomal resesif geçişli bir lipid depo hastalığıdır. Tip B NPH, pulmoner tutulumun sık görüldüğü, hepatosplenomegalinin eşlik ettiği nörolojik olmayan tiptir. Olgumuz, NPH'na koincidental olarak tip 1 diyabet ve kronik ITP'nin eşlik etmesi nedeniyle yaşanan tedavi zorluklarını vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU: Aralarında birinci derece kuzen evliliği bulunan anne babanın, miadında vajinal yolla 3650 gr doğan, natal ve postnatal sorunu olmayan 15 yaşındaki kızının, 9 yaşında iken burun kanaması şikayeti ile hastaneye başvurduğu, tetkiklerinde trombositopeni (trombosit:15.000/mm³) ve lökopeni (lökosit:2500/mm³) saptandığı, periferik yaymasında özellik saptanmadığı öğrenildi. Kemik iliği aspirasyonu materyalinin incelemesi sonucunda köpük hücreleri, mavi histiyositler ve megakaryositler görülmüştü. Sfingomyelinaz: 0,02 (0,86- 2,8 nmol/sa/mg protein) düşük saptanan ve Niemann-Pick tip B tanısı alan hastanın izleminde trombositopeni sebat etmiş ve kronik ITP tanısı alarak çocuk hematoloji bölümünün de takibine alınmıştı. On iki yaşında iken diyabetik ketoasidoz tablosunda (kan şekeri: 481mg/dl, pH:7,0, HCO₃:4,5, TİT: keton pozitif) başvurdu. HbA1c: % 9, C-peptit: 0,411 ng/ml (0,9- 7,1), anti-GAD antikor: >2000 IU/ml, adacık hücre antikor: negatif saptanan hastaya tip 1 DM tanısıyla bazal-bolus insülin tedavisi düzenlendi. Tiroid oto-antikorları ve çölyak antikorları negatif saptandı. İzleminde tekrarlayan ivig yanıtı ağır trombositopeni atakları olan hastanın tekrarlayan sık hastane yatışları izlendi. NPH nedeniyle splenektomi düşünülmeydi. Halen takipleri devam eden hastanın tedavisine insülin, lipozomal zerdeçal ekstresi, GPP95 ve lüzum halinde IVIG ile devam ediliyor.

SONUÇ: Neimann-Pick Hastalığı ile tip1 diyabetes mellitus ve ivig yanıtı trombositopeni birlikteliği literatürde daha önce bildirilmemiştir. Hastamızda olduğu gibi, eşlik eden hastalık durumlarında bireyselleştirilmiş tedavilere ihtiyaç duyulabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Niemann-Pick hastalığı tip B, tip 1 diabetes mellitus, ITP

PP-041

Hipotiroidi ile Takip Edilen Williams-Beuren Sendromu

Pinar Yamaç Dilaver¹, Nalan Karabayır¹, Zeynep Atay², Abdullah Erdem³, Servet Erdal Adal²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

³İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

Williams-Beuren Sendromu 7.otozomal kromozomun uzun kolundaki elastin geninde (7q11.23) mutasyon sonucu oluşan, nadir görülen bir mikrodilesyon sendromudur. Klinik olarak tipik yüz görünümü (Elfin face=peri yüzü), kardiyak anomaliler (sıklıkla supravülvüler aort stenozu ve periferik pulmoner arter darlığı), mental retardasyon, büyüme geriliği, iskelet ve böbrek anomalileri, bilişsel ve sosyal karakter bozuklukları, hipotiroidi ve hiperkalsemi ile karakterizedir. 1 yaş 9 aylık erkek çocuk TSH yüksekliği ile başvurdu, sT4 normal düzeyde idi. Hastanın tipik peri yüzü görünümü mevcuttu, guatr tespit edilmedi. Ca: 10.57 mg/dL, sT4 1.11 ng/dL, TSH: 7.44 mIU/mL, Tiroid USG normal idi. Hastaya hipotiroidi tanısıyla Na-L-tiroksin tedavisi başlanarak takibe alındı.

Williams-Beuren Sendromu'na endokrin patolojiler olarak; çocukluk çağında sıklıkla boy kısalığı ve hiperkalsemi, erişkin dönemde ise diyabet/prediabetes eşlik etmekte iken; klinik ya da subklinik hipotiroidinin daha nadir görüldüğü bilinmektedir. Literatürde yayınlanmış hipotiroidi ile birlikte başvuran yalnızca beş Williams Sendromu olgusu mevcuttur, fakat Williams Sendromu tanısı almış hastalar tarandığında %37 TSH yüksekliği ve %74 tiroid hipoplazisi tespit edilen çalışmalar mevcuttur. Bu hastaların takibinde olası tiroid bozukluklarının gözden kaçırılmaması açısından tiroid fonksiyon testlerinin mutlaka istenmesi gerektiğine dikkat çekmek amacıyla bu olguyu sunduk.

Anahtar Kelimeler: Hipotiroidi, Williams, Williams Sendromu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-042

Genç Bir Adrenal İnsidentaloma

Pinar Yamaç Dilaver¹, Zeynep Arı¹, Remzi Erkesim¹, Servet Erdal Adal²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Adrenal insidentaloma, herhangi bir semptom olmadan farklı bir nedenle yapılan görüntüleme sırasında tesadüfen tespit edilen adrenal kitlelere verilen isimdir. Görüntüleme teknikleri geliştikçe adrenal insidentaloma insidansı artmaktadır.

37 günlük kız bebek başka bir sebeple batin ultrasonografi yapılmış ve 17x14 mm boyutlarında düzgün sınırlı, hipoeoik lezyon izlenmiş. Hastanın patolojik muayene bulgusu yok, gelişimi normal sınırlarda seyrediyor. Kortizolü düşük, ACTH normal sınırlarda idi. Halsizlik, bulantı, kusma, tuz kaybı gibi semptomlar olmadığı için hasta tedavi başlanmadan takibe alındı.

Adrenal insidentaloma çocuklarda erişkinler kadar sık görülmemektedir. Erişkinlerde boyutları 4 cm'den küçük olan ve malign olmayan kitlelerde takip; 4 cm'den büyük, hormon salgılayan ya da yılda 1 cm'den fazla büyüyen kitlelerde adrenaletomi önerilmektedir. Ancak pediatrik hastalara yönelik çalışma ve uzlaş net değildir, erişkinlerdeki tedavi yaklaşımları uygulanmaktadır.

Bu vaka ile çok küçük yaş gruplarında da adrenal insidentaloma görülebileceğine dikkatleri çekmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Adrenal bez, Adrenal insidentaloma, İnfant, İnsidentaloma

PP-043

Kabuki Sendromu Olgusu

Pinar Yamaç Dilaver¹, Özlem Öçal Doğan¹, Zeynep Atay², Servet Erdal Adal²

¹İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

Kabuki Make-up Sendromu Japon tiyatrocularının makyajlarına benzeyen yüz görünümü, iskelet anomalileri, dermatogliklik anomaliler, büyüme geriliği ve mental retardasyon ile karakterize; sporadik görülen, otozomal dominant kalıtılan bir sendromdur.

Kromozom 8p22-8p23.1 mutasyonu olabileceğine dair yayınlar bulunmaklabirliktealttayatanenetikpatolojihenüz bilinmemektedir. 25 yaşındaki annenin 3. gebeliğinden NSVD ile doğmuş kız hasta, gebeliğin son trimesterinde sol böbrekte genişleme tespit edilmiş. İlk 3 ay anne sütü alan hastanın sonrasında beslenme problemleri oluşmuş. Gelişme geriliği mevcut (Baş kontrolü 9 ay, oturma 11 ay, yürüme 2 yaşında olmuş). Hasta şuan 2 yaş 3 aylık, yürüyor, kısa cümlelerle konuşabiliyor. Mental gelişimi yaşıtlarına yakın olmakla birlikte geri. Kaşlarda lateralde seyreklik, palpebral aralıklar geniş, solda ptoz, belirgin kulaklar, kısa filtrum, yüksek damak, ellerde küçük eklemlerde laksisite, pes planus mevcut, anüs anterior yerleşimli. Boy kısalığı ve erken puberte gelişimi açısından takip ediliyor. İlk olarak Japonya'dan bildirilen ve oldukça nadir görülen bu sendrom, daha sonraları farklı ülkelerden de vaka serileri olarak bildirilmeye başlanmıştır. Karakteristik yüz görünümü, zeka geriliği, iskelet anomalileri, eklem laksisitesi, boy kısalığı, gerçek erken ergenlik ile karakterize olup diğer farklı sistemleri de tutabilmektedir. Nadir görülmekle beraber farklı branşlar tarafından ekip halinde takip edilmesi gerekmekte olan ve bu bağlamda hatırlanması gereken bir sendromdur.

Anahtar Kelimeler: Kabuki, Kabuki Make Up Sendromu, Kabuki Sendromu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-044

Ağır boy kısalığının nadir bir nedeni: Hipofiz hipoplazisi ve ektopik nörohipofizin eşlik ettiği büyüme hormonu eksikliği

Gökçe Kuru, Ahmet Uçar, Dilşat Gündoğdu, Işıl Çulha
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Polikliniği

GİRİŞ: Çoklu hipofiz hormon eksikliği boy kısalığının nadir bir nedenidir. Konjenital hipotiroidi tanısı ile dış merkezde izlenen ağır boy kısalığı olan bir olgu bu etiyojiye dikkat çekmek için sunulmaktadır.

OLGU: 38 Gestasyon haftasında, 3400g ağırlığında, normal spontan vajinal doğum ile doğan 8 11/12 yaş erkek hasta ağır boy kısalığı şikayeti ile tarafımıza getirilmişti. Dış merkezden konjenital hipotiroidi tanısı ile takipliydi. Anne boyu 160 cm, baba boyu 170 cm idi. Başvuruda boy 102 cm (-5,57 SDS), ağırlık 25,1 kg (-0,8 SDS) ve skrotum hipoplazikti. Bilateral inmemiş testis nedeni ile operasyona bağlı skarları mevcuttu. Kemik yaşı 4 yaş ile uyumlu idi. Ötiroidi sağlandıktan sonra yapılan laboratuvar tetkiklerinde plazma kortizol 11,2 mcg/dl(normal), prolaktin 12 ng/ml, insulin benzeri büyüme faktörü 1 (IGF1): 25 ng/ml (düşük), IG bağlayıcı protein-3 (IGFBP3): 0,88 ng/ml (düşük) saptandı. Büyüme hormonu uyarı testlerinde zirve büyüme hormonu ölçümleri büyüme hormonu eksikliği ile uyumlu saptandı.(L-dopa testinde zirve büyüme hormon düzeyi: 0,16 ng/ml, klonidin testinde zirve büyüme hormon düzeyi:0,092 ng/ml). Kraniyal ve hipofiz manyetik rezonans görüntülemeye hipofiz hipoplazisi ve ektopik nörohipofiz bulguları saptandı(Şekil 1). Olguya büyüme hormonu eksikliği tanısı konularak 0,21 mg/kg/hafta dozunda büyüme hormonu başlandı. Olguda bilateral inmemiş testis nedeni ile opere edilme öyküsü olduğundan hipogonadotropik hipogonadizm klinik tanısı konuldu, ve ileride gonadotropin replasman tedavisi başlanması planlandı.

SONUÇ: Boya göre ağırlığı normal/fazla olan boy kısalığı olgularında konjenital hipotiroidi tanısı olsa bile boy kısalığının ağırlaşması/ ısrar etmesi durumunda hipofizer patolojiler de ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: boy kısalığı, büyüme hormonu eksikliği, hipotiroidizm, hipofizer yetmezlik

PP-045

Boy Kısalığı İle Başvurup Morquio Tanısı Konulan Bir Olgu

Seniha Kiremitçi Yılmaz, Leyla Çakmak Esen, Muhammed Sami Tufan, Murat Elevli
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Mukopolisakkaridozlar, lizozomal enzimlerin eksikliğine bağlı olarak glikozaminoglikan birikimi ile seyreden kalıtsal bir lizozomal depo hastalığı grubudur. Glikozaminoglikanlar, kemik, kalp, sinir sistemi ve göz gibi dokularda kronik ve ilerleyici hasara neden olabilmektedir. İnsidensi 1/25000'dir. Nadir görüldüğünden hastalığın akla gelmemesi ve tanınmaması, tedavi edilebilen tiplerinde organ ve sistemlerin işlevlerinde ilerleyici bozukluklara yol açmaktadır.

OLGU: Üç yaş yedi aylık erkek hasta çocuk endokrin polikliniğine boy kısalığı, zor ayağa kalkma, yürüyememe şikayetleriyle başvurdu. Öyküsünden 1.5 yaşında yürüdüğü, D vitamini hiç kullanmadığı ve anne baba arasında 3. derece akrabalık olduğu öğrenildi. Fizik muayenede ağırlığı 14 kg (-0,7 SD), boyu 83 cm (-4 SD), baş çevresi 51 cm (0,1 SD) idi. Kaba yüz görünümü, korneal bulutlanma, düşük kulak, kısa boyun, göğüs kafesi ön arka çapında artış, pektus karinatum, gibbus deformitesi, el bileklerinde genişleme ve eklemelerde hipermobilitate, hepatosplenomegali saptandı. Fontaneli kapalıydı. Testisler bilateral skrotumda palpe edildi. Bu bulgularla ön planda mukopolisakkaridoz düşünüldü. Eklem hipermobilitesi olması tip 4 mukopolisakkaridozu (Morquio) akla getirdi. Laboratuvar tetkiklerinde tam kan sayımı, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri, D vitamini, PTH düzeyleri normal saptandı. İskelet grafilerinde disostosis multipleks, vertebralarda gagalaşma saptandı. Ekokardiyografisi olağandı. Artmış idrar glikozaminoglikan [48,6 mg/mmol kreatinin (N: 7,6-14,4)] ve azalmış lökosit N-asetil galaktozamin-6-sulfataz düzeyi [0,5 nmol/mg (N: >68)] saptanması üzerine mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile Morquio A kesin tanısı konuldu. Hasta, enzim replasman tedavisi başlanabilmesi için çocuk metabolizma bölümüne yönlendirildi.

SONUÇ: Boy kısalığı ile başvuran hastalarda dikkatli ve ayrıntılı fizik muayene yapılması dismorfik ve patolojik bulguların saptanabilmesinde büyük önem taşımaktadır. Kaba yüz görünümü, eklem deformiteleri, hepatosplenomegali gibi bulguların varlığında mukopolisakkaridozlar akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Morquio, mukopolisakkaridoz, boy kısalığı, kaba yüz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-046

SHOX geninin 4. ekzonunda P.Gln178X (c.532 C>T) novel heterozigot patojenik varyanta bağlı boy kısalığı

Dilşat Gündoğdu¹, Gökçe Kuru¹, Işıl Çulha¹, Hasan Taşlıdere², Ahmet Uçar¹

¹İstanbul Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik endokrinoloji ve diyabet polikliniği

²İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Genetik Hastalıklar Tanı Merkezi

GİRİŞ: Short stature homeobox (SHOX) geninde işlev kaybına bağlı mutasyonlar idiyopatik boy kısalığının % 3 ile % 15 arasında değişen oranlarda etiyolojik temelini oluşturmaktadır.

OLGU: 8 9/12 yaş kız olgu tekrarlayan vezikouretral reflünün ve sol renal ektazinin eşlik ettiği idrar yolu enfeksiyonu nedeni ile takip edildiği Çocuk Nefroloji polikliniğinden boy kısalığı nedeni ile refere edilmişti. Olgunun doğum ağırlığı 2400 g (düşük) olup anne-baba arasında 1. derece kuzen evliliği öyküsü vardı. Dış merkezde yapılan hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri ve çölyak hastalığı tarama testlerinde özellik yoktu. Anne boyu 147 cm, baba boyu 170 cm olup annede de boy kısalığı mevcuttu. Başvuruda boy 120 cm (standart sapma skoru [SDS]: -2); ağırlık: 23 kg (SDS: -1,4) ve prepubertaldi.Yüksek damak, hafif çene hipoplazisi vardı. Oturma yüksekliği/ boy oranı normaldi, ve lomber lordozu yoktu. Kemik yaşı 8 yaş 10 ay ile uyumlu idi. Karyotip analizi 46 XX olup normaldi. Yıllık izleminde uzama hızı 1,2 cm/yıl olup oldukça düşüktü. Son değerlendirmesinde boy SDS -2,6'ya gerilemişti. Büyüme hormonu uyarı testlerinde parsiyel büyüme hormonu eksikliği ile uyumlu idi (L-dopa testinde zirve büyüme hormonu 1,71 ng/ml, klonidin testinde zirve büyüme hormonu 3,16 ng/ml). Olgunun ön kol grafisinde Madelung deformitesi ve karpal kemiklerde triangelizasyonu vardı. Bu bulgularla SHOX geni mutasyonu açısından analiz istendi. SHOX delesyon analizi normaldi. SHOX dizi analizinde SHOX geninin 4. ekzonunda P.Gln178X (c.532 C>T) değişimini heterozigot olarak taşıdığı saptandı. Mutation taster, Polyphen gibi in silico analizlerde bu değişimin büyük ölçüde patojenik olduğu saptandı. Olguya 0,35 mg/kg/hafta dozunda büyüme hormonu başlandı. **SONUÇ:** Ailevi idiyopatik boy kısalığında SHOX geninde mutasyon varlığı da ayrırcı tanıda düşünülmelidir. SHOX geninde literatürde daha önce bildirilmeyen patojenik bir varyant saptandığından bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: boy kısalığı, shox geni, büyüme hormonu

PP-047

Dirençli Fungal Enfeksiyonla Başvuran Diyabetik Ketoasidoz Olgusu

Özlem Ünal, Gamze Özgürhan, Bahar Çaran, Raziye Dut, Eda Sünnetçi Silistre

Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi-İstanbul

GİRİŞ: Diyabetik ketoasidoz (DKA) insülin eksikliğinin ciddi bir sonucu olup tip 1 diabetes mellituslu (T1DM) çocuklarda önemli ölçüde mortalite ve morbiditeye neden olan bir durumdur. Tip 1 DM da en sık başvuru şikayetleri; poliüri, polidipsi, kilo kaybıdır. Sekonder enürezis nokturna ve konstipasyon da ilk bulgu olabilir. Yeni tanıli hastaların %25'i ise DKA ile başvurabilir. DKA tablosunda başvuran hastalarda letarji, dehidratasyon, hiperpne ve aseton kokusu gibi daha ciddi bulgular görülebilir. Burada 4 yaşında acil servis polikliniğimize dirençli fungal enfeksiyon nedeni ile getirilip DKA olarak değerlendirilen bir kız çocuğu sunulmuştur.

OLGU: Dört yaşında kız olgu; 2-3 haftadır devam eden genital bölgede kaşıntı nedeniyle çocuk acil polikliniğine başvurdu. Olgunun genital bölgesine farklı lokal tedaviler uygulanmış olduğu, ancak kanamalara yol açacak kadar yoğun kaşıntısının devam ettiği ve lezyonun iyileşmediği öğrenildi. Fizik muayenesinde; tartı: 22 kg (97 p), boy: 111 cm (97 p) idi.

Genel durumu iyi, bilinç açık ve iletişimi iyi, cildi soluk görünümde olup labia majörleri içine alan ve perine bölgesine uzanan yaygın, yer yer kanama odakları izlenen fungal enfeksiyon dışında diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Bilinen bir hastalığı olmayan olgunun ek şikayetleri sorgulandığında son bir haftada sık idrara çıkma, çok su içme ve kilo kaybı şikayetlerinin de olduğu öğrenildi. Olgunun parmak ucu bakılan kan şekeri ölçümü 461 mg/dl olarak saptandı. Hastadan kan gazı, venöz kan şekeri kontrolü, elektrolitler ve tam idrar tetkiki alındı. Olgu monitörize edilip intravenöz izotonik sıvı tedavisi başlanarak acil müşahadeye alındı. Laboratuvar tetkik sonuçlarına göre hiperglisemi, asidoz, ketonüri ve glukozüri saptanan olgu DKA ve yeni tanı Tip1DM olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Bu olgu ile; özellikle yoğun hasta bakılan acil servis polikliniklerinde ailelerin önemseydiği ve bize sunduğu şikayet ne kadar farklı olursa olsun öykünün derinleştirilmesi ile özellikle de 0-5 yaş arası çocuklarda tanısı zor konulan, sık görülen, morbidite ve mortalitesinin yüksek olduğu diyabetik ketosidoz gibi hastalıkların atlanmadan tedavi edilebileceği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Diyabetik ketoasidoz, dirençli fungal enfeksiyon, diyabetes mellitus



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-048

Konjenital Adrenal Hiperplazi Hastasında Testiküler Kitle: Testiküler Adrenal Rest Tümör

Erkan Erfidan¹, Melek Yıldız², Elif Yılmaz Güleç³, Banu Aydın², Hasan Önal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Tıbbi Genetik Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital adrenal hiperplazi (KAH), adrenal steroidogenez basamaklarından birinde gerçekleşen enzim eksikliği nedeniyle ortaya çıkan, otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Tedavide amaç hidrokortizon ile adrenal androjen sentezini baskılamaktır. Uygun tedavi alamayan hastalarda testiste adrenal kalıntıları büyüyüp tümör görüntüsü ortaya çıkabilmektedir. Tedavisini uzun süre aksatan ve sonradan testiste kitle görülme nedeni ile başvuran ve testiküler adrenal rest tümör (TART) tanısı alan olgu sunulmuştur.

OLGU: Aralarında akraba evliliği olan sağlıklı anne babanın, 36 gestasyon haftasında 2100 gram ağırlığında doğan erkek bebeğinin yenidoğan döneminde hipoglisemisinin olduğu, 2 haftalıkken de hiponatremi ve hiperkalemi saptandığı öğrenildi. Onyedihidroksiprogesteron (17-OHP) düzeyi yüksek saptanan hastaya KAH tanısı konularak hidrokortizon ve fludrokortizon tedavileri başlanmıştır. Genetik incelemede CYP21A2 geninde homozigot mutasyon mevcuttu. Poliklinik kontrollerine düzenli getirilmeyen ve 3 yıl boyunca tedavisini almayan hasta 11 yaşında her iki testiste büyüme nedeni ile tekrar başvurdu. Muayenesinde vücut ağırlığı 42 kg (50p), boyu 143 cm (50p), aksiller ve pubik Tanner Evre 5, her iki testis volümü yaklaşık 75 cc ölçüldü. Cilt rengi yaygın hiperpigmente idi. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde elektrolitleri normal sınırlarda, 17-OHP: 121 ng/ml, 1,4-delta androstenedion: >10 ng/ml, total testosteron: 15 ng/ml, ACTH: 305 pg/ml saptandı. Sol el bilek grafisinde epifizler kapalıydı. Tümör belirteçleri açısından bakılan beta-hCG ve alfa-fetoprotein negatif saptandı. Skrotal ultrason görüntülemesinde her iki testis boyutları artmış (68 cc), parankim diffüz heterojen saptandı. Maligniteyi dışlamak için yapılan testis biyopsisi TART ile uyumlu saptandı. Hastanın tedavisi yeniden düzenlendi. Bir yıllık izlemi sonrasında testis volümlerinde belirgin küçülme gözlemlendi.

SONUÇ: KAH tanılı hastalarda tedavi kontrolünün kötü olması durumunda TART oluşumu izlenebilmekte ve testis tümörü ile ayırıcı tanısının yapılması gerekmektedir. TART benign bir tümör olmakla birlikte ileriki yaşlarda infertiliteye yol açabileceğinden erken tanısı ve tedavisi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Adrenal Hiperplazi, Testiküler Kitle, Testiküler Adrenal Rest Tümör,

PP-050

Süt Çocuklarında Skabiyez

Salih Demirhan¹, Hacer Aktürk², Erdal Sarı², Mahmut Doğru³

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

³Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Skabiyez, *Sarcoptes scabiei hominis* adlı akara bağlı gelişen bir cilt hastalığıdır. Yerleşim yeri ve lezyon özellikleri süt çocuklarında daha büyük çocuklara göre farklılık göstermekte olup bu durum tanılarda zorluklara yol açabilmektedir. Süt çocuklarında palmoplantar bölge, ekstremiteler, yüz ve gövdede yaygın vezikülopüstüller lezyonlar ve kabuklanma şeklinde ortaya çıkabilir. Sıklıkla büyüme geriliği, iyi beslenememe ve huzursuzluk eşlik eder. Bu yazıda, farklı ayırıcı tanıları ile yönlendirilen ve skabiyez tanısı alan 1 yaş altı dört olgu sunulmuştur.

OLGU: Polikliniğimize döküntü nedeniyle başvuran ve yaşları 2,5 ay-5 ay arası değişen 4 olgu klinik olarak skabiyez tanısı almıştır. Başvuru öncesi yakınma süresi 20 gün-2 ay arası değişmektedir. Üç olgu sırasıyla el-ayak-ağız hastalığı, suçiçeği ve atopik dermatit ön tanılarıyla yönlendirilmiştir. Tüm olgularda huzursuzluk, uyku sorunları, beslenme güçlüğü ve bir olguda tartı kaybı tariflenmiştir. Olguların el-ayak tabanı, distal ekstremiteler ve gövdelerinde vezikülopüstüller lezyonlar saptanmıştır. Hiç bir olguda ateş olmamış, başvuru öncesi yapılan hemogram, CRP, biyokimyasal ve serolojik tetkikler normal bulunmuştur. Sorgulama sonucu tüm olgularda annede, üç olguda ise kardeşlerde de kaşıntı ve döküntü yakınması olduğu anlaşılmıştır. Tüm olgulara ve ailelerine %5 permetrin krem tedavisi verilmiştir. Küçük çocuklarda göz ve ağız dışında tüm deriye sürülmesi, 8-14 saat sonra olgunun yıkanması ve 7 gün sonra aynı döngünün tekrar edilmesi önerilmiştir. Ayrıca, kıyafet/yatak örtüleri ve genel ev temizliği konusunda bilgilendirme yapılmıştır. Takipte olguların tamamında yakınmalar kaybolmuştur.

SONUÇ: Süt çocuklarında atipik bulgularla seyretmesi ve bilinirliğinin az olması nedeniyle skabiyez tanısı atlanabilmekte, farklı tanıları yönelik ileri tetkik ve tedaviler uygulanabilmektedir. Tanımladığımız olgu serisinde olduğu gibi uygun klinik yakınma ve bulgularla başvuran, aile öyküsü pozitif olan süt çocuklarında skabiyez tanısı akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Skabiyez, Süt Çocuğu, Permetrin



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-051

Sitomegalik İnklüzyon Hastalığı: Olgu Sunumu

Elif Şeker¹, Öner Özdemir², Behiye Kozacıoğlu¹

¹Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji-İmmünoloji Bölümü, Sakarya

GİRİŞ: Sitomegalovirüs (CMV) konjenital enfeksiyonların en sık nedeni olup genelde yenidoğanlarda sitomegalik inklüzyon hastalığı sendromuna (hepatosplenomegali, sarılık, peteşi, purpura ve mikrosefali) sebep olmaktadır. Diğer nörolojik problemler arasında korioretinit ve sensirinerör al işitme kaybı sayılabilir. Bu yazıda, nadir gördüğümüz konjenital CMV (sitomegalik inklüzyon hastalığı) enfeksiyonu olan vakayı sunmayı amaçladık.

OLGU: Otuz altı yaş, gravide altı, parite dört, yaşayan dört, abortus iki olan anneden 37. gestasyonel gebelik haftasında normal spontan vajinal doğum ile 2800 gram doğan erkek bebek, 4. ayında bize başvurdu. Postnatal yedinci gününden itibaren karında şişlik ve vücutta yaygın döküntüleri başlamıştı. Fizik muayenede; ağırlık: 4.900gr (3-10 p), boy: 58cm (3-10 p), baş çevresi: 38.5 cm (3-10 p) idi. Hepatosplenomegalisi mevcuttu. Yüzde belirgin ve vücutta da yaygın peteşi ve purpurası mevcuttu (resim). Nörolojik gelişimi normaldi. Laboratuvar değerlerinde total bilirubin: 12.1mg/dl, direkt bilirubin: 5.31mg/dl, trombosit sayısı 73.000/mm³. İdrarda bakılan CMV PCR 468.200 kopya/ml gösterdi. Annede plazmada çalışılan CMV IgG: 227(+), CMV IgG avidite: 76.9 (yüksek avidite) olarak tespit edildi. Direkt ve indirekt hiperbilirubinemi ve trombositopenisi olan hastanın, göz muayenesinde sağ gözünde retinit bulgusu saptandı. İşitme muayenesi normaldi ve gelişebilecek sensirinerör al işitme kaybı açısından haftalık BERA testleri yaptırmayı önerildi. Ultrasonografide karaciğer 98 mm (>95 p), dalak 74 mm (>95 p) olarak ölçüldü. Transfontanel ultrasonografi normal olarak değerlendirildi. Hastaya konjenital CMV tanısıyla gansiklovir 6 mg/kg 12 saatte bir iv başlandı.

SONUÇ: TORCH enfeksiyonları fetal ve neonatal mortalite ve morbiditenin önemli bir nedenidir. Doğuştan TORCH enfeksiyonunu düşündürecek bulgular (hepatosplenomegali, sarılık -özellikle direkt bilirubinemi hakimiyeti-, trombositopeni, peteşi, purpura, korioretinit,) saptandığında uygun tanısal testler planlanmalıdır ve tedavide MSS tutulumu varsa anti-viral gansiklovirin öncelikle başlanması gerekmektedir. Yenidoğanlarda peteşi, hepatosplenomegali, hiperbilirubinemi bulguları olan hastalarda konjenital CMV akılda tutulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Sitomegalik İnklüzyon Hastalığı, CMV, retinit.

PP-052

İzole Bilateral Submandibüler Lenfadenopati Nedeni Olan Tularemi: Olgu Sunumu

Elif Şeker¹, Öner Özdemir², Kadir Mercan¹, Behiye Kozacıoğlu¹

¹Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

²Sakarya Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Allerji-İmmünoloji Bölümü, Sakarya

GİRİŞ: Tularemi Francisella tularencis'in neden olduğu zoonotik rastlantısal bir enfeksiyondur. Genellikle enfekte kenelerin/böceklerin sokmasıyla, enfekte hayvanlara veya leşlerine temasla, kontamine besin ya da suyun tüketilmesiyle ya da laboratuvar ortamında oluşabilen solunum yolu ile hastalık gerçekleşebilir. En sık görülen klinik bulguları lenfadenopati/lenfadenit, ateş, ülser/skar/papül, farenjit, kas ağrısı/eklem ağrısı, bulantı/kusma, hepatosplenomegalidir. Burada, endemik bölgede yaşayan ve tek bulgu olarak submandibüler lenfadenopati ile başvuran nadir gördüğümüz bir tularemi vakasını sunmayı amaçladık.

OLGU: 9 yaşında kız hasta; yaklaşık 1 aydır boyun sol tarafında gittikçe büyüyen kitle nedeniyle tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde sol submandibular bölgede 3x4 cm büyüklüğünde ölçülen ve fluktuasyon veren kitle mevcuttu (resim 1). Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar değerlerinde wbc: 12.300/mm³, sedimantasyon: 58, CRP: <3 mg/L bulundu. Boyun ultrasonunda; sol submandibular bölgede cilt altı yerleşimli 21x30 mm'lik içeriği yoğun septalı, kistik lezyon görüldü. Her iki submandibular bölgede en büyüğü 20 mm ölçülen reaktif içerikli birkaç adet lenfadenit görüldü. Kontrastlı boyun MR incelemesinde; sol submandibular glandda özellikle orta-posterior kesimi düzeyinde yaklaşık 30x28 mm boyutunda T2a görüntülerde heterojen ara sinyal intensitesinde yer yer düzensiz şekilli makrolobüle konturlu intravenöz kontrast madde sonrasında diffüz heterojen kontrast fiksasyonu gösteren kitlesel lezyon formasyon alanı gözlemlendi. Lezyonun santral kesiminde kistik açıklıklar ve septa formasyonu gözlemlendi (resim 2). Yapılan ince iğne aspirasyon biyopsisinde mikroskopik olarak; nötrofilden zengin polimorfik inflamatuvar hücreler gözlemlendi, bazıları oval veziküler nükleuslu, bazıları yuvarlak nükleuslar içeren geniş granüler sitoplazmalı hücreler gözlemlendi (resim 3). Hastaya abse tanısıyla önce gentamisin+ ampicilin-sulbaktam 10 gün iv verildi. Hastanın yaşadığı bölgede tularemi vakaları endemik görüldüğünden, en sık kullanılan standart ve yüksek güvenilirliğe sahip olan tularemi serum aglütinasyon testi çalışıldı. Serum aglütinasyon testi 1/320 pozitif olarak değerlendirildi. Gentamisine duyarlı olan tularemi olgusunun boynundaki kitle takiplerinde küçüldü.

SONUÇ: İzole submandibüler lenfadenopati ile başvuran olgularda, hasta özellikle endemik bölgede yaşıyorsa ya da bölgeyi ziyaret etmişse tularemiden şüphe edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lenfadenopati, Tularemi, lenfadenit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-053

Assitli Çocuk! Aklımıza Tüberküloz Gelmeli mi? Olgu Sunumu

Bahri Elmas, Olena Erkun, Öner Özdemir, Bülent Yıldız, Gizem Ay, Mehmet Dönmez, Mustafa Büyükcavcı
Sakarya Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya

GİRİŞ: 15 yaşında bir kız çocuğunun assit, amenore, kilo kaybı, gece terlemesi, ateş şikâyetlerle getirilmesi üzerine intestinal TBC ile nasıl teşhis edildiğini sunmaktayız.

OLGU: 15 yaşında kız çocuğu ateş, kilo kaybı, gece terlemesi, karında şişlik ve amenore ile başvurdu. Öz ve soy geçmişinde özellik olamayan hastanın fizik muayenesinde; tartı: 37kg (<3p), boy: 155cm (10p) idi. Ateş: 37,8C. Genel durum orta, bilinç açık, renk soluktu. Akciğer her iki bazalde bronko-vesiküler sesler azalmıştı. Batını distandü, 2cm hepatomegalisi ve assiti mevcuttu. BCG skarı 4mm, PPD 17mm ölçüldü. Laboratuvar tetkiklerinde, Hb:6.8g/dl, WBC: 7.160/mm³, sedimentasyon: 36mm/saat, CRP: 83mg/l, T. protein: 6g/dl, albumin 2.3g/dl, Ferritin: 939ng/ml, Na:125mmol/l, Cl: 90.96mmol/l, Ca: 7.6mmol/l, LDH: 294U/l, kreatinin: 0.4mg/dl, üre: 17mg/dl, AST: 44U/l, ADA (adenozindeaminaz): 24.1U/l saptandı. Abdomino-pelvik USG: batın içinde büyüğünün çapı 34mm olan multipl LAP'lar ve yaygın asit sıvısı göstermiştir. Toraks BT'de bilateral alt loblarda 1.5cm kalınlıkta plevral effüzyonlar, sol üst lob apiko-posterior bölümde 6mm çapında olmak üzere nodüler opasiteler görülmektedir. Batın BT' de yaygın asit, peritoneal kalınlaşma, multipl LAP'lar, asendan kolon ve ileo-çekal bölgede diffüz duvar kalınlaşması görülmektedir. Asit sıvısında glukoz: 68mg/dl, LDH: 356, albumin: 1.8 mg/dl, amilaz: 29mg/dl, mikroprotein: 704.8mg/dl, ADA: 56.9U/l idi. Parasentez ile alınan mayii eksüda olarak değerlendirildi, TBC PCR, sitoloji sonuçları negatif, mayiide ADA düzeyi 56.9U/l olarak pozitif geldi. Hastanın over lojları ve uterusu patoloji tarafından değerlendirildi ve kronik inflamasyon tanısı konuldu. Bakılan periferik yaymasında trombosit kümeleri, eritrosit seride belirgin anizositoz, poikilositoz çok sayıda gözyaşı damlası saptandı. Hasta gastrointestinal sistem tüberkülozu olarak değerlendirildi ve hastaya 4'lü antibiyotik (İzoniazid, Rifampisin, Etambutol, Pirazinamid) tedavisi başlandı. Hasta 4'lü tedavisinin ilk 18 günü boyunca serviste (izole) takip edildi. Takibi boyunca klinik olarak stabil, ateşi tedavinin 2.gününden itibaren düştü ve assite bağlı batın distansiyonu zamanla azalan patternde seyretti.

SONUÇ: asit ve amenore gibi beklenmeyen şikâyetlerle dahi gelen hastalarda gastrointestinal sistem tüberkülozu olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mycobacterium tuberculosis, PPD, amenore, assit

PP-054

Olgu Sunumu: Pansitopeni ile Başvuran Bir Bruselloz

Nihan Uygur Külcü, Feyza Yıldız, Özlem Temel, Serpil Değirmenci, Erdal Sarı, Özlem Erdede, Abdülkadir Bozaykut
TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Bruselloz tüm dünyada yaygın izlenen zoonotik enfeksiyonlardan biri olup çocukluk çağında da görülmektedir. Özgül olmayan belirtiler ile başlayan hastalık çok çeşitli semptom ve bulgular ile hematopoetik sistemi, kas-iskelet sistemi, sinir ve gastrointestinal sistemi etkileyebilir.

OLGU: Altı yaşında kız hasta oniki gündür sabah ve akşamları 39°C derece ateş ve son iki gündür hareket esnasında bacak ağrısı şikâyeti ile başvurdu. Öz- ve soygeçmişinde özellik olmayan hastanın muayenesinde 39 °C ateş, orofarenks hiperemisi, boyunda mikrolenofadenopatiler, 3cm splenomegali saptandı. Eklem muayenelerinde yangı belirtileri yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Lökosit sayısı:3100/mm³, Htc:%22, PLT:71.000/mm³, ANS:1200/mm³, MCV:72 fl, periferik yaymada %46 lenfosit, %38 PNL, %12 bant, %4 monosit izlendi. Serum biyokimya ve koagülasyon testlerinde patoloji saptanmadı. Kan ve idrar kültürleri alındı, lomber ponksiyonda patoloji bulunmadı. CRP yüksekliği ve pansitopeni sebebiyle seftriakson tedavisi başlandı. Kemik iliği aspirasyonunda enfeksiyonu destekleyen bulgular izlendi. TORCH, EBV, Parvovirus, Salmonella'ya yönelik tetkiklerde patoloji saptanmadı. Brucella standart tüp aglütinasyon testi 1/10240 titrede pozitif bulundu. Sağ dizde ağrı tarifleyen hastanın ortopedi danışımında artrit saptanmadı. Beslenme anamnezinde köyden gelen çiğ süttten yapılan peyniri tükettikleri öğrenildi. Hastaya trimetoprim-sülfometaksazol(TMP-SMZ) ve gentamisin tedavisi başlandı. Tedavinin üçüncü gününden itibaren ateş normal seviyelerde seyretti, hastanın şikâyeti kalmadı. Ailenin isteği ile hasta yedinci günde taburcu edildi. Gentamisin 14 gün, TMP-SMZ 6 hafta uygulandı. Hastanın kliniğinde ve laboratuvar tetkiklerinde tam düzelme sağlandı.

SONUÇ: Ateş, artralji ve pansitopeni saptanan hastalarda malignitelerin yanısıra bruselloz gibi enfeksiyon hastalıkları da ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ateş, pansitopeni, bruselloz



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-056

Psoas Absesi Olgu Sunumu

Eylem Topaktaş, Betül Sözeri, Burcu Karakayalı
Sağlıl Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk döneminde eklem ağrıları her yaş grubunda çok sıklıkta görülmektedir. Bununla birlikte eklem ağrısı çocuk hekimleri için ayırıcı tanısı çok geniş olan bir semptomdur. Psoas absesi ise nadir görülen ve tanı koymak için şüphe ile yönelinmesi gereken bir önemli bir klinik durumdur.

OLGU: 11 yaşında diz eklemine ağrı, kalça eklem ağrısı ve karın ağrısı şikayeti ile başvuran erkek hasta, kalça eklemine görülen efüzyon nedeniyle ponksiyon yapılan ve ponksiyon sıvısı kültüründe staphylococcus aureus üremesi görülmesi üzerine antibiyoterapi başlandı. Takibinde karın ağrısı şikayeti gerilemeyen hastanın görüntülemesinde psoas kasi içinde havalanma alanları ve sonrasında kas içinde abse oluşumu görüldü. Hastanın Psoas kasi içindeki absesi yönünden takibinde abse drenajı yapıldı, antibiyoterapisi düzenlendi. Hastanın tedavi bitiminde şikayetlerinde gerileme görüldü.

SONUÇ: Çocukluk yaş grubunda yaygın görülen semptomlarda fizik muayenenin dikkatli yapılması, ayırıcı tanıya özenle gidilmesi çok önemlidir. Hastaların klinik seyirleri içerisindeki takibinde de farklı tablolar ile karşılaşılabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocukluk çağı psoas apsesi, pediatric psoas abscess, Psoas abscess

PP-057

Intramusküler ve yüksek doz BCG aşısı uygulaması sonrası gelişen abse olgu sunumu

Eylem Topaktaş, Deniz Çakır
Sağlıl Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Bacille Calmette-Guérin (BCG), tüberküloz basiline bütün yapısal özelliklerini taşıyan, ancak hastalık oluşturma yeteneği yok edilmiş bir Mycobacterium bovis suşudur. BCG aşısının güvenilirliği yüksektir. Fakat aşının çeşitli sıklıklarda lokal ve sistemik komplikasyonları bildirilmiştir. Aşıdan sonra nadir görülen komplikasyonlar arasında rutin aşı sonrası beklenen lezyonlar ve aşının yanlış yöntem ve yanlış doz uygulama sonrası oluşan çeşitli cilt lezyonları da yer almaktadır.

OLGU: BCG aşısının intramusküler yolla ve yüksek dozda uygulanması sonrası uyluk bölgesinde kızarıklık ve şişlik şikayeti ile başvuran 4 aylık erkek hastaya abse ile uyumlu görünüm olması ve abse materyalinde Mycobacterium PCR pozitif olması üzerine izoniazid, rifampisin tedavisi başlandı. 6 aylık izoniazid ve rifampisin tedavisi sonrası klinik ve radyolojik düzelme sağlandı.

SONUÇ: Aşı takviminde birden fazla aşının aynı anda uygulanması aşılarla yanlış uygulamaları beraberinde getirebilir. Yanlış uygulamaları engellemek için tekrarlanan hizmet içi eğitimlerin yapılması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: BCG vaccine, BCG complication, BCG local complication



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-058

Persistan lökomoid reaksiyon ile seyreden neonatal boğmaca:Olgu sunumu

Sibel Ergin Şahin, Hatice Güllüelli, Abdulkadir Bozaykut
Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Boğmaca, Bordetella pertussis' in neden olduğu bulaşıcı, yaşamı tehdit edebilen, aşı ile korunulabilir bir solunum yolu enfeksiyonudur. Öksürüğün başlıca bulgu olduğu ve ateş, halsizlik, kas ağrısı, boğaz ağrısı, taşipne, wheezing ve rallerin olmadığı her hastada şüphe edil-mesi gereken bir hastalıktır. Boğmaca bebeklerde ve küçük çocuklarda hiperlökositoz ($> 100\ 000 / \text{mm}^3$) ile seyredebilir ve bu kötü prognoz göstergesidir. Biz olgumuzda 22 günlük bir yenidoğanda yüksek seyreden lökosit sayıları ile birlikte olan boğmaca enfeksiyonunun takip ve tedavisini sunduk.

OLGU: Yirmiiki günlük bir yenidoğan kliniğimize öksürük, kusma, morarma şikayetleri ile başvurdu. Bilateral krepan ralleri ve taşipnesi olan hastanın hemoglobin değeri 16.1 g/dl, lökosit sayısı 36.400 / mm^3 , nötrofil/lenfosit oranı: 21/62, crp:1.36 mg/dl, trombosit sayısı 430000/ mm^3 idi. Hastadaki boğulur tarzda öksürük nöbetleri ve yüksek lökosit sayısı bize boğmaca tanısını düşündürdü. İV ampisilin sulbaktam 150 mg/kg/gün, oral klaritromisin 15 mg / kg/ gün olarak başlandı. Yatışının ve tedavisinin 3. gününde lökosit sayısı 83100/ mm^3 'e çıkarken, oral alımı bozulan taşipnesi artan hastaya iv sıvı tedavisi başlandı ve ampisilin sulbaktam kesilip, seftriakson+teikoplanin tedavisine geçildi. Çocuk hematoloji konsultasyonu sonrası yüksek lökositoz enfeksiyona bağlı lökomoid reaksiyon olarak değerlendirildi. Bordetella Pertussis Ig G antikor pozitif geldi. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanan hastanın lökosit sayısı 25200/ mm^3 e düştü. Öksürük nöbetleri azalan oral alımı düzelen hasta yatışının 20. gününde şifa taburcu edildi.

SONUÇ: Boğmaca yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde önemli morbidite ve mortalite nedenidir. Tanısı klinik ve laboratuvar bulgularla konulur, mikrobiyolojik ve serolojik testlerle kesinleştirilir. Tedavinin amaçları öksürük sayısını azaltmak, öksürüğün ciddiyetini gözlemek ve gereğinde destek sağlamaktır. Bizde şiddetli öksürük atakları olan hastamızı takip ve tedavi amacı ile yatırarak destek tedavisini başladık. Gelişen lökositoz ve sekonder enfeksiyonlar için intravenöz sıvı ve geniş spektrumlu antibiyotik tedavisi düzenledik. Hiperlökositoza yakın bir lökositoz ve bu lökositozun persiste etmesi pertussiste sıkça rastlanmayan bir oluşum olduğundan bu olguyu literatüre katkı yapmak amacıyla sunmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Lökositoz, neonatal, boğmaca

PP-059

1-5 Yaş Arası Çocuklarda Antibiyotik Reçetelenme Durumlarının Değerlendirilmesi

Turna Balkozak Tan, Memet Taşkın Egici
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal SAUM, Aile Hekimliği Kliniği

GİRİŞ: Uygunsuz antibiyotik reçetelendirme antibiyotik direncinin nedenleri arasındadır. Halen virüslerin en sık etken olduğu bilinmesine rağmen akut üst solunum yolu hastalıkları çocukluk çağında en sık antibiyotik reçete edilen hastalıklar arasındadır. Bu çalışmada 1-5 yaş arası çocuklarda antibiyotik reçetelenme durumlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmada 01.10.2017 ve 31.01.2018 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Eğitim Aile Sağlığı Merkezimiz(EASM) polikliniklerine gelen akut üst solunum yolu enfeksiyonları(ÜSYE) tanılarının herhangi birini alan 1-5 yaş arası çocuklar retrospektif dosya tarama yöntemi ile değerlendirildi. İstatistik programında t-testi, ki-kare kullanılarak analizler yapıldı. $p < 0.05$ anlamlı kabul edildi.

BULGULAR: EASM'mize başvuran ve ÜSYE tanılarının herhangi birini alan toplam 929 çocuk vardı. Çocukların 474'ü (%51) kız, 456'sı (%49) erkekti. 930 çocuğun 797(%85,8)'sine Soğuk Algınlığı, 18'ine (%1,9) Akut Otitis Media, 40'ına (%4,3) Akut Tonsillit ve 74'üne (%8) Akut Farenjit tanıları konulmuştur. Tanılar ile yaş arasında anlamlı ilişki saptanmışken($p=0,040$); cinsiyetle istatistiksel ilişki bulunamamıştır ($p=0,137$). 143 çocuğa (%15) antibiyotik reçete edilmişti. Antibiyotik reçete edilmesi ile tanı sıklığı arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0,000$). En fazla antibiyotik reçete edilen tanı sırayla Akut Otitis Media(AOM) ve Akut Tonsillit (AT) idi. Ekim ayında Soğuk algınlığı tanısı diğer tanıları göre daha sık görülmüş ve ekim ayı en az antibiyotiğin reçete edildiği ay olmuşken (%10,5), kasım ve aralık aylarında AT ve AOM gibi hastalıkların oranı artmış olup, en fazla antibiyotik aralık ayında reçete edilmişti (%27,7).

SONUÇ: Ülkemiz verilerine göre ÜSYE tanısında antibiyotik reçeteleme oranı %40 civarlarındadır. Çalışmamızda en sık antibiyotik reçete edilen tanı Akut Otitis Media ve Akut Tonsillit ve reçetelenme oranı ise %15 olarak bulunmuştur. Akılcı ilaç kullanım çalışmaları kapsamındaki farkındalık eğitimleri, reçete takip sistemi, hızlı antijen testi gibi uygulamaların katkısının bu oranda katkısı olduğunu düşünmekteyiz. Bunun yanında koruma hizmetlerinin artırılması (grip aşılama), İnfluenza tarama kitlerinin uygulamaya girmesinin bu oranları daha da azaltacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: birinci basamak, akılcı ilaç kullanımı, çocukluk çağı, hızlı antijen testi



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-060

Plasmodium Vivax'ın Etken Olduğu Pediatrik Sıtma Olgusu

Mehmet Kemal Kanık¹, Ayşe Şahin¹, Nazan Dalgıç², Zeynep Yıldız Yıldırım³, Banu Bayraktar⁴, Nurbanu Bilgin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniveristesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniveristesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniveristesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniveristesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

Sıtma; Plasmodium türlerinin etken olduğu ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olan ateş ile seyreden bir hastalıktır. Burada iki haftadır aralıklı ateşleri olan ve laboratuvarında pansitopeni bulunan 10 yaşındaki Suriye doğumlu kız hasta sunulmuştur. Hastaya yapılan periferik yayma ve kalın damla sonucu P. Vivax'ın neden olduğu sıtma tanısı konulmuştur. Ülkemizde yerli sıtma vaka olgusu eradikasyon çalışmaları neticesinde görülüyor olsa da import vakalar sebebiyle ateş ile başvuran hastada ayırıcı tanıda sıtmanın da düşünülmesi gerektiğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: Ateş, P. Vivax, Sıtma

PP-061

3 Ayrık Geçmeyen Öksürükle Gelen Kaviter Akciğer Tüberkülozu Olgu Sunumu

Murat Elevli, Leyla Çakmak Esen, Hatice Nilgün Selçuk Duru, Kamil Şahin, Özlem Akgün, Nurcan Solak
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Tüberküloz tıp tarihi boyunca insanlığı tehdit eden, Mycobacterium tuberculosisin neden olduğu kronik bir enfeksiyon hastalığıdır.

OLGU: 15 yaş 8 aylık kız hasta polikliniğimize öksürük, ateş, gece terlemesi ve kilo kaybı şikayetleriyle başvurdu. Öyküsünde 3 ay önce kuru öksürüklerinin başladığı, pnömoni tanısıyla ayaktan çok defa antibiyotik tedavisi aldığı ancak şikayetlerinin gerilemediği, kuru öksürüğünün bir süredir balgamlı öksürüğe döndüğü ve 5-6 kilo kadar kilo kaybettiği öğrenildi. Tabloya son birkaç gündür ateş ve gece terlemelerinin de eklendiği bilgisi edinildi. Fizik muayenesinde kaşektik bir görünümü ve dinlemekle sol akciğerde daha belirgin olmak üzere, bilateral krepitan ralleri ve wheezingi vardı. PA akciğer grafisinde solda çok daha yoğun olmak üzere bilateral infiltrasyon sahaları, pnömatosel ve kavitasyonu andıran görünüm mevcuttu. Anamnezde tüberküloz açısından temas öyküsü bulunmamaktaydı. Hasta pnömoni ve tüberküloz ön tanılarıyla targocid ve seftriakson tedavisi başlanarak, çocuk intaniye servisine interne edildi. Gönderilen tetkiklerinden crp: 144 sedim: 37 wbc: 9800 idi. Yatışında subfebril bir ateşi vardı. Hastadan balgamda ARB ve tüberküloz kültürü gönderildi. PPD yapıldı ve kontrastlı toraks tomografisi çekildi. Yatışının 4. gününde ateşleri yükselen hastada crp'nin 202'ye yükseldiği görüldü. Bunun üzerine seftriakson kesilip meropenem +teikoplanin tedavisine geçildi. Hastanın PPD'si 15 X 19 mm olarak endürasyon pozitif olarak değerlendirildi. BT yorumu sol akciğerde kavitasyonlar ve yaygın tomurcuklu dal tarzında dansite artımları olarak tüberküloz lehine değerlendirildi. Yatışında gönderilen balgamda ARB (++) pozitif olarak geldi. Hastada akciğer tüberkülozu tanısı konularak, hemen dörtlü antitüberküloz tedavisi başlandı.

SONUÇ: Ülkemiz tüberküloz hastalığının halen yaygın olarak görüldüğü ülkeler arasında yer almaktadır. Kronik öksürük şikayeti ile gelen hastalarda, indeks vaka öyküsü olmasa bile ayırıcı tanıda tüberküloz hastalığı da düşünülmelidir. Böylece tüberküloz tanısının erken konulması hem tedavinin süratli ve etkin oluşunu sağlarken hem de toplumda temas edeceği kişilere bulaştırma riskini azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: akciğer tüberkülozu, kavite, kronik öksürük



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-062

Sağlık Hizmeti İlişkili Rotavirus Gastroenteriti

İşıl Bicer¹, Hacer Aktürk², Rabia Gönül Sezer¹, Abdülkadir Bozaykut¹
¹SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği
²SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

GİRİŞ-AMAÇ: Sağlık hizmeti ilişkili gastroenterit (SHİ-GE), önemli bir morbidite nedenidir, hastaları diğer SHİ enfeksiyonlara karşı yatkın hale getirebilir, yatış süre ve maliyetinin artmasına neden olabilir ve enfeksiyonun servis içinde yayılımının devamı açısından rezervuar işlevi görür. Rotavirus, özellikle çocuklarda en önemli SHİ-GE nedenlerinden biridir. Çalışmamızda, bir pediatri kliniğinde 2,5 yıllık dönemde gelişen rotavirusa bağlı SHİ-GE (SHİ-RVGE) olguları ve klinik özellikleri irdelenmiştir.

YÖNTEM: Ocak 2015 ve Temmuz 2017 arasında hastanemiz pediatri kliniğinde yatan hastalar geriye dönük olarak taranarak yatışlarından ≥ 3 gün sonra rotavirus hızlı antijen testi istenen olgular saptanmıştır. Klinik-demografik ve laboratuvar özellikleri kaydedilmiştir.

BULGULAR: Çalışma dönemi boyunca 2816 hasta yatırılmış, 114 hastadan gastroenterit gelişmesi nedeniyle tetkik istenmiş ve bunların 51'inde rotavirus saptanmıştır (SHİ-GE hızı 4,04/100 yatış, SHİ-RVGE hızı 1,8/100 yatış). Bu dönemde hastanemizde tanı alan toplam rotavirus gastroenteritlerinin %3,3'ünün (51/1515) SHİ-RVGE olduğu bulunmuştur. Elli-bir hastanın (19 kız, 32 erkek) ortalanca yaşı 7 ay (1-132 ay) olup %68,6'sı (n=35) 1-12 ay yaş aralığındadır. Olguların %49'u (n=24) kış aylarında, %45'i (n=23) ilkbaharda tanı almış, %68,6'sı (n=35) solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yatırılmış, %41'inde (n=21) altta yatan başka kronik hastalık saptanmamıştır. SHİ-GE ilişkili yakınmalar yatıştan ortalanca 6 gün sonra (4-14 gün), %66,6'sında (n=34) ilk bir haftada gelişmiştir. Hastaların tamamında ishal, %31,3'ünde (n=16) kusma ve %13,7'sinde (n=7) ateş olmuştur. Tüm hastalara bu dönemde intravenöz sıvı verildiği gözlenmiştir. SHİ-RVGE gelişmesi nedeniyle 7 hastanın yatışı 2 ila 4 gün arası uzamıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Rotavirus, önemli bir SHİ enfeksiyon etkenidir. Ülkemizde bu konuyla ilişkili sınırlı veri bulunmaktadır. Çalışmamızda, bir pediatri kliniğinde gelişen SHİ-RVGE'ne yönelik epidemiyolojik, demografik ve klinik bilgiler ortaya konmuş ve genel olarak literatürle uyumlu bulunmuştur. Virusun dayanıklılığı, el ve cansız yüzeylerde uzun süre canlı kalabilmesi ve az sayıda virusun hastalık yapabilmesi nedeniyle hastane koşullarında rotavirusun temizlenmesi çok zor olmaktadır. Bu nedenle rotavirus saptanan olguların mümkün olduğunca ayrı tutularak uygun temas önlemlerinin alınması yukarıda bahsedilen olumsuz sonuçların önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Nozokomiyal gastroenterit, rotavirus, sağlık hizmeti ilişkili gastroenterit, sağlık hizmeti ilişkili rotavirus

PP-063

Çocukluk çağı epilepsilerinde ACTH tedavisi ve enfeksiyon

Bedia Deniz Yalçın¹, Hacer Aktürk², Mahmut Doğru³, Emek Uyur Yalçın⁴, Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu⁴

¹SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği
²SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları
³SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Allerji
⁴SBÜ İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji

GİRİŞ-AMAÇ: Adrenokortikotropik hormonun (ACTH) sentetik analogları, başta infantil spazm olmak üzere çeşitli çocukluk çağı epilepsilerinde, özellikle rutin tedaviye yanıt alınamayan durumlarda kullanılmaktadır. Huzursuzluk, iştah artışı-tartı alımı, hipertansiyon, hiperglisemi hipokalemi gibi yan etkilerinin yanında enfeksiyonlara yatkınlığın arttığı da bilinmektedir. Çalışmamızda, epilepsi nedeni ile ACTH tedavisi verilen çocuklardaki enfeksiyon sıklığı ve çeşitleri araştırılmıştır.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk nöroloji polikliniğinde ACTH tedavisi başlanan ve çocuk enfeksiyon polikliniği ile ortak izlenen olguların klinik ve demografik özellikleri ve tedavi süresince geçirdikleri enfeksiyonlar geriye dönük olarak değerlendirilmiştir. Uygulanan ACTH dozu 0,035 mg/kg/doz olup giderek açılan doz aralıklı şemasıyla toplam tedavi süresi yaklaşık 3 aydır.

BULGULAR: Çalışmada Eylül 2016-Ağustos 2017 arasında ACTH başlanan ve tedavi boyunca izlenebilen 26 olgu (13 kız, 13 erkek) değerlendirilmiştir. Olguların ortalanca yaşı 23 ay (4-135 ay) bulunmuştur. Dört olguda tedavi kesimini gerektirmeyen basit üst solunum yolu enfeksiyonu (n=3) ve komplike olmayan alt üriner sistem enfeksiyonu (n=1) izlenmiştir. Ciddi enfeksiyon izlenen 4 olgunun birinci ayda, 2 olgunun ise üçüncü ayda tedavisi kesilmiştir (6/26, %23). Beş olguda alt solunum yolu enfeksiyonu, 1 olguda septik ateşli enfeksiyon gelişmiştir. Bunların üçü hastanede yatmış, diğerleri kısa süreli müşahadeye alınmıştır. Enfeksiyon nedeniyle tedavisi kesilen (n=6) ve kesilmeyen (n=20) olguların çeşitli özellikleri karşılaştırılmıştır. Yaş ve cinsiyet açısından fark bulunmamıştır. ACTH kesilmesini gerektiren enfeksiyonlar; tedavi öncesi sık enfeksiyon geçirenlerde (p=0,008), tekrarlayan hışıltı atağı olanlarda (p=0,024), nebulize bronkodilatör kullanım öyküsü olanlarda (p=0,013), sık antibiyotik kullananlarda (p=0,016), enfeksiyon nedeniyle yatış öyküsü olanlarda (p=0,004) ve klinik olarak aspirasyon öyküsü verenlerde (p=0,062) daha sıklıkla gelişmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sınırlı sayıda olguyla yapılmasına rağmen çalışmamız ACTH tedavisinin oldukça az irdelenen enfeksiyon ilişkili yan etkileri konusunda ışık tutmaktadır. Tedavi altında gelişen hafif enfeksiyonlar tolere edilebilmiştir. Tedavi öncesi sık/ciddi enfeksiyon öyküsü olmayanlarda genel olarak sorun yaşanmamıştır. Ancak, özellikle nöromotor gelişimi oldukça geri olup buna bağlı aspirasyon ve kronik akciğer problemleri yaşayan olgulara dikkat edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Adrenokortikotropik hormon, ACTH, dirençli epilepsi, enfeksiyon, infantil spazm



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-064

Rothia Dentocariosa ile Gelişen Bakteriyemi: Olgu Sunumu

Ayşe Karaaslan¹, Fatma Kaya Narter¹, Gülşen Cengiz¹, Demet Haciseyitoğlu², Fatih Alparslan Genç¹

¹Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Kartal Dr. Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı, İstanbul

GİRİŞ: Rothia dentocariosa gram pozitif, aerob, kok, rod ya da filamentöz şekilde bulunabilen bir bakteridir. Oral florada bulunmaktadır ancak nadiren ciddi hastalıklara neden olduğu bilinmektedir. En sık endokardit ile ilişkili olsa da, osteomyelit, septik artrit, pnömoni ve peritonit gibi farklı klinik tablolarla da karşımıza çıkabilmektedir. Bu olguda bir aylık bronşiolit tanısıyla hastaneye yatırılan ve Rothia dentocariosa bakteriyemisi gelişen bir kız çocuk sunulmuştur.

OLGU: Bir aylık kız hasta dört gündür olan burun tıkanıklığı, öksürük, hırıltı, sık nefes alıp verme şikayetleri ile acil servise getirildi. Fizik muayenesinde DSS: 50/dk, dinlemekle bilateral akciğer sesleri kaba, ekspiryum uzun ve ralleri mevcut idi. Akciğer grafisinde kostalarda düzleşme ve infiltratif alanlar saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; tam kan sayımında WBC:7600, Hb:14.4 g/dl, plt: 264000 olarak geldi. C- reaktif protein negatif idi. Nazofaringeal aspirattan gönderilen Respiratuar sinsityal virus (RSV) antijen testi pozitif geldi. Hasta RSV bronşioliti tanısıyla destek tedavisi amacıyla servise yatırıldı. Alınan kan kültüründe gram pozitif üreme bildirilen hastanın kontrol kan kültürü tekrarlanarak tedavisi vankomisin iv olarak düzenlendi. Mikrobiyolojik değerlendirme sonrası kan kültüründeki üremesi Rothia dentocariosa olarak tespit edildi ve antibiyogram testinde seftriakson duyarlı olduğu saptandı. Hastanın tedavisi sefotaksim intravenöz olarak değiştirildi. Hastanın ekokardiyografisi yapıldı ve patent foramen ovale olarak raporlandı, vejetasyon lehine bulgusu yok idi. Destek tedavisine devam edilen, kontrol kan kültüründe üreme olmayan hasta, klinik bulgularının da düzelmesi sonrası tedavisi 10 güne tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: Rothia dentocariosa nadiren enfeksiyona neden olabilen oral florada bulunan bir bakteridir. En sık endokardit ile ilişkili bulunması nedeniyle bakteriyemili olgularda ekokardiyografinin yapılması akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Rothia dentocariosa, bakteriyemi, infant

PP-065

Menenjit Tanısı Konan Süt Çocuğunda Tedavi Süresini Değiştiren Ender Bir Etiyoloji ve MR Bulgusu

Ece Orbay¹, Tarık Yıldırım¹, Merve Kömürcü¹, Rengin Şiraneci²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

AMAÇ: Süt çocuklarında ateşin seyrek nedenlerinden biri de bakteriyel menenjitlerdir. Menenjit etiyolojisindeki bakteriyeminin nadir sebeplerinden biri olan derin boyun enfeksiyonlarını süt çocuklarında tanımak fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri ile çoğu zaman zor olabilmekte ve derin boyun enfeksiyonlarından şüphelenildiğinde ileri görüntüleme tetkiklerine ihtiyaç duyulmaktadır.

OLGU: Daha öncesinde bilinen bir hastalığı ve hastane yatış öyküsü olmayan 11 aylık erkek hasta, son 4 gündür 39 dereceyi bulan ateş ve huzursuzluk şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Son birkaç gündür antipiretik analjezik kullanan, düşkün görünümde olan hastanın yapılan fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde; beyaz küre:40980/mm³ hemogloblin:8,8 mg/dl trombosit:631000/mm³ c-reaktif protein:211mg/l; idrar tetkiki:eritrosit 1+. PA akciğer grafisi ve batın ultrasonografisi doğal olan hastada menenjit ön tanısı düşünülerek çekilen Kranial BT görüntülemesinde bilateral frontotemporal subaraknoid mesafe genişlemesi izlenen hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısı(BOS) mikroskopisinde silme lökosit izlendi, BOS protein: 22,7 mg/dl, BOS şekeri: 62 mg/dl eş zamanlı kan şekeri:82 mg/dl saptandı. Hastaya bakteriyel menenjit ön tanısı ile intravenöz olarak seftriakson ve vankomisin tedavileri başlandı. BOS ve kan kültürleri steril sonuçlandı. Antibiyoterapinin 10.gününde menenjit komplikasyonlarını dışlama açısından kontrastlı Kranial MR görüntüledi: sol parafarengeal alanda abse ile uyumlu tutulum izlendi. Bunun üzerine tedaviye klindamisin ve amikasin eklendi. Fizik muayenede özellik olmayan hastanın boyun USG'de lenfadenopati ve sıvı lokülasyonu izlenmedi. Antibiyoterapisi 30 güne tamamlanan hastanın taburculuk öncesi kontrol boyun MR görüntülemesinde patoloji görülmüdü. İmmün yetmezlik ayırıcı tanısında immunglobulin düzeyleri ölçüldü, normal saptandı. İleri tetkikleri istenen hasta, İmmunoloji polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Menenjit tanısı konan bir süt çocuğunda bakteriyemi nedeni olarak derin boyun enfeksiyonlarının da odak olabileceğinin akılda tutulması gerektiği görüldü. İmmün yetmezlik açısından tetkik edilen hastanın sonuçları beklenmekte.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyemi, Menenjit, Parafarengeal abse



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-066

Akılda tutulması gereken bir hastalık: Osteomyelitli bir olgu sunumu

Ayşe Şahin¹, Banu Özata Abanoz¹, Ramina Rzayeva¹, Nazan Dalgıç²
¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği

GİRİŞ: Osteomyelit kemik, kemik iliği ve çevre yumuşak dokuların enfeksiyonudur. Genellikle akut hematojen yayılım ile meydana gelir. Etken genellikle Staphylococcus aureus'dur. Osteomyelit erken tanı ve yeterli tedavi edilmezse ciddi sekillere yol açabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Burada iki aylık altta yatan bir hastalığı olmayan bacağına şişlik ve hareket kısıtlılığı şikayeti ile başvuran klinik ve radyolojik olarak osteomyelit tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Sağ bacağına şişlik, hareketle ağlama ve huzursuzluk şikayeti ile acile başvuran 2 aylık kız hastanın, miadında 5300 gr ağırlığında C/S ile doğduğu perinatal, postnatal sorun olmadığı ve sadece anne sütü ile beslendiği öğrenildi. Herhangi bir travma öyküsü yoktu. Fizik muayenede; ateş: 38 °C, sağ bacağına şişlik, hareketle ağrı mevcuttu, kızarıklık, ısı artışı yoktu. Diğer sistem bulguları doğal idi. Hastaya osteomyelit ön tanısı ile ampirik Vankomisin ve Seftriakson başlandı. Kalça ve alt ekstremitelerin direk grafisi normal olarak değerlendirildi. MRI incelemesinde sol kalça ekleminde femur başında destrüksiyon yapan ve femurda medüller ödem, asetabulumda hafif lizis deformasyonu, sağ dizde eklem içi sıvı, kemik medullasında ödem tespit edildi. Ortopedi ile konsülte edildi ve ortopedi tarafından sağ diz ve sol kalçada osteomyelit tanısı ile debridman ve drenaj amacıyla ameliyata alındı. Kan kültürü ve cerrahi sırasında alınan örneklerde Staphylococcus aureus üredi. Antibiyogram sonucunda hassas olan Sefazolin tedavisi altı haftaya tamamlandı. İmmün yetmezlik açısından alınan tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Ortopedi ile birlikte takip edilen hasta klinik olarak düzelmesi ve sedim: 27/saat, CRP: 5mg/dl olması üzerine ayaktan izlenmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Küçük yaş grubunda özellikle altta yatan bir hastalığın olmadığı dört ay altı hastalarda osteomyelit tanısı koymak zor olabilmektedir. Ayrıntılı hikaye ve klinik değerlendirme tanıda yardımcıdır. Özellikle huzursuzluk, ekstremitelerde hareketle ağlama, hareket kısıtlılığı, yumuşak dokuda şişlik durumunda osteomyeliti mutlaka düşünülmelidir. İlk 10 günde direk grafi normal olabilir, tanıda klinik ve MRI incelemesi önemlidir. Osteomyelitin erken tanı konup yeterli tedavi edilmezse ciddi sekillere yol açabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: osteomyelit, çocuk, Staphylococcus aureus

PP-067

Pseudomonas aeruginosa'nın etken olduğu bir neonatal meme apsesi: Olgu sunumu

Meltem Yıldırım Kaplan¹, İlknur Çağlar¹, Tuğçe Candan Çelik¹, Belkıs Deniz Özbilek², Süleyman Nuri Bayram¹, Ökkeş Aytaç Karkiner², İlker Devrim¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İzmir

GİRİŞ: Mastit ve meme apsesi neonatal dönemde sık görülmemektedir. En sık etken Staphylococcus aureus'tur. Gram negatif etkenler nadir görülür. Cerrahi drenaj ve uygun antibiyotik tedavisi ile tam iyileşme sağlanabilir. Uygun tedavi yapılmadığı durumlarda ciddi süpüratif komplikasyonlar meydana gelebilir.

OLGU: Postnatal 40 günlük olgu, 15 gün önce başlayan sol memede kızarıklık, şişlik ve ısı artışı şikayetleri ile dış merkezde değerlendirilmiş ve meme apsesi tanısı ile tedavi görmüş olmasına rağmen şikayetlerinde gerileme olmaması nedeniyle servisimize yatırıldı. Olgunun servise kabulündeki fizik muayenesinde sol memede şişlik ve kızarıklık saptandı, diğer sistemlerin muayenesi normal olarak değerlendirildi. Laboratuvar incelemelerinde patoloji saptanmadı. Periferik yaymasında atipik hücreye rastlanmadı. Yapılan yüzeysel doku ultrasonunda apse görünümü olan hastaya cerrahi drenaj uygulandı. Apse kültüründe Pseudomonas aeruginosa üremesi olan hastanın antibiyotik tedavisi antibiyograma uygun şekilde düzenlendi. Tedavi sonrası hastada tam iyileşme görüldü.

SONUÇ: Burada neonatal dönemde meydana gelmesi ve Pseudomonas aeruginosa gibi nadir bir etkeni olması nedeniyle dikkat çekici olan meme apsesi olgusu literatür bilgileri gözden geçirilerek sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: meme apsesi, neonatal, pseudomonas aeruginosa



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-068

Intratekal Daptomisin ile başarıyla tedavi edilen Vankomisin Dirençli Enterokok üremesi olan ventriküloperitoneal şant enfeksiyonlu bir olgu sunumu

Ülkü Macit¹, Ayşe Şahin², Nazan Dalgıç¹

¹ Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

² Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Vankomisine dirençli Enterococcus'lar (VRE), insanlarda gastrointestinal sistemin florasında bulunmaktadır. VRE önemli nazokomiyal enfeksiyon ajanlarından birisidir. Nadiren menenjitte neden olurlar, genellikle cerrahi girişim sonrası ve özellikle ventriküloperitoneal şant enfeksiyonlarında etken olarak bildirilmektedirler. Enterokokların en önemli özelliği antibiyotiklere direnç sorunudur. Burada bir haftalıkken ventriküloperitoneal şant (VPŞ) uygulanan, aynı merkezde altı hafta sonra şant enfeksiyonu tanısı alan ve BOS kültüründe Vankomisine dirençli enterokok üreyen 15 günlük linezolid tedavisine yanıt alınamaması üzerine takip ve tedavi amacı ile tarafımıza yönlendirilen ve intravenöz ve intratekal Daptomisin ile başarı ile tedavi edilen 2.5 aylık erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: 2.5 aylık erkek hasta antenatal meningomyelose ve hidrosefali nedeniyle takipliymiş ve postnatal birinci haftada VPŞ uygulanmış. Bir ay sonra göbekten akıntı şikayeti ile aynı merkez tarafından şant revizyonu uygulanmış. Hastanede izleminin 14. gününde alınan BOS'da Beyaz küre sayısı(BKS):290/mm³, Protein:232 mg/dl, glukoz:0 tespit edilmiş. Şant enfeksiyonu düşünülerek şant çıkarılmış, ampirik intravenöz Vankomisin, Meropenem başlanmış. Tedavinin 72. saatinde BOS kültüründe VRE üremesi üzerine tedavi Linezolid ve Meropenem olarak devam edilmiş. Tedavinin 15. gününde BOS kültüründe VRE üremesinin devamı üzerine hasta kliniğimize yönlendirildi. Fizik muayenede; kilo: 4700 gr(3 persentil), boy:56 cm (3 persentil), baş çevresi:46 cm (>97 persentil), ön fontanel 4*5 cm, genel durum orta sistem muayenesi doğaldı. Laboratuvarında; BKS:25900/ml, CRP:3.2 mg/dl, BOS incelemesinde: BKS:1700/mm³, Kırmızı küre sayısı:1200/mm³, BOS proteini 1838 mg/dl, şeker:33 mg/dl saptandı. Hasta ekstrasventriküler drenaja alındı. Linezolid tedavisine devam edilen hastanın BOS bulgularının devam etmesi üzerine yatışının beşinci günü Daptomisin 5 mg intratekal ve 8 mg/kg/gün intravenöz olarak başlanmıştır. 15. günün sonunda BOS incelemelerinde düzelme izlenmiş, BOS ve kan kültüründe üreme olmamıştır. Tedavisi tamamlanan hasta ayaktan izlenmek üzere taburcu edilmiştir.

SONUÇ: Daptomisin, siklik lipopeptid sınıftan bakterisidal bir antibiyotiktir. Özellikle MRSA ve VRE'lerin etken olduğu enfeksiyonlarda kullanılmaktadır. Çocuklarda kullanımı sınırlıdır. Burada diğer antibiyotiklere cevap vermeyen vankomisin rezistan enterokok'un neden olduğu VPŞ enfeksiyonunda intravenöz ve intratekal Daptomisin tedavisinin başarıyla uygulandığı bir olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Daptomisin, Enterokok, Şant Enfeksiyonu

PP-069

Ateşsiz Kawasaki Hastalığı olgusu: Tanıda BCG reaktivasyonunun yeri

Melike Emiroğlu¹, Gülsüm Alkan¹, Ahmet Sert²

¹ Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

² Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: Kawasaki hastalığı, 5 günden uzun süren ve başka bir sebeple açıklanamayan ateşi olan çocuklarda, ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmesi gereken bir hastalıktır. AHA'a göre ateş KH'nın "olmazsa olmaz" bulgusudur ve diğer 5 majör bulgudan ayrı değerlendirilir. Ancak ateş dışındaki bulguların pozitif olduğu ve koroner arter tutulumuyla da tanısı teyit edilen KH vakaları bildirilmektedir. BCG uygulama alanında kızarıklık ve kabuklanma KH tanı kriterleri arasında olmamakla birlikte, önemli bir bulgudur.

OLGU: 10 aylık erkek hasta, 1 haftadır olan burun tıkanıklığı, huzursuzluk, 2 gündür olan gövde/alt ekstremitelerde makülopapüler döküntüyle başvurdu. Hastanın ölçülen en yüksek ateşi kulaktan 37.3°C idi, ateş düşürücü/antibiyotik kullanımı yoktu. FM'de bilateral konjunktival injection, gövdede daha belirgin makülopapüler döküntü, ayak sırtlarında şişlik ve BCG aşı yerinde 1,5 cm çapında ödem ve kızarıklık mevcuttu. Transaminazlarda, GGT'de yükseklik dışında anormal değeri yoktu, HHV-6 dahil viral tarama testleri, ekokardiyografisi normaldi. Ailesinde immün yetmezlik hikayesi yoktu, hastanın immün tarama testlerinin normal, BCG disseminasyonu bulgularının olmaması üzerine KH tanısıyla aspirin ve IVIG başlandı. Serviste 36.6°C üzerinde ateş gözlenmedi, 48 saat içinde konjunktival injection, 4 günden sonra BCG aşı reaksiyonu geriledi. Takipte el ve ayaklarda soyulmaları izlendi. Üç aylık izlemde ek şikayet veya koroner tutulum gözlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: İlk kez 2008'de Meksika'dan afebril KH bildirilmiş, Japonya'da 2001-2002 yıllarındaki 16,952 KH'nın 23'ünün ateşsiz olduğu belirlenmiştir. Uehara ve ark. 15,524 KH olan çocukların %49.9'unda BCG aşı yerinde kızarıklık ve kabuklanma bildirmiştir. Hastaların 2/3'ünden fazlası 3 ay ila 2 yaş arasındadır, ilk 1 yaş içindeki çocuklarda oran %80-90'a ulaşmaktadır. BCG reaksiyonu genellikle BCG uygulandıktan sonraki ilk 1 yıl içinde görülmektedir. Afebril KH tanısında da BCG reaktivasyonu önemli yer tutmaktadır. Koroner arter tutulumu gelişmeyen hastamızda, immün tarama normal, IVIG sonrası BCG reaktivasyonunun tamamen gerilemesi sebebiyle KH tanısı konuldu. Ateşi olmasa bile, diğer bulguları uyumlu çocuklarda KH araştırılmalıdır. BCG aşı süt çocuklarında BCG aşı reaksiyonu erken tanı ve tedavide yol göstericidir.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, afebril, BCG reaktivasyonu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-070

Erken Başlangıçlı Enterokolitlerin Nadir Nedeni: İnterlökin 10 Reseptör Mutasyonu

Meltem Gümüş¹, Aylin Yücel¹, Alaaddin Yorulmaz², Kaan Boztuğ³, Hasan Ali Yüksekaya⁴

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

³Viyana Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Viyana

⁴NEÜ Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: İnterlökin 10 (IL 10) çeşitli hücrelerden salgılanan ve gastrointestinal immün homeostazının sürdürülmesinde kritik öneme sahip bir antienflamatuar sitokindir. Son yıllarda IL 10 reseptör mutasyonlarının bebeklik döneminde başlayan, ağır klinikle seyreden inflamatuvar barsak hastalığı ile birliktelik gösterdiği bildirilmiştir. Biz IL 10 reseptöründe mutasyonun neden olduğu erken başlangıçlı ve ağır seyirli iki vakayı sunmak istedik.

OLGU: 1) 3 aylıkken ishal, ateş, ağız yaraları ve perineal yaralar nedeniyle takibe başlanmış erkek hastanın muayenesinde moniliazis ve perineal fissürleri mevcutmuş. Anne ve babasının uzaktan akraba olduğu öğrenilen hastada ilk kez 10 günlükken ateş ve perineal yaralar ortaya çıkmış. Laboratuvar değerlendirmeler sonrası nonspesifik immün yetmezlik denilerek düzenli immunoglobulin tedavisi altında 8 aylıkken gözde şişlik ve kanlı ishal nedeniyle başvurdu. Büyüme ve gelişmesi geri olan hastada gastrointestinal mukozal biopsiler crohn hastalığı tanısını netleştirdi. IL10RA exon 4'de mutasyon tespit edildi. Medikal tedavilere yetersiz yanıt nedeniyle hemopoetik kök hücre nakline gönderilen hastanın nakil sonrası hayatını kaybettiği öğrenildi.

2) Doğduğundan beri ishal, ağızda yara şikayeti olan erkek hasta son 4 aydır kilo alımında azlık olması üzerine 8 aylıkken kliniğimize yönlendirildi. Anne-baba arasında akrabalığı bulunmayan hastanın fizik muayenesinde persentil geriliği dışında 1 aydır bulunan anal fissürü dikkat çekiciydi. Laboratuvar tetkiklerinde lökositoz, trombositoz, anemi ve akut faz reaktanlarında yükseklik mevcuttu. Kanlı ishali ortaya çıkan hastanın kolonoskopisinde i leum ağzında ülser ayrıca çıkan, transvers, inen ve sigmoid kolon ile anal kanalda yer yer sağlam mukozalar arasında multipl derin, üzerleri yeryer eksuda ile kaplı ülserler izlendi. Histopatoloji Crohn hastalığı ile uyumlu bulundu. IL10RB'de mutasyon tespit edildi. Uygun tedaviye rağmen 11 aylıkken perine bölgesinde 1-2 cm mesafede 4 tane fistül ağzı görüldü. Hemopoetik kök hücre nakli sonrası hayatını sağlıklı bir şekilde sürdürmektedir.

TARTIŞMA: Bebeklik döneminde başlayan enterokolitlerde, özellikle perianal apse ve fistül olanlarda IL 10 Reseptör mutasyonu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Enterokolit, IL 10 Mutasyon

PP-071

Çocukluk Çağında Tetrasiklin ve Doksisisiklin Kullanımına Bağlı Özafajit ve Özafagus Ülseri

Meltem Gümüş¹, Alaaddin Yorulmaz²

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: İlaç ilişkili özafageal hasar tetrasiklin, doksisisiklin ve klindamisin gibi antibiyotikler başta olmak üzere pek çok ajanla tanımlanmıştır. Tetrasiklin ve Doksisisiklin grubu ilaçların kapsülünün çözünmesiyle oluşan asidik ortamın protein sentezini inhibe ederek ve epitel onarımı engelleyerek mukoza hasarına neden olduğu bilinmektedir. Biz akut gelişen yutma bozukluğu, retrosternal ağrı şikayeti ile başvuran ve endoskopisinde özafageal ülser ve özafajit bulunan iki olguyu sunmak istedik.

OLGU: 1) 15 yaşında erkek hasta 4 gündür ortaya çıkan ve giderek artan şiddette odinofaji ve disfaji ile başvurdu. Öyküsünde akne vulgaris neden ile 1 haftadır tetrasiklin kullandığı öğrenildi. Üst GIS endoskopisinde, Özafagus orta kesiminde düzensiz sınırlı, birisi daha derin olan iki adet ülser izlendi. Hastanın tetrasiklin tedavisi kesilerek sukrolfat ve proton pompa inhibitörü (PPI) başlandı. Klinik olarak şikayeti düzelen hasta taburcu edildi.

2) 11 yaşında kız hasta şiddetli retrosternal ağrı ile acil servise başvurdu. Brusella tedavisi için uzun süredir doksisisiklin kullandığı öğrenildi. Kardiyak açıdan yapılan değerlendirmesinde patoloji tespit edilmeyen hastaya endoskopi yapıldı. Özafagus 10. cm de mukozaya gömülmüş kapsül izlendi. forseps ile gömüldüğü yerden çıkartıldı. Derin Ülserde aktif kanama görüldü. ayrıca 15. cmde karşılıklı 2 adet yüzeysel ülser görüldü. PPI ve sukrolfat başlandı. Kontrol endoskopisinde ülserlerin iyileştiği görüldü.

SONUÇ: Tetrasiklin, doksisisiklin ve benzeri antibiyotik reçete edilen hastalara ilaçlarını bol su ile birlikte içmeleri ve ilaç alımı sonrası en az 20 dk yatış pozisyonuna gelmemeleri gerektiği anlatılmalı ve olası yan etkilerden bahsedilmeli.

Anahtar Kelimeler: Doksisisiklin, Özafajit, Özafagus Ülser, Tetrasiklin



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-072

Metranidazol Kullanımına Bağlı İki Kardeşte Gelişen Toksik Hepatit

Meltem Gümüş¹, Alaaddin Yorulmaz²

¹Konya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Konya

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Konya

AMAÇ: İlaçlara bağlı karaciğer hasarı genetik yatkınlığı olan bireylerde en sık antibiyotiklere özellikle de metranidazol kullanımına bağlı gelişebilmektedir. Metranidazol kullanımı ile toksik hepatit geçiren iki kardeş olgu sunulmak istendi.

OLGU: İshal nedeniyle 3 gündür metranidazol kullanan 5 ve 3 yaşında iki kardeş bulantı, karın ağrısı, halsizlik ve iştahsızlıkla acil servise başvurdu. Anne ve babasının uzaktan akraba olduğu öğrenilen iki çocuğun muayenelerinde hafif uykuyla meyl ile birlikte hepatosplenomegali ve sarılık gözlemlendi. Laboratuvar incelemelerinde ilk olgunun AST 2860 IU/L, ALT 1220 IU/L, T Bil 5.4 mg/dL, D Bil 4.1 mg/dL, T Prot 6 mg/dL, Alb 3.4 mg/dL, INR 2 iken kardeşinin AST 1110 IU/L, ALT 420 IU/L, T Bil 4.4 mg/dL, D Bil 2.7 mg/dL, T Prot 5.6 mg/dL, Alb 3.3 mg/dL, INR 2.2 idi. Etiyolojiye yönelik diğer tetkikleri negatifti. USG'de karaciğer parankim heterojenitesi mevcuttu. İzlemde karaciğer yetmezliği gelişti. Karaciğer biopsilerinde orta derecede portal ve lobuler iltihap, köprüleşme fibrozisi saptandı. Destek tedavi ile klinik ve laboratuvar bozukluk düzeldi. İlk olgunun kısa bir süre önce yine metranidazol kullanımı benzer şekilde kötüleşmesi olduğu öğrenildi. Hastanın metranidazol tedavisini tekrar kullanmaması önerildi.

SONUÇ: Genetik polimorfizm ilaca bağlı idiosenkrazik karaciğer hasarlanmasına yatkınlık yaratan en önemli faktördür. İki kardeşte metranidazol kullanımı ile eş zamanlı gelişen akut karaciğer yetmezliği genetik yatkınlığı düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: İdiosenkrazi, Metranidazol, Toksik Hepatit

PP-073

Nadir bir pilor obstrüksiyon olgusu: Multiple pil yutulması

Şeyma Filiz¹, Mesut Demir¹, Canan Alkım², Meltem Kaba¹, Nihat Sever¹, Abdullah Yıldız¹, Çetin Ali Karadağ¹, Melih Akın¹, Ali İhsan Dokucu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Çocuklarda ağız yolu ile alınan yabancı cisimler hem aile hem de hekimler açısından ciddi problemler oluşturmaktadır. Bu çalışmamızda yutulan birden fazla yabancı cismin oluşturduğu klinik bulgu ve yapılan tedavi sunulmuştur.

OLGU: 2 yaşında kız hasta 1 gündür yediklerini içeren kusma ve beslenememe şikayeti ile acil servisimize başvurdu. Hastanın muayenesinde özellik saptanmadı. Çekilen grafilerinde midede pil veya para olduğu düşünülen yabancı cisimler mevcuttu. Hastada intestinal perforasyon düşündürecek klinik bulgu ve destekleyici grafi yoktu. Vital bulguları stabil ve biyokimyasal olarak herhangi bir bozukluk yoktu. Hastanın yabancı cisimleri ne zaman yuttuğu ve yabancı cismin içeriği bilinmediği ve hastada obstrüksiyon kliniği mevcut olduğu için hastaya ilk olarak gastroendoskopi yapıldı. Yapılan gastroendoskopide 2 tanesi piloru tıkamış, diğer 6 tanesi de midenin mukozasına yapışmış halde disk piller mevcuttu. Bu piller endoskobun içinden geçirilen basket forceps yardımı ile teker teker çıkarıldı. Tekrar yapılan kontrol endoskopide özafagus normal, mide içinde ise pillerin yapıştığı mukozada erozyon ve pilorda da hiperemi ve erozyon mevcuttu. Kanama veya perforasyon görülemedi. Hasta postoperatif olarak pil içindeki ağır metal zehirlenmesi ve perforasyon açısından takip edildi. Hastada herhangi bir klinik bulgu görülmemesi üzerine hasta postoperatif 2. gün oral beslendi. Oral alımı iyi olan hasta postoperatif 3. gün taburcu edildi.

SONUÇ: Çocuklarda ağız yolu ile alınan yabancı cisimler hem aile hem de hekimler açısından ciddi problem oluşturmaktadır. Gastrointestinal sistemdeki yabancı cisimler hayatı tehdit edebilecek boyutta komplikasyonlara neden olabilmektedir. Böyle hastalarda tanıyı erken koymalı ve tedavi için acele edilmelidir. Gastrointestinal sistem yabancı cisimleri açısından şüphe edilen her olguda radyolojik inceleme hızla yapılmalı ve zarar verme riski yüksek olan pil, mıknaş ve keskin uçlu ya da kenarlı cisimler ya da uzun süre sebat eden mide lokalizasyonlu olgular için hastanın kliniği de uygun ise endoskopik çıkarma işlemine karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: gastroendoskopi, pil, yabancı cisim



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-074

Neonatal Kolestaz ve Akolik Dışkılama ile Gelen ve Bilier Atreziyi Taklit Eden Kistik Fibroz Olgusu

Günsel Kutluk¹, Rahşan Şahin Çetinkaya², Ünal Güvenç³, Alper Gezdirci⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Pediatrik Gastroenteroloji Ünitesi, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Tıbbi Genetik Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Kistik fibroz (KF), hava yollarının obstrüksiyonu ve enfeksiyonu ve onun getirdiği komplikasyonlarla karakterize kalıtsal multisistemik bir hastalıktır ve infantil dönemde kolestazın nadir bir sebebidir. Bu yazıda neonatal kolestazı olan; akolik dışkı, rudimenter safra kesesi, direkt hiperbilirubinemi, hipoalbuminemi gelişimi ve koagülasyon testlerinde bozulma ile bilier atreziyi taklit eden kistik fibrozis olgusu sunulmuştur.

OLGU: Neonatal kolestaz nedeni ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü bulunan 45 günlük erkek hasta; kilo alamama, sarılık ve beyaz renkli dışkılama şikayeti ile polikliniğimize başvurdu. İkterik ve soluk görünen hastanın fizik muayenesinde karaciğeri kot altı 2.5 cm ele gelmekteydi. Laboratuvar bulguları; AST:252 U/L, ALT:124 U/L, GGT:154 U/L, T.BİL:9.6 mg/dl, D.BİL:7.44 mg/dl, ALP:436 U/L, T.PROT:3.7 g/dl, ALB:2.2 g/dl, Hb:6 g/dl, Htc:%19, APTT:45.7 sn, PT:19.3 sn, INR:1.59 saptandı. Alfa1 antitripsin ve AFP düzeyi normal sınırlarda olan hastanın iki kere ter testi yapıldı, normal sonuçlandı. Batın ultrasonografisinde; karaciğer normal boyutta, parankim ekojenitesi normal, safra kesesi rudimenter görünümde olup bilier atrezi ile uyumlu saptandı. Hasta çocuk cerrahisine danışıldı. 65 günlükken Kasai operasyonu yapılan hastada rudimenter safra kesesi ve atrezik koledok saptandı. Postop yoğunbakımda ciddi ventilatör ilişkili pnömoni nedeni ile takip edildi. Bilirubin düzeyi düşmeyen ve tartı alamayan hastada fekal elastaz<50, CFTR gen analizi patojenik karakterdeydi ve hastaya kreon başlandı. Hasta çocuk göğüs hastalıklarına konsülte edildi ve kistik fibrozis açısından tedavisi düzenlendi ve takip altına alındı. CFTR tüm gen analizi sonucunun patojenik karakterde olduğu rapor edildi. Bu dönemden sonra hastanın genel durumu düzeldi, tartı almaya başlayan hasta 4. ayında taburcu edildi.

SONUÇ: Olgu neonatal kolestazla seyreden kistik fibrozun bilier atrezi gibi kolestatik hastalıklarla karışabileceğini, bu nedenle tanı için ayrıntılı bir araştırmanın gerekliliğini vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: kistik fibroz, neonatal kolestaz, akolik dışkılama

PP-075

Piyüriden Crohn Hastalığı Tanısına

Güzide Doğan¹, Bengü Arslan¹, Saime Gül Barut², Ayşe Ağbaş¹, Murat Elevli¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Perianal Crohn hastalığı anal bölgede deri katlantısı, fissür, fistül, abse veya darlık gibi bulgularla görülen kronik inflamatuvar bir hastalıktır. Bu olgu sunumunda tekrarlayan piyüri nedeniyle ileri bir merkeze yönlendirilen, muayene ve tetkikler sonucunda Crohn hastalığı tanısı konulan olgu anlatılarak, piyüri saptanan çocuklarda anorektal bölge muayenesinin önemi vurgulanmak istenmiştir.

OLGU: Tetkiklerinde tekrarlayan piyüri saptanması nedeniyle hastanemize başvuran 14 yaşındaki kız hasta, fizik bakısında perianal fistülü saptanması üzerine çocuk gastroenteroloji bölümüne danışıldı. Öyküsünde karın ağrısı ve aralıklı kusma yakınmasının olduğu, farklı zamanlarda bakılan tam idrar tetkiklerinde lökosit saptanması üzerine birçok kez antibiyotik tedavileri aldığı öğrenildi. Karın ağrısının son 6 aydır olduğunu, gece uykudan uyandırdığını, defekasyon ile gerilemediğini, günde 3-4 kez sulu arada kanlı mukuslu dışkılamasının olduğunu, 2 ay içinde 10 kg kilo kaybının olduğunu belirtti. Fizik bakısında hasta soluk görünümde idi. Epigastrik bölgede, sağ ve sol alt kadrantlarda hassasiyeti vardı. Anorektal bölge bakısında saat 1 hizasında pürülan akıntının olduğu fistül ağzı tespit edildi. Hgb:9.7 g/dl, sedimentasyon:57 mm/saat, CRP:66,7 mg/L, fekal kalprotektin:1800 idi. MR enterografide inen kolon, sigmoid kolon ve rektumda diffüz duvar kalınlaşması ve intergluteal bölgeden başlayarak intersfinkterik uzanım gösteren saat 1 hizasında anal kanal ile birleşen fistül traktı tespit edildi. Kolonoskopik incelemede rektumun 10. cm'sinden itibaren tüm inen kolon mukozasında kaldırım taşı görünümü ve yer yer üzeri fibrin ile kaplı ülser alanlar saptandı. Transvers kolon, çıkan kolon ve çekum mukozaları olağan görünümde idi. Terminal ileum ağzı hiperemik ve fragil idi. Alınan biyopsi örneklerinde terminal ileumda kronik ileit ve histiosit kümeleri, inen kolon biyopsisinde aktif ülserleşen kronik inflamasyon, kriptit, kript abseleri, histiosit kümeleri saptandı. Fistülizan Crohn hastalığı tanısı konulan hastaya metranidazol, siprofloksasin ve azatiyopürin tedavisi başlandı.

SONUÇ: Tekrarlayan piyürisi olan çocuklarda etiolojide gastrointestinal sistem hastalıkları da olabileceği akılda tutulmalı ve anorektal bölge muayenesi dikkatli bir şekilde yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Piyüri, Crohn Hastalığı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-076

Portal Hipertansiyonun Nadir Bir Nedeni: Coats Plus Sendromu

Nida Gülderen Kalay, Ayşe Merve Kesim Usta, Gülşen Köse, Nafiye Urgancı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Coats Plus Sendromu (CRMCC- Kalsifikasyon ve kistlerle seyreden cerebretinal mikroanjyopati) CTC1 geninde mutasyon sonucu, otozomal resesif geçen, nadir bir hastalıktır. Retinal tutulum, beyinde anormallikler, osteopeni gibi bulguların yanı sıra gastrointestinal sistemde ciddi, hayatı tehdit edici kanamalar, portal hipertansiyon gözlenebilir.

Bu olgu nedeniyle abondan gastrointestinal kanama ve portal hipertansiyonun nadir bir nedeni olan Coats Plus Sendromuna yaklaşım vurgulanmıştır.

OLGU: 6 yaşında kız, kanlı kusma ve kanlı dışkılama yakınmasıyla çocuk acil servisine getirildi. Öyküsünden akraba evliliği olmayan ailenin, 34 gestasyon haftasında C/S ile doğmuş IUGR olan bebek olduğu, bir ay yenidoğanda yatırıldığı, bir aylıkken sol gözde görme kaybı fark edildiği, laser fotokoagülasyon tedavisi gördüğü öğrenildi. Altı aylıkken konvülsiyonları olan hastanın çocuk nörolojide çekilen kranial MR'ında yaygın simetrik kalsifikasyon-hemoraji ile uyumlu değişiklikler, lateral ventriküller dilate, 3. Ventrikül tavanından lateral ventrikül düzeyine kadar uzanan bölgede yoğun içerikli septalı kistik lezyonlar ve sol orbitada glob içinde hemoraji saptanmış. Göz bulguları, kranial bulguları ile genetik kliniğinde Coats Plus Sendromu tanısı alan hastanın fizik bakışında ağırlık ve boyu 3. persantilin altındaydı. Soluk ve halsiz görünümü, KTA 120/dk, TA:70/40 mmHg. Sol gözde lökokori ve glokom mevcuttu. Hipotonik, bilateral alt ve üst ekstremitelerde kas gücü 3/5'ti. Laboratuvar bulgularında; Hb: 6,5 gr/dl, Hct: %21, Trombosit: 292000/mm³ BK:2010/mm³ INR:1.3 ALT:113U/L AST:115 GGT: 245U/L Albumin:3,21gr/dL saptandı. Destek tedavisi verilen hastanın kanamaları octreotidle durduruldu. Üst ve alt gastrointestinal sistem endoskopisinde özofagusta evre II varisleri, pilor girişi, duodenumda ve kolonda telenjektatik damarsal görünüm tespit edilen olgunun karın ultrasonografisinde karaciğerde lineer ekojeniteler ve heterojenite saptandı. Viral göstergeler, alfa 1 antitripsin, metabolik tetkikleri, alfa fetoprotein, serüloplazmin, otoantikör, doku transglutaminaz düzeyleri normaldi. Propranolol ve ursodeoksikolik asit, antikonvülzan tedavi verilen hasta, çocuk gastroenteroloji, nöroloji ve göz kliniğinin takibinde izlenmektedir.

SONUÇ: Coats Plus Sendromu, hayatı tehdit edici gastrointestinal kanama ve portal hipertansiyonla başvurulabilmektedir. Abondan gastrointestinal kanama ve portal hipertansiyonun nadir bir sebebi olarak dikkatinize sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Coats Plus Sendromu, Gastrointestinal Kanama, Portal Hipertansiyon

PP-077

Crohn Hastalığına İkincil İliopsoas Absesi

Nida Gülderen Kalay, Ayşe Merve Kesim Usta, Nazan Dalgıç Karabulut, Nafiye Urgancı
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Çocuklarda iliopsoas absesi nadir görülen, birincil veya ikincil olabilen tanısı nonspesifik semptomlardan dolayı gecikebilen bir durumdur.

Crohn hastalığı transmural tutulumundan dolayı darlık, fistül gibi bağırsak komplikasyonlarına eğilim yaratan seyrinde abdominal veya pelvik abseler gelişebilen hastalıktır. Çocuklarda daha sık tanı almaya başlamakla birlikte ilk bulgu olarak iliopsoas absesi gözlenmesi nadir bir durumdur.

Bu olgu nedeniyle farklı bir prezentasyon sonrası tanı alan Crohn Hastalığına yaklaşım vurgulanmıştır.

OLGU: 16 yaşında kız, apandisit operasyonu sonrası yürümede zorluk yakınmasıyla hastaneye getirildi. Fizik bakışında sağ bacağına belirgin hareket kısıtlılığı, ağrı, hassasiyet olan hastanın ateşi vardı. Boy ve kilosu 10-25 persantilde olan hasta son 6 ayda 13 kg kaybetmiş ve aralıklı karın ağrısı yakınmaları nedeniyle dış merkezde endoskopi yapılmış ve proton pompa inhibitörü kullanmış. Birinci derece kuzen evliliği olan ailenin kızı olan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Laboratuvar bulgularında CRP:23.6 mg/L, ECH:98 mm/saat Hb: 9,2 gr/dL, trombosit: 558000/mm³ BK: 14800/mm³ saptanan hastanın karın ultrasonografisinde 7x5 cm boyutlarında, yoğun içerikli, içerisinde hava imajları olan lokülasyon alanı, çevre mezenterik dokularda inflamasyon lehine eko artışı saptandı. Karın MR'ında iliopsoasta T2'de sinyal artışı ve abse, sağ inguinal bölgeye doğru cilt altına fistüle olmuş abse oluşumu multipl lenfadenopatiler gözlemlendi. Abse girişimsel radyolojide drene edildi ve kültürde E.coli ve Klebsiella Pneumoniae üredi. Uygun antibiyoterapisi başlanan hastanın etiyolojiye yönelik immünglobulinleri, T lenfosit alt grupları, fagosit fonksiyon testleri normal saptandı. Dışkı kalprotektin 280 µg/g, ASCA IgG ve IgA pozitif saptanan hastanın tüberküloz açısından tetkikleri normaldi. Kolonoskopisinde terminal ileum ağzı ülser ve ödemliydi. Ailevi Akdeniz Ateşi yönünden araştırılan hastanın tedavisine sadece enteral ürünle nutrisyon, mesalazin, azatioprin eklendi. Antibiyotik tedavileri tamamlanıp izleminde MR ile absesinde belirgin gerileme saptanan hastanın drenajı çekilip taburcu edildi. Çocuk gastroenteroloji kliniğinin takibinde olan hastanın, absesi iyileşmiş, yürümesi düzelmiş ve kilo almıştır.

SONUÇ: Sonuç olarak çocuklarda yürüyememe yakınmasında nadir gözlenirse de, iliopsoas absesi akla gelmeli, ikincil nedenleri açısından Crohn Hastalığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Crohn Hastalığı, Çocukluk Çağı, İliopsoas Absesi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-078

Çocuklarda akut pankreatitler: Olgu derlemesi

Günsel Kutluk¹, Yusuf Ziya Varlı², Esra Polat¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Akut pankreatit, ani başlayan karın ağrısı ve pankreatik enzimlerin yükselmesi ile ortaya çıkan; pankreasın inflamasyonu ve interstisyel ödemi ile karakterize ciddi olabilen bir enfeksiyon tablosudur. Çocuklarda akut pankreatit prevalansı 1 / 7.500-28.000 arasında değişmektedir. Erişkinlerde akut pankreatit etyolojisinde % 80'e kadar alkol tüketimi ve safra kesesi hastalıkları saptanırken, çocuklarda etyoloji multi-faktöriyel nedenlere dayanır. Çocukluk çağı pankreatitinde sık rastlanan travma faktörünün yanı sıra; ilaçlar, enfeksiyonlar, metabolik genetik ve anatomik defektler daha da fazla risk taşır. Bununla birlikte, birçok hastada etyoloji bilinmemektedir. Bu çalışmanın amacı, kliniğimizde pankreatit tanısı konulan hastaların epidemiyolojik, etyolojik ve klinik özelliklerini özetlemektir.

GEREÇ VE YÖNTEM: Ocak 2017- Aralık 2017 tarihleri arasında kliniğimizde pankreatit tanısı alan 20 hasta retrospektif olarak incelendi. Demografik özellikler, etyoloji, progresyon, hastanede kalış süresi ve prognoz ile ilgili hasta kayıtları analiz edildi.

BULGULAR: Pankreatitli çocukların yaş ortalaması 9,17 ± 7,75 yıl, % 45'i erkekti. Safra taşı ve travma akut pankreatit için %25 ile en sık görülen etyolojik faktörlerdi. Sepsis, otoimmünite, hiperlipidemi, ilaç alımı ve pankreasın anatomik anomalileri etyolojide rol oynayan diğer faktörlerdi. Olguların % 40'ında herhangi bir neden saptanamadı. Hastaların 4'ünde (% 20) tekrarlayan pankreatit atakları vardı. Tekrarlayan pankreatitli hastalarda hipertrigliseridemi ve taş en sık görülen risk faktörleri idi.

Hastaların başvurularında yapılan laboratuvar incelemelerinde Amilaz:1017±873 U/L (max:2852), Lipaz:1330±1034 U/L (max:4093), Lökosit: 11898±5984/μL (max:28000), C-reaktif protein:17±31,3 mg/L (max:129) saptandı. Akrobalarında pankreatit öyküsü olan iki hastadan PRSS ve CFTR gen mutasyon analizi gönderildi, negatif olarak sonuçlandı.

Olguların hastanede yatış süresi ortalama 22,7±22,0 gün idi. Bir hastada takip sırasında sepsis ve çoklu organ yetmezliği gelişti. Taşa bağlı tıkanıklık nedeni ile pankreatit atağı geçiren iki hasta opere edildi.

SONUÇ: Çocuklarda pankreatit prevalansı artmakta; ancak birçok hastada etyoloji belirsizliğini korumaktadır. Çocuklarda etyolojiler arasında klasik olarak bilinen travmaya ek olarak, safra taşı, ilaç kullanımı ve enfeksiyonlar da göz önünde bulundurulmalıdır. Serimizde %20 hastada tekrarlayan pankreatit atakları gözlemlendiği için hastalar rekürrens açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut pankreatit, çocuk, karın ağrısı

PP-079

Nadir Bir Portosistemik Şant Nedeni: Abernethy Malformasyonu

Salim Can¹, Nafiye Urgancı², Alper Özel³, Evrim Özmen³, Ayşe Merve Usta²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyodiagnostik Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Konjenital ekstrahepatik portosistemik şant olarak bilinen Abernethy Malformasyonu; değişik klinik bulgular ile ortaya çıkabilen, portal venin tam ya da tama yakın yokluğu ile seyreden vasküler bir malformasyondur. İki alt tipe ayrılmaktadır. Tip-1 portal venin konjenital olarak tam yokluğu ile portal kan dolaşımının vena cava'ya döndüğü; Tip-2 ise portal venin tam olmayan yokluğu ile seyreden ve kollaterallerle portal dolaşımın sistemik dolaşıma döndüğü tiptir. Testislerinde variköz genişleme, taze rektal kanama yakınma ile getirilen ve Abernethy malformasyonu tanısı alan olgu tartışılmıştır.

OLGU: 9 yaşında erkek olgu, kanlı dışkılama yakınmasıyla çocuk acil polikliniğine getirildi. İki yıldan beri testislerinde variköz genişlemelerin başladığı ve son zamanlarda damarsal genişlemelerin arttığı, dışkılama esnasında ve sonrasında rektal ağrıyla kanamanın olduğu öğrenildi. Fizik muayanesinde skrotum derisinde variköz tortioze venöz yapılar ile prepisyum derisinde papillomlar gözlemlendi. Laboratuvar incelemeleri tabii idi. Abdominal ultrasonografi ve renkli doppler ultrasonografide karaciğer normal lokalizasyon, şekil ve büyüklükte olup KC parenkiminde nodüler ve yamasal hipoekoik alanlar izlendi. Portal ven gözlenmedi. Spektral analizde portal ven kan akım paterni saptanamadı. Splenik ven kalibrasyonu orta hatta 22 mm ölçülmüş olup artmış olarak değerlendirildi. Kontraslı MR-anjiyografik incelemede Portal ven izlenmedi. Splenik ven dilate görünümde, splenik venden çıkan dilate ve toruoze seyirli bir venöz yapı sol iliak fossaya doğru uzanım göstererek sol iliak ven ile birleşmekteydi. Vena cava inferior, sol renal ven ve SMA; akımdaki artışa ikincil olarak dilate görünümde idi. Perianal bölgedeki, sol iskioanal fossadaki, sol skrotum derisindeki, sol gluteal bölgedeki venöz yapılar dilate görünüm gözlemlendi. Bu Abernethy Malformasyonu Tip 1a olarak değerlendirildi. Olgunun EKO ve üst gastrointestinal endoskopik incelemesi normal saptandı. Destek tedavi ile kontrol önerilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Abernethy Malformasyonu oldukça nadir görülen bir malformasyondur. Bu nedenle anormal variköz genişlemeler ile taze rektal kanama yakınması ile başvuran olgularda bir portosistemik şant malformasyonu olan Abernethy Malformasyonu düşünülmeli ve prognozunun belirlenmesinde için non -invazif radyolojik yöntemler ile tip ayrımı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: abernethy, çocuk, postosistemik şant, kanama.



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-080

Hipertrofik Pilor Stenoza ile Başvurup Smith Lemli Opitz Sendromu Tanısı Alan Olgu

Elif Ece Eren¹, Nafiye Urgancı², Ayşe Merve Usta², Nurbanu Bilgin¹, Gülşen Köse³

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ: Smith Lemli Opitz Sendromu (SLOS), ilk kez 1964 yılında tanımlanan, kolesterol metabolizmasının doğumsal bozukluğu sonucu gelişir. Otozomal resesif kalıtım gösteren, kolesterol biyosentezinde 7-dehidrokolesterolü, kolesterole çeviren delta 7-sterolredüktaz enzimini kodlayan DHCR7 geninin 11q13'teki kromozomunda mutasyonu sonucu oluşan enzim eksikliği ile oluşan bir sendromdur. Şiddetli kusma yakınması ile getirilen, plor stenoza tanısı ile izlenirken nadir bir hastalık olan SLOS tanısı alan olgu irdelenmiştir.

OLGU: 34 günlük hasta postnatal dirençli kusması ve batın distansiyonu gelişmesi nedeni ile çocuk cerrahisi kliniğine 24 günlükken getirilip hipertrofik pilor stenoza tanısı konularak opere edilip ameliyat sonrası 6. gününde solunum sıkıntısı, yaygın ödem, anemi ve hipoalbuminemi gelişmesi sonucu sepsis ve metabolik hastalık ön tanısı ile çocuk yoğun bakım kliniğine gönderildi. Öyküsünde 38.GH'da, 2590gr ağırlığında sezeryan ile doğduğu, anne babasının 2.derece akraba olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde ağırlığı 2920gr(<3p), boyu 42cm(<3P), huzursuz, hipotonik görünümde olup KTA 142/dk, 2/6 sistolik üfürümü saptandı. Dismorfik yüz bulguları (Retro-mikrognati, hipertelorizm, basık burun kökü, düşük yerleşimli kulaklar, antevort burun delikleri, yarık damak) dışında sağ elde polidaktilisi, her iki ayak 2-3. Parmaklarda sindaktilisi, sakral dimple, dış genitalinde ambiguus genitelyası (labium minuslar hipertrofik ve orta hatta birleşik) mevcuttu. Tiroid testlerinden TSH:19.5, fT4:1.07 bulundu. Serum kolesterol düzeyi 38g/dl, HDL:7gr/dl saptandı. Pelvik USG'sinde testisler inguinal kanalda izlendi, uterus yapısı gözlenmedi. Kromozom incelenmesi XY ile uyumlu olan olgunun tüm dizi ekzon analizinde DHCR7 geninde homozigot c.1342G>A/p. Glu448Lys(rs80338864) mutasyonu saptandı. İzlemde 2,5 aylık iken aniden genel durumu bozulan olgu aritmi ve ventrikül fibrilasyonuna bağlı kardiyak arrest nedeni ile kaybedildi.

SONUÇ: Akraba evliliğinin sıklıkla yapıldığı ülkemizde beslenme güçlüğü, kusma yakınması ile getirilen, ön planda plor stenoza düşünülen ancak dismorfik görünümü ile çok sayıda anomalisi olan olgularda SLOS düşünerek genetik inceleme yapılmalı ve aileye genetik danışma önerilmelidir.

Anahtar Kelimeler: kolesterol sentezi, multipl anomali, pilor stenoza

PP-081

Süt çocuğunda karaciğer naklinin çok nadir nedeni: vertikal akut hepatit B virus enfeksiyonuna bağlı akut karaciğer yetmezliği

Taha Yasin Akın¹, Eren Alkan¹, Nafiye Urgancı², Merve Usta², Çiğdem Ankan³
¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Kliniği

³Memorial, Ataşehir Hastanesi Organ Nakli Merkezi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

GİRİŞ: Vertikal Hepatit B enfeksiyonu gelişimi gebelik sürecinde anti-viral tedavi veya postnatal ilk 2 saatte uygulanan immunoproflaksiye başarı ile önlenmektedir. Ancak konağa ait faktörler, viral yük ve antivirallere direnç gibi nedenlerle az sayıda süt çocuğunda koruyucu tedavilerin başarısızlığı bildirilmektedir. Olguda postnatal Hepatit B immunoproflaksine rağmen akut hepatit B enfeksiyonuna bağlı karaciğer yetmezliği gelişerek karaciğer nakli yapılan olgu sunulmuştur.

OLGU: 4 aylık kız hasta kliniğimize vücutta, gözlerde sarılık şikayetiyle getirildi. Öyküsünde annesinin Hepatit B enfeksiyonu nedeniyle takip edildiği, doğum sonrasında Hepatit B Ig(HBIG) ve aşı yapıldığı ancak bir aydır gözlerinin sarardığı ve giderek arttığı öğrenildi. Fizik muayenesinde skleralar ikterik, cilt soluk görünümündeydi, sistem muayeneleri doğaldı. Tetkiklerinde trombosit:544000/mm3 AST:1061U/L, ALT:708U/L, total bilirubin:9,35mg/dl, direk bilirubin:5,2mg/dl, albumin:4,19gr/dl, PT:22sn/%34, INR:1,96, AFP:2455ng/ml, HBsAg:Pozitif, Anti-HBc IgM:Pozitif, HBeAg:Pozitif, HBV-DNA:8640IU/ml. Annenin eş zamanlı HBsAg:Pozitif, Anti-HBc IgG:Pozitif, HBeAg:Pozitif, HBV-DNA:>109IU/ml saptandı. Olgunun batın US'si normaldi. Vertikal geçişli akut hepatit B enfeksiyonu tanısıyla takibe alındı. İzleminde ikterinde artma ve destek tedaviye yanıtız koagülopati saptandı. Olgunun total bilirubin:17,1mg/dl, direk bilirubin:9,4mg/dl, albumin 2,9mg/dl, trombosit:128000/mm3, INR:4,48, Faktör-V:%18,9, Faktör-VII:%8,3 saptanması, uykuya eğilimi başlaması üzerine, olgu karaciğer nakil merkezine gönderildi. Karaciğer nakli merkezinde babadan sol lateral segment küçültülerek hastaya nakledildi. Ameliyat sırasında ve sonrasında hastaya yüksek doz HBIG uygulandı. İmmünesupresif tedaviyle eş zamanlı antiviral tedavi başlandı. Postoperatif 7. günde HBsAg negatifleşti, AntiHBs 1000 IU üzerinde saptandı. HBV-DNA azalarak 2.hafta negatif bulundu. Hastanın HBIG profilaksisiyle izlemi sürdürülmektedir.

TARTIŞMA: HBIG ve hepatit B aşısının uygulanmasıyla HBV enfeksiyon oranlarını düşürülmüşse de, hala %0.75 ile %9.66 oranında vertikal geçiş olmaktadır. Yüksek maternal HBV viral yük ve HBeAg pozitifliği immünoproflaksi başarısızlığında baskın risk faktörleri olarak gösterilmektedir. Dolayısıyla hepatit B taşıyıcısı olan annelerin gebelikleri süresince yakın izlemleri ve antiviral ajanların ikinci trimesterden itibaren başlanması önemlidir. Ayrıca yüksek viral yük durumunda, doğum sonrası immunoglobulin ve Hepatit aşısı uygulanmasına karşın akut hepatit B enfeksiyonu ve/veya karaciğer yetmezliği açısından yakın izlemi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: vertikal geçişli hepatit B enfeksiyonu, süt çocuğunda karaciğer nakli, sarıllıklı çocuk



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-082

Tek doz ibuprofen kullanımına bağlı GİS kanaması: Bir olgu sunumu

Gülden Ak, Refika Yıldız, Furkan Timur, Önder Kılıçaslan
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Gastrointestinal sistem (GİS) kanamaları; ağızdan rektuma kadar sindirim kanalında görülen kanamalardır. Üst GİS kanamaları Treitz ligamentinin proksimalinden olan kanamalar olup, alt GİS kanamaları ise bu ligamentin distalindeki kanamalar olarak sınıflandırılmıştır. Çocukluk çağında sık olarak kullanılan aspirin, ibuprofen gibi nonsteroid anti-inflamatuvar ilaçların (NSAİ) kullanımına bağlı kanamalar görülebilmektedir. Biz bu olguda tek doz alınan NSAİ ilacın bile GİS kanamasına neden olabileceğini sunmak istedik.

OLGU: İki gündür ateş şikayeti nedeniyle evde takip edilen, 8 aylık kız hastaya annesi tarafından ibuprofen etken maddeli ilaçtan 40mg (6 mg/kg/doz) verilmiş. Yaklaşık 45dk sonra, ağız ve burundan şiddetli şekilde gelen, açık kırmızı renkli, yarım çay bardağından fazla taze kan içeren kusma nedeniyle hasta acil polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenede genel durum iyi, bilinç açık, vital bulgular stabil, orofarenksi hafif hiperemik, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Kan tetkiklerinde lökosit sayısı 11700/uL (3-15bin), hemoglobin 12gr /dl, hemotokrit %35,8, trombosit 277000 u/L, CRP:2,66 mg/dl, koagülasyon testleri normal olarak saptandı. Hasta KBB ve çocuk cerrahisi ile konsülte edildi. KBB tarafından kanama odağı saptanmadı. Çocuk cerrahisi üst GİS kanaması olarak değerlendirdi. Hastanın oral alımı stoplandı, sıvı tedavisi düzenlendi, ranitidin tedavisi başlandı. 24 saat sonra oral alımı açılarak yavaş yavaş artırıldı. Takiplerinde herhangi kanama durumu saptanmadı.

SONUÇ: Kanamalı her çocukta anamnezin çok dikkatli alınması gerekir. GİS kanamalarına yaklaşımda ilk önce gerçek bir kanama olup olmadığı tespit edilmelidir. Besinlerdeki renklendiricilerin, renkli jelatin ve kırmızı renkli şekerlerin, pancar ve domatesin, antibiyotiklerin taze kırmızı kanama; bizmut ve demir ilaçlarının, ıspanak, turp, böğürtlen ve üzüm gibi yiyeceklerin de melena görünümü yapacağı unutulmamalıdır. Anamnezde kanamanın şekli, rengi ve miktarı, hastanın yaşı, ek şikayetleri, ameliyat ve epistaksis öyküsü ve ilaç kullanımı önemlidir. Aspirin, steroid ve anti-inflamatuvar ilaç alımı sıklıkla mide veya duodenum kanamalarına yol açar. NSAİ en sık analjezik, anti-inflamatuvar ve antipiretik olarak dünyada en sık reçete edilen ilaç grupları içerisinde yer alır.

Anahtar Kelimeler: GİS kanaması, İbuprofen, NSAİ

PP-083

İnatçı kusması olan Down sendromlu bir olgu: konjenital barsak tıkanıklığı

Bahar Çaran¹, Gamze Özgürhan¹, Gökten Öngel¹, Ömer Faruk Beşer²
¹Süleymaniye Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi -İstanbul
²Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi -İstanbul

GİRİŞ: Duodenal atrezi ve darlık, konjenital barsak tıkanıklığının en sık nedenlerinden birisidir. Çocuklarda inatçı kusma, karın şişliği ve büyüme geriliği ile karakterizedir. Tanıda baryumlu pasaj grafileri ve endoskopi yardımcı olabilir. Burada inatçı kusmaları ve büyüme geriliği saptanan Down sendromu tanılı 5 aylık bir olgu sunulacaktır.

OLGU: Beş aylık erkek Down sendromu tanılı hasta, son 2 gündür fışkırır tarzda aşırı kusmasının olması nedeniyle acil servise başvurdu. Öyküsünden doğumdan itibaren başlayan inatçı kusmalarının olduğu, gastroözofageal reflü tanısıyla ilaç kullandığı fakat fayda görmediği öğrenildi. Yapılan fizik muayenesinde genel durumu orta, ajite görünümde, mukozalarda kuruluk, fontanelde çöküklük, atipik yüz görünümü (down fenotipi), cilt altı yağ dokusunda azalma, batin distansiyonu saptandı. Kalp tepe atımı: 140/dk, solunum sayısı: 40/dk, aksiller ateşi: 36.5 derece, Tansiyon: 90/60 mmhg, kapiller dolum zamanı normaldi. Doğum ağırlığı: 3300 gr, vücut ağırlığı: 4830 gram (<3p), boyu: 57 cm (<3p) saptandı. Laboratuvar incelemelerinde; Hb: 13,4 g/dl, lökosit: 6380 u/L, Plt: 424000, kan şekeri: 92 mg/dl, alt: 29 U/L, ast: 52 U/L, üre: 34 mg/dl, kreatinin: 0,38 mg/dl, Na: 133mmol/l, K: 2,89 mmol/l, Cl: 72 mmol/l, kan gazında ph:7,49, pCO2: 46,6, HCO3: 35, be: 11,4 idi. Tam idrar ve gaita tetkiklerinde özellik saptanmadı. Yapılan abdominal ultrasonda özellik saptanmadı.

Hastada büyüme geriliği, hipokalemik hipokloremik metabolik alkaloz saptanması üzerine konjenital barsak anomalileri, bartter sendromu, pseudobartter sendromu, pilor stenozu, ağır reflü ön tanılarıyla servise yatırıldı. Ayakta direkt karın grafisinde proksimal duodenumun hava ile dilate olduğu görüldü. Kontrastlı mide-duodenum grafisinde duodenumun 2.kısmına kadar gelen kontrast maddenin distale ilerlemesinde gecikme görüldü. Bu bulgularla olguda duodenal web ya da stenoz düşünüldü. Endoskopik inceleme ve cerrahi tedavi için uygun merkeze nakledildi.

SONUÇ: Bu olguda olduğu gibi inatçı kusma ve büyüme geriliği ile başvuran olgularda konjenital barsak tıkanıklıkları mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Duodenal web, konjenital barsak hastalığı, down sendromu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-084

Fistülizan Crohn Hastalığı Olan Çocukların Değerlendirilmesi

A. Merve Usta, Nafiye Urgancı, Özgecan Avcı

Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Crohn hastalığı (CH), transmural enflamasyon özelliğinden dolayı fistül oluşumuna neden olabilen, çocuklarda daha sık tanı almaya başlayan, enflamatuvar barsak hastalığıdır. Fistüllü CH, basit perianal fistüllerden kompleks enterovajinal ve enterokolik fistüllere kadar değişebilir.

Bu çalışmayla, fistülizan CH olan çocukların demografik ve klinik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: 2010-2018 yılları arasında çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvuran, klinik, laboratuvar, endoskopik ve radyolojik incelemeler sonucu CH tanısı alan 0-18 yaşındaki hastalardan, tanı anında ve izleminde fistülizan CH gelişenler, hasta dosyalarından geriye dönük olarak incelendi.

BULGULAR: CH tanılı 74 hastadan, (% 16,2)12 hastada (10 Erkek, 2 Kız) fistülizan CH saptanmıştır. Olguların, CH tanı yaşı ortalaması 13,6±2,6 yaş, fistül saptanma yaşı ortalama 14±2,4 yaş, izlem süresi 3,3±2,3 yıldır. Hastaların 9'unda karın ağrısı, 3'ünde perianal akıntı nedeniyle getirildi, karın ağrısı olan hastaların beşi akut apandisit operasyonu sonrası tanı almıştı. Üç olgu, CH tanısı almadan ailevi akdeniz ateşi (AAA) nedeniyle takipliydi. Üç hastanın ailesinde birinci derece kuzen evliliği mevcuttu, bir hastanın annesi Behçet tanılıydı. Büyüme gelişme geriliği dört hastada mevcuttu. Tüm olguların fekal kalprotektin değerleri artmıştı (>300 µgr/g), 11'inde ASCA pozitifliği. Pediatrik Crohn aktivite indeksi ortalaması 41,5±15,2 puandı. Yedi hastada perianal (6 intersfinkterik, 1 transsfinkterik), 4 enterokutanöz, 1 enterovezikal fistül saptandı. Olgulardan birinde enterokutanöz fistül oluşumundan 3 yıl sonra enterovezikal, birinde fistül oluşumundan 4,5 yıl sonra intersfinkterik perianal fistül oluştu. Olguların hepsi kortikosteroid, azothiopurin, mesalazin, metranidazol ve/veya siprofloksasin, enteral beslenme desteği ve biyolojik ajan tedavileri aldı. Bir hastada kortikosteroid yerine sadece enteral nutrisyon yapılabildi, bir hastada metranidazole bağlı pankreatit gelişti. Biyolojik ajanlardan infliksimab başlanan olguların ikisi tolere edemediğinden adalimumaba geçildi. İki olguda darlık da geliştiğinden opere edildi. Fistül akıntıları olmayan hastalar çocuk gastroenteroloji polikliniğinden izlenmektedir.

SONUÇ: Fistülizan CH, yönetimi ve tedavisi zor olan durumdur. Karın ağrısı nedeniyle izlenen, apandektomi olan, AAA tanılı hastalarda CH akılda bulunmalıdır. Hastalığın erken tanınması, uygun tedavi rejimiyle düzenli takipleriyle fistülizasyon önenebilir.

Anahtar Kelimeler: Crohn Hastalığı, fistül, pediatri

PP-085

Ellis Van Creveld nadir iskelet displazisi: Nasıl tanı konur? Nasıl takip edilir? Dört yeni olgu ve değerlendirmesi

Elif Yılmaz Güleç

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bölümü, İstanbul

Ellis van Creveld diğer adı ile kondroektodermal displazi oldukça nadir otozomal resesif kalıtmı bir iskelet displazisidir. Kısa ekstremite, dar toraks yapısı, polidaktili ve displastik tırnak ve diş yapısı, multipl frenula tipik özellikleridir. Hastaların %60'ında konjenital kalp hastalığı tabloya eşlik eder, özellikle tek atriyum yapısı oluşturacak kadar geniş ASD hastalığına özel bir kalp bulgusudur. Sorumlu gen EVC ya da EVC2 genleridir. Bu hastalık ciliopati denilen büyük bir hastalık grubuna dahil olup ayırıcı tanıda short rib thoracic dysplasia grubu hastalıklar özellikle short rib polydactyly ve Jeune sendromu bulunmaktadır. Kliniğimizde tanı konmuş ve takipli dört yeni hastanın klinik bulguları, kardiyak ve diğer sistem tutulumları ve gen analizi sonuçları gözden geçirilerek tanı ve takip süreci hakkında bir yol haritası sunmak planlanmıştır. Amacımız bu tür hastalıkların değerlendirilmesinin kolaylaşmasıdır.

Anahtar Kelimeler: Ellis van Creveld, EVC, EVC2, Short rib thoracic dysplasia, iskelet displazisi, polidaktili



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-086

Tüm ekzom dizileme yöntemi ile on sene sonra tanı konulan bir zeka yetersizliği olgusu ve tanı koymanın önemi

Hande Kaymakçalan Çelebiler¹, Cihan Meral², İsmail Yılmaz³, Ahmet Okay Çağlayan⁵, Aslıhan Özoğuz⁶, Murat Günel⁴

¹İstanbul Bilim Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Ataşehir Memorial Hastanesi, İstanbul

³Sultan Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

⁴Yale Üniversitesi, Genetik Anabilim Dalı, New Haven, CT, ABD

⁵İstanbul Bilim Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁶Serbest

AMAÇ: Zeka yetersizliği ve makrosefali olan ve on senedir tanı konulamayan 11 yaş erkek hastamıza tüm ekzom dizileme yöntemi ile tanı koymak.

OLGU: 11 yaşında erkek hasta gelişme geriliği, hiperaktivite ve kaba yüz görünümü şikayetleri ile başvurdu. Anne baba arasında bilinen akrabalık yok, fakat aynı köydenler. Annenin hastamızdan önce bir düşük hikayesi var. Hastamız normal, zamanında, sorunsuz doğmuş. Doğumdan sonra bir problem yaşanmamış. 12 aylıkken oturmaya, 3 yaşında yürümeye, 5 yaşında ise konuşmaya başlamış. Derslerinde geriymiş.

Fizik muayenede kaba yüz görünümü, kalın, geniş ve bitişik kaşlar, derin yerleşimli gözler, yüksek damak, üçgen dudak, makrosefali (> %97), pektus excavatum, kalın parmak uçları dikkat çekmekteydi. Daha önce yapılan karyotip, Fragile X, mukopolisakkaridoz taramaları, diğer biyokimyasal ve metabolik analizler ve MR bulguları normal gelmiş ve tanı koymaya yardımcı olmamıştır. Bunun üzerine hastamızda tüm ekzom dizileme yapmaya karar verdik.

SONUÇ: Ekzom sonucunda hastamızda *BRWD3* geninde aminoasit değişikliğine yol açan (p.Tyr1254Phe) missense mutasyon bulundu (c.3761A>T). Bu mutasyonun yapılan analizlerde patojenik ve şimdiki kadar rapor edilmemiş yeni bir mutasyon olduğu ve annenin taşıyıcı olduğu görüldü. X kromozomunun uzun kolunun 21.1 bölgesinde (Xq21.1) bulunan *BRWD3* genindeki mutasyonların X'e bağlı çekinik geçiş özelliği gösteren hafif ve orta zeka yetersizliği yaptığı bilinmektedir (MIM 300659). Zeka yetersizliğinin yanı sıra hastalarda makrosefali, uzun yüz, belirgin alın, geç konuşma görülmektedir.

Tüm ekzom dizileme yöntemi ile tanı koyduğumuz bu hastamızı artık gereksiz ve aynı testleri yaptırmaktan ve doktor doktor gezmekten, işe yaramayan deneysel ilaçlardan almaktan kurtarmış olduk. Aynı zamanda aileye genetik danışmanlık vererek, bir daha çocuk sahibi olmak istediklerinde prenatal tanı yöntemi ile sağlıklı çocuk sahibi olmalarının önünü açmış olduk. Bulduğumuz yeni mutasyon ile de literatüre katkıda bulunduk. Tüm ekzom dizileme yöntemi tanı konulamayan hastalıklarda önemli bir tanı yöntemidir ve yaygınlaştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: BRWD3, makrosefali, tüm ekzom dizileme, zeka yetersizliği

PP-087

Postenfeksiyöz İnterstisyel Pnömoni: Bir Olgu Sunumu

Sefa Kazancı, Ebru Şahin, Aysun Boğa, Şirin Güven
Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: İnterstisyel akciğer hastalıkları infant ve çocukluk döneminde yüksek morbitide ve mortaliteyle ilişkili, sıklıkla kronik olarak seyreden bir grup solunum yolu hastalığıdır. Çocuklarda çok nadir, yaklaşık 3.6/1.000.000 oranında rastlanır. Bu olguda 35 günlükken bronkopnömoni tanısıyla interne ettiğimiz, takipleri esnasında düzelmeyen taşipnesi nedeniyle tetkik ettiğimiz ve göğüs hastalıkları danışımı sonunda çekilen bilgisayarlı toraks tomografisi ile postenfeksiyöz interstisyel pnömoni tanısı alan bir hastayı sunduk. Vakayı çocuklarda çok nadir olarak görülmesi nedeniyle literatür eşliğinde klinisyene hatırlatmak istedik.

OLGU: Hastanemiz çocuk polikliniklerine ateş, öksürük ve nefes almada zorlanma şikayetiyle başvuran 35 günlük erkek bebek bronkopnömoni ve sepsis tanısıyla çocuk servisine interne edildi. Hastanın solunum sayısı 65/dk, kalp tepe atımı 180/dk, oksijen saturasyonu %92-93 düzeylerindedi. Fizik muayenesinde genel durum kötü renk siyanoze, cutis marmoratusu mevcuttu. Yaygın krepatasyonları ronküsleri, 1/6 üfürümü duyuluyordu. Ampisilin ve sefotaksim tedavisi başlandı. Tedavinin 5.gününde solunum bulguları düzelen hastanın 7.gününde 80-90/dk civarlarında taşipnesi meydana geldi. Hasta kardiyoloji muayenesine gönderildi, ekokardiyografisi normal saptandı. Kontrol akciğer filmi çekilen hastanın diffüz interstisyel tutulumu gözlemlendi. Çocuk göğüs hastalıkları danışımı istenen hasta postenfeksiyöz interstisyel pnömoni olarak değerlendirildi. Metilprednizolon tedavisi başlanan hastanın 3.günde tedaviye yanıtı gözlemlendi. Bronkopnömoni sepsis tedavisi tamamlanarak taburcu edildi.

SONUÇ: İnterstisyel akciğer hastalıklarının konjenital ve edinsel pekçok nedeni olmakla birlikte ana neden alveol duvarlarında meydana gelen inflamatuvar ve fibrotik değişikliklerle karakterizedir. İnterstisyel akciğer hastalıkları tipik olarak dispne, akciğer grafisinde diffüz infiltrasyon, gaz değişim bozukluğunun eşlik edebildiği restriktif akciğer hastalığı ile uyumlu solunum fonksiyon testleri ile seyreder. Pekçok patolojik durum gaz değişimini bozarak interstisyel akciğer hastalığı ve akciğer hasarlanmasına katkıda bulunur. Viral enfeksiyonlar hem hastalık döneminde hem de postenfeksiyöz dönemde interstisyel pnömoniye neden olabilirler. Adenovirus, EBV, CMV, RSV, influenza A en sık nedenlerdendir. Tanı için noninvaziv yöntemler öncelikli kullanılmakla birlikte biyopsi ihtiyacı duyan vakalar olmaktadır. İnterstisyel hastalıkların patogenezi tam anlaşılmadığı için tedavi yaklaşımları büyük oranda ampirik olarak uygulanmaktadır. Akciğer transplantasyonu son dönem akciğer hastalığı olan çocuklar için son seçenektir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Pnömoni, Takipne, İnterstisyel Akciğer Hastalığı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-088

Akciğer Tüberkülozu Sonrası Gelişen Bronşiolitis Obliterans Olgusu

Didem Öcal Topcu, Ayşe Bahar Budan Çalışkan, Tara Örnek, Murat Elevli

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Çocukluk çağında bronşiolitis obliterans kronik solunum problemlerine yol açan mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Etiyolojisinde immunolojik, kimyasal, enfeksiyöz faktörler rol oynar.

OLGU: 27 aylık erkek hasta acil polikliniğimize solunum sıkıntısı şikayetiyle başvurdu. Özgeçmişinde 1 yıldır hışıltı atakları ve ayakta nebül alma öyküsü olduğu ve inhale steroid profilaksisi almakta olduğu öğrenildi. Yapılan fizik muayenede taşipneik (dss:50/dk), dispneik, yaygın subkostal, interkostal ve trakeosternal çekilmeler ve burun kanadı solunumu; ekspirum uzunluğu; sibilan ve krepitan raller saptandı. Alınan kan gazında solunumsal asidozu vardı. Çekilen pa akciğer grafisinde yaygın pnömonik konsolidasyon ve infiltrasyon saptandı. Alınan tetkiklerinde akut faz yanıtları ılımlı yüksek saptandı. Hasta çocuk yoğun bakım ünitemizde izleme alındı. Ampirik antibiyoterapi ve bronkodilatör tedaviye ek olarak yüksek akımlı nazal kanül ile oksijen tedavisi başlandı. Takibinde yatışının 2. gününde genel durumunun bozulması ve solunum çabasının artması üzerine entübe edildi. Akciğer grafilerinde infiltrasyonlarında artma olması nedeniyle çekilen toraks bt de tbc şüpheli görünüm izlendiği için tüberküloz temas öyküsü olmamasına rağmen t-spot testi gönderildi, pozitif sapyandı. Yatışının 7. gününde hastaya dörtlü anti-tbc tedavisi (izoniazid, etambutol, rifampisin, pirazinamid) başlandı. Ekstübasyon sonrası servis takipleri sırasında bronkokonstruktif bulguları devam eden hastaya iv metilprednisolon tedavisi başlandı. Servis takibi sırasında çocuk göğüs hastalıkları hekimi ile hrct sonucu ile konsulte edilen hastanın steroid tedavisinin devamına ve tedaviye inhale steroid eklenmesine karar verildi. Ön planda bronşiolitis obliterans düşünüldü. Elektif şartlarda yapılan bronkoskopisi normal saptandı. 1,5 ay sonra iv metilprednisolon azaltılarak kesildi. Dörtlü tedaviden ikili tedaviye geçilen hastanın enfeksiyon hastalıkları ve göğüs hastalıkları poliklinik kontrolleri sırasında tekrarlayan servis ve yoğun bakım yatışları oldu. Oksijen ihtiyacı devam ettiği için oksijen konsantratörü ile taburcu edildi. Hasta göğüs hastalıkları polikliniği tarafınca izlenmektedir.

TARTIŞMA: Akut bronşial zedelenme sonrası obstruktif akciğer belirti ve bulgularının devam etmesi ile giden bronşiolitis obliterans alt solunum yolu enfeksiyonu sonrasında sonrasında altı haftadan fazla devam eden öksürük, solunum sıkıntısı, takipne ve hışıltı olan hastalarda düşünülmesi gereken ciddi bir problemdir.

Anahtar Kelimeler: tüberküloz, bronşiolitis obliterans, oksijen

PP-089

Hemofagositik Lenfohistiyositozis Tanısı Alan Kistik Fibrozis Olgusu

İpek Burcu Parlak İbiş, Kıymet Karagöz, Zeynep İzem Peker Bulğan, İrem Bato, Cahit Barış Erdur, Erhan Özbek, Ferah Genel
SBÜ İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

GİRİŞ: Hemofagositik lenfohistiyositozis (HLH) nadir görülen fatal seyirli bir hastalıktır. T lenfositlerin ve makrofajların aktivasyonuyla, proinflatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, organomegali ve sitopeni ile karakterizedir. Genetik (primer) veya akkiz (sekonder) olabilir. Kistik fibrozis (KF) ve HLH birlikteliği literatürde tanımlanmadığı için olgumuzu sunduk.

OLGU: KF tanılı 4 aylık erkek olgu, 4 gündür olan öksürük şikayeti nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 3 aylık bronkopnömoni, akut gastroenterit nedeniyle hospitalizasyon öyküsü mevcuttu. Soy geçmişinde anne-baba arasında 3. derece kuzen evliliği, 2,5 aylık kardeşte nedeni bilinmeyen ölüm ve KF tanılı 8 aylık kardeşte ölüm öyküsü vardı. Gelişinde takipneik olan olgunun akciğer grafisinde bilateral konsolidasyon ve atelektazileri mevcuttu. Olguya pnömoni tanısıyla ampirik piperasilin-tazobaktam tedavisi başlandı. İzlemde yanıt alınamaması nedeniyle tedavisine vankomisin eklendi. Ateşi devam eden olgunun CRP ve transaminaz değerlerinde artış görüldü. Yanaklarda, gövdede ve ekstremitelerde basmakla solan maküler tarzda döküntüler ve hepatosplenomegali gelişti. Ferritin: 25626 ng/dL, fibrinojen: 125 mg/dL, trigliserid: 227 mg/dL, trombositopeni ve nötropeni saptandı. HLH ön tanısıyla kemik iliği aspirasyonu yapıldı ve hemofagositoz görüldü. HLH 2004 protokolüne göre tedavisi başlandı. Primer HLH açısından bakılan genetik incelemede mutasyon saptanmadı. Sekonder HLH düşünülen olgu bulgularının düzelmesi üzerine tedavisi düzenlenerek önerilerle taburcu edildi.

SONUÇ: Primer HLH alta yatan genetik bir bozukluğa bağlıdır. Sekonder HLH ise enfeksiyona, malignitelere, metabolik hastalıklara ve kollagen doku hastalığına bağlı gelişebilir. Olgumuzda bakılan genetik incelemede mutasyon olmaması sebebiyle kistik fibrozise bağlı gelişen enfeksiyonun tetiklediği sekonder HLH kliniği düşünüldü. Uzun süreli ateş, sitopeni ve hepatosplenomegali saptanan hastalarda; tedavisiz mortalitesi oldukça yüksek olan HLH mutlaka ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: ; Hemofagositik lenfohistiyositozis, Kistik fibrozis, hemofagositoz



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-090

Kartagener Sendromu: Olgu Sunumu

Nursen Çiğerci Günaydın¹, Ela Erdem Eralp²

¹Tekirdağ Devlet Hastanesi

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kartagener sendromu, kronik rinosinüzit, bronşektazi ve situs inversus birliliğiyle kendini gösteren, Otozomal resesif geçişli, 20000 canlı doğumda bir görülen nadir bir hastalıktır. Bu hastalıkta solunum yollarındaki silial dismotilite sonucu mukosilier klirens bozulur, balgamli öksürük yakınması ve tekrarlayan enfeksiyonlarla bronşektazi gelişir.

OLGU: Nefes darlığı ve balgamli öksürük yakınması ile çocuk alerji polikliniğine başvuran bebeklik yaş döneminden itibaren astım tanısı ile izlendiğini belirten 14 yaşında kız olgu. Fizik bakışında dinlemekle solunum seslerinde yaygın bilateral sibilan ronküs ve ekspiryum uzunluğu mevcut. Hastada bilinen situs inversus mevcut ve SFT'de FEV1:%54, FVC: %47 FEV1/FVC: 116, MEF 25-75: 63. Özgeçmişinde kronik rinosinüzit tanısı ile izlendiği, nefes darlığı ve balgamli öksürük yakınmasının düzenli inhaler tedavi almasına rağmen hiç gerilemediği öğrenilen, fizik bakışında dinleme bulgularının tedaviye rağmen devam ettiği gözlenen ve solunum fonksiyon testinde düzelme saptanmayan hastanın çekilen yüksek rezolusyonlu toraks BT'sinde; her iki akciğerde yaygın kistik bronşektazi saptandı. Hasta primer silier diskinezi ön tanısı ile çocuk göğüs hastalıkları ile düzenli izleme alındı. Primer silier diskinezi düşünülerek izleme alınan olgu, nefes darlığı yakınması ile astım tanısı olarak izlenen; ancak tedaviye yanıt alınamayan olgularda eşlik eden diğer bulguların varlığında ayırıcı tanıda bu hastalığının akılda tutulmasının hastalığın seyri ve izlem planını etkilemedeki önemini vurgulamak amacıyla sunuldu.

Anahtar Kelimeler: Kartagener sendromu, bronşektazi, sinüzit

PP-091

Beta talasemi taşıyıcılığı ve demir eksikliği anemisi ayırıcı tanısında eritrosit indekslerinin kullanımı

Zeynep Canan Özdemir, Yeter Düzenli Kar, Özcan Bör

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji/ Onkoloji Bilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemizde en sık karşılaşılan mikrositer anemi nedenleri demir eksikliği anemisi (DEA) ve beta talasemi taşıyıcılığıdır (BTT). Ayırıcı tanıda kullanılan tetkikler pahalı ve zaman alıcıdır. Ayrıca her sağlık kuruluşunda yapılamamaktadır. Bu nedenle hızlı ve doğru tanı koymak önemlidir. Bu çalışmada DEA ve BTT'yi ayırt etmede eritrosit indekslerinin kullanılabilirliği araştırılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Ocak 2017 ve Ekim 2017 tarihleri arasında takip edilen 50 tane BTT ve 50 tane DEA olan çocuk hasta alındı. DEA ve BTT tanısı demir parametreleri ve hemoglobin elektroforezi ile konuldu. Dosya kayıtlarından tanı konulduğu zamanki hemoglobin (Hb), hematokrit (HCT), kırmızı küre sayısı (RBC), ortalama korpusküler hacim (MCV), ortalama korpusküler hemoglobin (MCH), ortalama korpusküler hemoglobin konsantrasyon (MCHC), eritrosit dağılım genişliği (RDW) kayıt edildi. Literatürde daha önce tanımlanmış olan altı tane eritrosit indeksi (Mentzer, Shine ve Lal, England ve Fraser, Green ve King, RDW indeksi, Sirdah) için sensitivite, spesifite değerleri hesaplandı.

BULGULAR: BTT grubunun ortalanca yaşı 7.50 (4.00-14.00) yıl, erkek/ kız oranı 26/(%52)/24(%48), DEA grubunun ortalanca yaşı 8.50 (1.87-14.00) yıl, erkek/kız oranı 20(%40)/30(%60) idi. İki grup arasında yaş ve cinsiyet açısından farklılık yoktu ($p>0.05$). BTT ve DEA grupları arasında ortalama MCV (59.97 ± 3.90 fl ve 59.29 ± 5.03 fl) değerleri açısından farklılık yoktu ($p>0.05$). DEA grubunun Hb, HCT, RBC, MCH, MCHC değerleri BTT grubundan istatistiksel açıdan anlamlı şekilde düşük bulundu (MCH; $p<0.01$, diğerleri için; $p<0.001$). DEA grubunun ortalanca RDW'si [%20.00 (18.17-21.75)], BTT grubunun değerinden [%16.80 (15.77-18.42)] istatistiksel açıdan anlamlı şekilde yüksekti ($p<0.001$). RDW indeksinin sensitivite/spesifite değerleri (%92/%92), Mentzer indeksinden (%98/%54) yüksek bulundu.

TARTIŞMA ve SONUÇ: Çalışmamız, DEA ile BTT ayırımında en güvenilir indeksin RDW indeksi olduğunu gösterdi. Özellikle birinci basamak sağlık hizmeti veren sağlık kuruluşlarında sadece kan sayımındaki parametrelere bakarak, ek tetkik yapmaya gerek olmadan ayırım yapmak mümkün olabilir.

Anahtar Kelimeler: Beta talasemi, demir eksikliği, eritrosit indeksleri



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-092

Propitozis ile başvuran bir pilositik astrositom olgusu

Elif Böncüoğlu, Tubanur Tahtakesen Güçer, Ali Ayçiçek
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

AMAÇ: Pilositik astrositom çocuklarda en sık tanı alan astrositomdur ve tüm santral sinir sistemi tümörlerinin %20'sini oluşturur. Santral sinir sisteminin tamamında görülebilmekle birlikte en sık serebellumda (%42) görülür. Bunu supratentoriyel kompartman (%36) takip eder. Optik sinir, hipotalamus ve beyin sapında ise %9 oranında görülmektedir. Nadiren beyin sapında da (%2) görülebilir. Her yaşta görülebilmekle birlikte sıklığı adolesan dönemde giderek azalır. Bu yazıda propitozis ile gelen ve optik sinirden beyin sapına kadar uzanım gösteren kitlesi tespit edilen bir pilositik asrositom olgusu sunulmuştur.

OLGU: 4,5 aylık kız hasta sol gözde şişlik nedeniyle başvurdu. 21 yaşındaki G1P1Y1A0 anneden, 39+2 gestasyon haftasında, 3100 gram doğan hastanın gözündeki şişlik ilk kez 2 aylıkken fark edilmiş. Muayenesinde genel durumu iyi, bilinci açık, çevre ile ilişkisi iyi olan hastanın sağ gözde propitozisi mevcuttu. Anizokoris, fasyal asimetrisi, nistagmusu, patolojik refleksi bulunmuyordu. Kranial sinir muayeneleri doğaldı. Her dört ekstremitesi hareketli ve motor gücü tamdı. Hepatosplenomegalisi ve lenfadenopatisi bulunmuyordu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın kranial MR görüntülemesinde sol optik sinir intraorbital parçasının tamamını tutan, orbita globunu anteriora doğru deprese eden, her iki optik sinirin intrakanaliküler ve intrakranial parçası ile optik kiazmayı ve hipotalamusu tutan sağda krus serebriye ve pons sağ yarısına uzanan kitle görüldü ve ön planda optik gliom olarak yorumlandı. Kitleden yapılan biyopsi ile pilositik astrositom (WHO Grade I) olduğu belirlendi. Hastanın kemoterapisi planlandı.

SONUÇ: Pilositik astrositom 0-19 yaş arası çocukluk ve adolesan çağında en sık görülen primer beyin tümörüdür. Bulunduğu yere bağlı olarak ataksi, kranial sinir defektleri, kafa içi basınç artışı semptomları ile karşımıza gelebilir. Optik traktus tutulumunda görme kaybı ile hipotalamus tutulumunda ise çeşitli endokrin sendromlarla ve elektrolit bozukluklarıyla ortaya çıkabilir. Biz bu yazıda propitozis ile gelen bir olguda ayırıcı tanıları arasında pilositik astrositomun da akılda bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Orbital kitle, pilositik astrositom, propitozis

PP-093

Yüksek doz metotreksat tedavisi sonrası gelişen ensefalopati olgusu

Chinara Asadova¹, Hatice Nur Kırar¹, Hilal Susam Şen², Tuğçe Aksu
Uzunhan³, Özge Yapıcı Uğurlar⁴, Hasan Dursun⁵

¹Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul

³Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul

⁴Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Radyoloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul

⁵Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Ana Bilim Dalı,
İstanbul

Tedaviyle ilişkili lökoensefalopati, çocuklarda nadir görülen bir komplikasyondur. Nöbet geçirme veya fokal nörolojik defisit şeklinde prezente olur; sıklıkla bu bulgular geçicidir. On iki yaş erkek olgu düşme sonrası dizde şişlik yakınmasıyla değerlendirildiğinde sol femur distali kökenli osteosarkom tanısı aldı. Preoperatif Euramos kemoterapi protokolü başlandı. Protokol uyarınca verilen ilk 3 doz yüksek doz metotreksat tedavileri sonrası herhangi bir komplikasyon gelişmedi. Dördüncü yüksek doz metotreksat tedavisi de komplikasyon gelişmeden verildi, 48. saat bakılan metotreksat düzeyi 0.17 umol/L'nin altındaydı. Tedavi bitiminden 6 gün sonra ağızda kayma yakınması ile getirilen olgunun fizik incelemesinde yüzün sol yarısında santral fasiyal paralizi bulguları mevcuttu. MRG incelemesinde bilateral periventriküler beyaz cevherde diffüzyon kısıtlanması gösteren akut iskemik alanlar izlendi. Mevcut bulgularla metotreksat ilişkili lökoensefalopati olabileceği düşünüldü. Başvurunun 5. saatinde herhangi bir tedavi verilmemişken santral fasiyal paralizde belirgin gerileme görüldü, 6. gün tam düzeldi. Klinik olarak tam iyileşme görülmekle birlikte 1 hafta sonra tekrarlanan MRG incelemesinde lezyonlarda belirginleşme görüldü. Hasta klinik olarak asemptomatik olduğu için MRG incelemesinde belirginleşen lezyonlara tedavi planlanmadı, metotreksat protokolden çıkarıldı. Metotreksat tedavisi verilen malignite olgularında MRG'de lökoensefalopati görülme sıklığı %50-64 arasında değişmektedir ancak klinik olarak % 4-11'i semptomatiktir. Tedavi seçenekleri sınırlıdır; çoğu olguda olgumuzda olduğu gibi kendiliğinden gerileme görülmekle birlikte MRG bulguları uzun süre sebat edebilir. Bu olgu ile kemoterapi ajanlarına bağlı lökoensefalopati görülebileceğini hatırlatmak istedik.

Anahtar Kelimeler: metotreksat, lökoensefalopati, santral fasiyal paralizi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-094

Mülteci Çocuk Kanser Hastalarının Tanı Sırasındaki Hepatit A, B ve C Seroloji Durumu

Dildar Bahar Genç¹, Jale Mirzeyeva², Sema Vural¹, Banu Özata Abanoz²

¹Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Onkolojisi Kliniği

²Şişli Hamidiye Etfal EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Ülkemiz coğrafi konumu nedeniyle yüksek oranda göç almakta ve mülteci çocuk hastaların sayısı gün geçtikçe artmaktadır. Hepatit A aşılması henüz bazı ülkelerin ulusal aşı şemasında yer almamaktadır. Bu çalışmada kliniğimizde kanser tedavisi alan mülteci çocukların tanı anında hepatit serolojik durumlarının araştırılması planlanmıştır.

YÖNTEM: Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Onkolojisi Kliniğinde Nisan 2014-Aralık 2017 tarihleri arasında kanser tanısı alan mülteci çocuk hastaların tedavi başlanmadan önceki Hepatit A, B ve C seroloji sonuçları geriye dönük olarak dosyalarından araştırıldı. Yaş, cinsiyet, tanı tipi, AntiHAV IgG ve IgM, HbsAg, AntiHbs, AntiHbc IgM, AntiHCV sonuçları kaydedildi.

BULGULAR: Belirtilen tarihler arasında yaşları 9 ay-16 yaş arası değişen 16 erkek ve 5 kız mülteci hastaya kanser tanısı konuldu. Mülteci hastalar bu tarihler arası kliniğimizde kanser tanısı alan çocuk hastaların %13'ünü oluşturmaktaydı. Bir olgu lösemi, 4 olgu merkezi sinir sistemi tümörü, 7 olgu lenfoma, 2 olgu nöroblastom, 2 olgu Wilms tümörü, 2 olgu germ hücreli tümör, birer olgu Langerhans hücreli histiositoz ve retinoblastom tanısı almıştı. Olguların hiçbirinde aşılama kartı dökümü mevcut değildi. Sadece bir olguda (operasyonu ülkesinde yapılmış) antiHCV pozitif bulundu. Yüzde 52 (11/21) olguda Hepatit A IgG negatif saptandı. HbsAg taşıyıcılığı izlenmedi. Oniki/21 olguda (%57) AntiHbs antikor negatif veya koruyucu düzeyin altında idi. Olgulardan sadece bir tanesi ülkemizde önerilen Hepatit A aşılama yaşından küçüktü ancak bu olgunun koruyucu düzeyde antiHAV IgG antikoruna sahipti.

SONUÇ: Ülkemizde mülteci çocuk sayısı hergün artmaktadır. Olgularımızın yaklaşık yarısında Hepatit A ve Hepatit B aşı/antikor cevabı yetersiz bulunmuştur. Bu durum bölgesel sebeplerle oluşan aşılama eksikliklerinin yanı sıra kanser hastalığının yarattığı kazanılmış immünite kaybına bağlı olabilir. Sonuç olarak halk sağlığı ve koruyucu hekimlik açısından kanser tanısı alan çocuklarda hepatit taramalarının yapılması ve antikor cevabı yetersiz hastalarda aşılama planı yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Mülteci, Hepatit, Kanser, Aşı

PP-095

Burun Kanamasının Nadir Bir Nedeni; Burkitt Lenfoma

İnci Pınar Seçinti¹, Dildar Bahar Genç², Sema Vural², Özlem Ton³, Zeynep Aslı Batur Çalıış⁴

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji Kliniği, İstanbul

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Lenfomalar ülkemizde çocuklarda akut lösemilerden sonra en sık görülen malignitelerdir. Lenfomalarının %60'ını Hodgkin dışı lenfomalar (HDH) oluşturmaktadır. Bunların yaklaşık %40'ını Burkitt lenfoma ve benzerleri oluşturmaktadır. Klinik belirtiler patolojik alt gruplarına, primer tutulum yerlerine ve hastalığın yaygınlığına bağlı değişir. Yüzde 10-20 olgu baş-boyun ve %3,6 kadarında ise Waldeyer halkası tutulumu saptanır. Burada burun kanamasıyla tetkik edilen ve sonrasında Burkitt lenfoma tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU: On bir yaş erkek hastaya yaklaşık bir aydır devam eden aralıklı burun kanaması, burundan kötü kokulu akıntı ve nefes almakta zorluk nedeni ile çeşitli topikal tedaviler uygulanmıştı. Hastanın dış merkezdeki kulak-burun-boğaz muayenesinde kitle şüphesi olması üzerine çekilen kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) ön planda iyi huylu yumuşak doku kitlesi olduğu düşünülmüştü. Rutin laboratuvar tetkiklerinde patoloji saptanmayan hastada, şikayetlerine uyku esnasında nefes almama eklenmesi üzerine kraniyal MRG tekrarlandı. Kitlenin hızla büyüdüğü görülerek hastanemiz kulak burun boğaz kliniğinde acil biyopsi yapılmıştı. Histopatolojik tanı Burkitt lenfoma ile uyumlu saptanmıştı. Biyopsi sonrası çocuk onkoloji bölümümüze konsülte edilen hastada damağın asimetrik şekilde aşağı itildiği, ağız içinin neredeyse dolduğu izlendi. Yatış sırasında siyanozun eşlik ettiği obstrüktif apne gözlemlendi. Diğer sistem bulguları normal sınırlardaydı. Hastaya acil olarak sitoreduktif kemoterapi başlandı. 48 saat içinde şikayetleri geriledi. 2. Kür tedavide tam remisyon sağlandı. Hastamız remisyonda olup yaklaşık bir yıldır tedavisiz olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA: Baş ve boyun kitlelerinde burun tıkanıklığı, kulak ağrısı, tek taraflı tonsil büyümesi ve işitme kaybı görülebilir. Burun kanaması ile başvuran hastalarda orofarenks ve nazofarenks muayenesi ayrıntılı olarak yapılmalıdır. Solunum yolunda kitle saptanan çocuk hastalarda HDH mutlaka ayırıcı tanıya dahil edilmelidir. Hastalığın proliferasyon hızı çok yüksek olduğu için tanısal işlemler hızla yapılmalı, patoloji sonucu hızla sonuçlandırılmalı ve en önemlisi solunum/böbrek yetersizliği ve ölüm riskinden dolayı tedaviye en kısa sürede başlanmalıdır. Çocukluk çağı hastalık dağılımı erişkinden farklı olduğu için 18 yaş altı tüm hastalar öncelikle çocuk hekimi tarafından muayene edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: burun kanaması, siyanoz, obstrüktif apne, burkitt lenfoma



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-096

Peritonsiller Apseyi Taklit Eden Lenfoma

Jale Mirzayeva¹, Dildar Bahar Genç², Sema Vural², Arzu Yasemin Korkut³, Özlem Ton⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Onkoloji Ana Bilim Dalı

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Tıbbi Patoloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ: Çocukluk çağında baş-boyun bölgesi malignitelerinin büyük çoğunluğunu lenfomalar oluşturmaktadır. Hodgkin dışı lenfomalarda Waldeyer halkası (tonsil, dil kökü ve nazofarenks) tutulumu sık görülür ve ayırıcı tanı sürecinde bu bölgenin selim patolojilerini taklit edebilir. Hastalar boyunda şişlik, ses kısıklığı, yutma güçlüğü ve ağrı yakınmalarıyla başvurabilir. Olguların üçte birinde ateş, halsizlik ve kilo kaybı gibi genel pediatri pratiğinde sık karşılaşılan konstitüsyonel şikayetler olabilir. Burada ön planda peritonsiller enfeksiyon düşünülen ancak Burkitt lenfoma tanısı alan bir olgu sunulmaktadır.

OLGU SUNUMU: Sekiz yaş erkek hasta son 15 gündür horlama ve nazone konuşma yakınmalarıyla çocuk acil polikliniğine başvurdu. Hasta kısa süreli kendiliğinden gerileyen ateş tanımlamaktaydı. Muayenesinde sol tonsil lojunda havayolunu nerdeyse kapatan şişlik ve boyun sol tarafta 3 cm orta sert kıvamlı lenfadenopati tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde patoloji izlenmedi. Tam kan sayımı, basit biyokimyasal testleri normal sınırlarda olup hafif C-reaktif protein yüksekliği saptandı. Kulak-burun-boğaz kliniği tarafından ayırıcı tanıda peritonsiller abse düşünülerek interne edilen hastada ateş gözlenmemişti. Bir 1 hafta süreyle antibiyoterapi uygulanmış ancak yanıt alınamamıştı. Boyun kontrastlı MR incelmesinde kitle görünümü olan hastada biyopsi yapıldı ve patolojik inceleme Burkitt lenfoma ile uyumlu bulundu. Evreleme tetkiklerinde lokalize hastalık tespit edilen hastada NHL-BFM 2012 tedavi protokolü başlandı. Tedavinin 48. saatinde horlaması kayboldu, birinci haftanın sonunda tonsiller asimetri geriledi. Dört kür kemoterapi sonrası tam remisyon sağlanan ve tedavisi biten hasta izlemine sorunsuz olarak devam etmektedir.

SONUÇ: Çocukluk çağında Hodgkin dışı lenfomalar birçok selim hastalığı taklit edebilir. Ateşin eşlik etmediği hızla büyüyen boyun kitlelerinde malinitenin hızla ekarte edilmesi gerekir. Burkitt lenfoma gibi yüksek gradlı malinitelerin ayırıcı tanıya erken dahil edilmesi mortaliteyi engellemek ve morbiditeyi azaltmak için hayatiidir.

Anahtar Kelimeler: Apse, Lenfoma, Malignite

PP-097

Akut Lenfoblastik Lösemili Çocuk Hastada Bilinç Değişikliği ve Nöbet: PRES

İşık Odaman Al¹, Ebru Yılmaz¹, Hakan Gemici², Sevgi Yavuz³, Edibe Pembegül Yıldız⁴, Mehmet Sait Doğan⁵, Selin Filiz⁶, Recep Türkoğlu⁶, Ferhan Akıcı¹, Zafer Şalcıoğlu¹, Gönül Aydoğan¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı

²Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

³Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

⁴Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

⁵Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Radyoloji Bilim Dalı

⁶Kanuni Sultan Süleyman Eah Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

BİLGİ: Posterior reversibl ensefalopati sendromu (PRES) ilk olarak 1996 yılında tanımlanan akut nörolojik bulgular ile karakterize, MR görüntülemesinde çoğunlukla her iki parietookspital bölgede beyaz cevher ödemine bağlı değişikliklerin gözlemlendiği bir sendromdur. Hipertansiyon dışında sitotoksik ve immunsupresif tedavi, sepsis, otoimmün hastalıklar, üremi etiyolojide rol almaktadır. En sık bilinç değişikliği, nöbet, baş ağrısı ve görme problemlerine neden olmakla birlikte iyi seyirlidir. Ancak PRES, serebral ödem ve intrakranial kanama gelişmesi halinde önemli morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir.

OLGU: Dört yaşında erkek hasta solukluk şikayeti ile başvurdu. Halsiz ve soluk görünümünde olan hastanın karaciğeri kot altında 4 cm palpe edildi. Hb: 6.7 gr/ dl, Wbc: 9000 /mm³, Neu: 300/mm³, plt: 23000 /mm³, LDH: 1140 U/L, ürikasit: 4.9 mg/dl idi. Kemik iliği yayması ve akım sitometri sonucu ile CALLA (+) B hücreli akut lenfoblastik lösemi tanısı konuldu. ALL-IC BFM 2009 protokolü başlandı. Santral sinir sistemi tutulumu olmayan hastanın 8.gün periferik yayma, 15 ve 33. gün kemik iliği yayma değerlendirmelerinde kemoterapiye yanıtı olduğu tespit edildi. Steroid içeren kemoterapinin tamamlanmasından bir hafta sonra bilinç bulanıklığı ve ağız çevresinde yalanma şeklinde nöbet gelişmesi üzerine levetirasetam başlandı. Kan basıncı 140/90 mm/hg olarak ölçüldü. Biyokimyasal tetkiklerinde anormallik saptanmadı. Beyin MR görüntülemesinde bilateral oksipital ve sol temporal bölgede difüzyon kısıtlılığı tespit edildi. Fizik muayene ve laboratuvar incelemelerinde enfeksiyon bulgusu saptanmayan hasta PRES olarak değerlendirildi. Kontrol kan basıncı değerlerinin yüksek seyretmesi üzerine antihipertansif tedavi başlandı. Medikal tedavi ile kan basıncı, yaşına uygun normal sınırlara geldi ve 10 gün içerisinde bilinç durumu düzeldi, konvülsiyonu yinelemedi. Hastanın takibine pediatri hematoloji servisinde devam edilmektedir.

SONUÇ: Kemoterapi gibi sitotoksik ilaç kullanımı ve hipertansiyonun komplikasyonu olarak PRES karşımıza çıkabilir. Akut nörolojik semptomlar gelişen hematoloji-onkoloji hastalarında ayırıcı tanıda akılda bulundurulmalıdır. Erken tanı ve hipertansiyonda olduğu gibi nedene yönelik tedavi PRES'e bağlı semptomların daha hızlı düzelmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: PRES, Hipertansiyon, Kemoterapi, Nöbet



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-098

Propitozis ile başvuran bir granülositik sarkom olgusu

Elif Böncüoğlu, Ali Ayçiçek, Ezgi Bayrakdaroğlu
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Akut lösemi vakalarında lösemik sarkomlar özellikle akut myeloid lösemi (AML)'de görülmektedir. Bu yazıda gözde akıntı, şişlik nedeniyle dış merkezlerde tetkik edilen orbital kitle ile başvurup granülositik sarkom ve AML tanısı alan 2,5 yaşında kız hasta sunuldu.

OLGU: 2,5 yaşında kız hasta 20 gündür devam eden gözde akıntı, şişlik nedeniyle dış merkeze başvurmuş. Orbital enfeksiyon düşünülerek hastaya ayaktan antibiyotik tedavisi uygulanmış. Tedavi sonrası şikayetleri devam eden hasta ileri merkeze (üniversite hastanesi) sevk edilmiş. Orada yapılan görüntüleme ve eksizyonel biyopsi sonucu beklenirken hastanın sitopenisi gelişmiş. Tetkik ve tedavisinin devamı için tarafımıza başvuran hastanın gelişindeki fizik muayenesinde sağ göz akıntılıydı, propitozis mevcuttu. Göz kapağı ödemli ve kızarıktı. Sağ parotis lojunda ele gelen şişlik mevcuttu. Enfeksiyon tedavisinden fayda görmeyen ve hemogramında pansitopenisi gelişen hastada ayırıcı tanıda malignite düşünüldü. Kitlenin eksizyonel biyopsisinin sonucuna göre ön planda granülositik sarkom düşünüldü. Hastanın hemogramında hemoglobin: 8,8 g/dl hematokrit: %26,7 RBC: $3,3 \times 10^6$ / μ L WBC: 950 / μ L nötrofil sayısı: 750 / μ L trombosit sayısı: 21.700 / μ L saptandı. Hastanın periferik yaymasında %70 oranında blastik hücre, %25 oranında lenfosit, %5 oranında polimorfonükleer hücre görüldü. Hastanın kemik iliği aspirasyonunda %73 oranında myeloid blast saptandı ve ileri analizler ile AML FAB M1 olarak yorumlandı. Hastadan BOS örnekleme yapıldı ve lösemik tutulum saptandı.

SONUÇ: Granülositik sarkom AML'li hastalarda hastalık seyri sırasında ortaya çıkan granülositik prekürsör hücrelerin ekstramedüller invazyonundan kaynaklanan nadir bir tümördür. En sık orbita ve paranasal sinüsler tutulur. Bulunduğu yere göre tanı gecikebilmekte, yaygın hastalığa dönebilmektedir. Ayırıcı tanıda lenfoma, nöroblastom, rabdomyosarkom ve PNET grubu yuvarlak hücreli malign tümörler düşünülmelidir. Olgu lokalize bulgularla prezente olsa da sistemik tutulumlu maligniteler ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut myeloid lösemi, granülositik sarkom, orbital kitle

PP-099

EDTA ilişkili psödotrombositopeni olgusu

Elif Böncüoğlu, Tubanur Tahtakesen, Gizem Ersoy, Ali Ayçiçek, Mihriban Devci, Esra Özpınar
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

AMAÇ: Psödotrombositopeni, kandaki antitrombosit antikorlara bağlı olarak trombosit kümelenmesi sonucu gelişen, analizörde trombosit sayısının yanlışlıkla düşük sayılmasına neden olan iyatrojenik bir durumdur. Tedavi gerektirmez; ancak ayırıcı tanıda düşünülmediğinde gereksiz kan transfüzyonlarına ve hatta splenektomiye kadar gidebilecek gereksiz girişimlere neden olabilmektedir. Bu olgu sunumunda periferik yayma ile trombosit sayısı doğrulanmış bir psödotrombositopeni olgusunun irdelenmesi amaçlanmıştır.

OLGU: 10 yaşında erkek hasta karın ağrısı şikayetiyle acil servise başvurdu. Genel durumu iyi olan hastanın fizik muayenesinde batında defans, rebound ve hepatosplenomegali saptanmadı. Diğer sistem bulguları doğaldı. Hemogramında WBC: 14000/ μ L, RBC: 5600×10^3 / μ L Hgb: 13,3 g/dl trombosit sayısı: 14000/ μ L saptandı. Biyokimya normal sınırlardaydı. Fizik muayenede trombositopeniyi destekleyecek peteşi, purpura, ekimoz ya da mukozal kanama yoktu. Hastanın hemogramı tekrarlandı. Trombosit sayısı ikinci hemogramda 8000 / μ L saptandı. Periferik yayma yapıldı. Yayımda çok sayıda küme yapmış trombositler görüldü. EDTA ilişkili psödotrombositopeni düşünülerek hastadan bu kez sitratlı tüpe kan örneği alındı. Sitratlı tüpten bakılan hemogramda hastanın gerçek trombosit sayısının 175000/ μ L olduğu görüldü.

SONUÇ: Trombositopeni çocukluk çağında sık karşılaşılan bir durumdur. En sık nedeni idiopatik trombositopenik purpuradır. Etilen diamin tetraasetik asit (EDTA) ilişkili psödotrombositopeni ise psödotrombositopeni nedenleri içinde en sık görülenidir. Sitoadeziv gpIIb-IIIa reseptörlerini tanıyan EDTA ilişkili antiplatelet antikorlara bağlı olduğu düşünülmektedir. Bu durum trombosit fonksiyonlarında herhangi bir bozukluğa yol açmamaktadır. Bizim olgumuzda psödotrombositopeniyi saptamak amacıyla öncelikle periferik yayma yapılmıştır. Trombosit kümeleri görüldükten sonra EDTA yerine antikoagülan olarak ilk aşamada sitrat seçilmiştir ve hastanın gerçek trombosit sayısı ortaya konmuştur. Klinik açıdan, psödotrombositopeninin hızlı ve kesin olarak belirlenmesi, gereksiz tedavi ve işlemlerin önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Etilen diamin tetraasetik asit, psödotrombositopeni, trombositopeni



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-100

Orbita Metastaz Tutulumu İle Seyreden Ewing Sarkom

İşıl Çulha, Sema Vural, Dildar Bahar Genç

Şişli hamidiye etfal eğitim ve araştırma hastanesi, çocuk sağlığı ana bilim dalı

GİRİŞ: Ewing sarkomu çocukluk çağı tümörlerinin % 2'ini oluşturur. Kemiğin ikinci sıklıkta görülen kötü huylu tümörüdür, ışına duyarlı, nöronal kaynaklı bir tümördür. Kemiğin farklılaşmamış tümörü olup daha farklılaşmış şekli "periferik primitif nöroektodermal tümör (PNET)" olarak isimlendirilir. Hastaların %90'ında kemikten, %10'unda kemik dışı dokulardan kaynaklanır. Bu olgumuzda Ewing Sarkom tanısı ile takip edilmekte olan hastamızın sol gözünde şişlik, kızarıklık artışı şikayeti ile başvurması, preseptal selülit öntanısıyla tedavi başlanması, ardından ileri tetkik ile metastaz olduğu anlaşılmaya üzerine radyasyon ve kemoterapi tedavisi ile lezyonun gerileme vakası sunulmuştur.

OLGU: 6 yaşında kız hasta humerus kaynaklı nonmetastatik Ewing Sarkom tanısı ile 1 yıl kemoterapi ve radyoterapi tedavisi verildi, tedavi bittikten 1 ay sonra çocuk acil polikliniğimize tarafımıza sol göz çevresinde şişlik, kızarıklık şikayeti nedeniyle başvurdu. Hastaya bu süreçte yapılan tetkiklerinde patolojik olarak hafif lökositozu ve CRP pozitifliği mevcuttu. Hastanın özellikle sol göz çevresinde hassasiyeti olması nedeniyle Göz Hastalıklarına konsülte edildi, Göz Hastalıkları tarafınca preseptal selülit olarak değerlendirilen hastaya 200 mg/kg/g ampicilin+sulbaktam tedavisi başlanması önerildi, şikayetleri gerileyen ancak metastazı dışlamak için çekilen Kranial MR "Periorbital ya da fasial selülit bulguları saptanmamıştır. Solda sfenoid kemiğin büyük kanadı ve temporal kemik bileşkesinde kemik yapıda hafif ekspansil görünüm ve heteronejiye izlenmiş olup yoğun kontrast tutulumu izlenmektedir" şeklinde raporlanması üzerine antibiyoterapi sonlandırıldı, radyoterapi, kemoterapi verildi, göz çevresinde şişlik kızarıklık 1 hafta içinde geriledi, hasta takibe alındı.

SONUÇ: Ewing sarkomunda tedavi başarısızlığının major sebebi uzak metastaz gelişmesidir. Yapılan çoğu çalışmada Ewing sarkomda metastatik hastalık varlığında toplam sağkalım oranları %20-30 olarak bildirilmiştir bu nedenle metastazların gözden kaçırılmaması, doğru tetkik ile tespit edilerek derhal tedavi edilmesi mortaliteyi azaltması ve yaşam süresini arttırması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: ewing sarkom, metastaz, preseptal selülit

PP-101

Akut Lenfoblastik Lösemi Hastalarında MSS Tutulumu ve Sağkalım İlişkisi

Orhan Özdoğan, Ali Ayçicek, Ezgi Paslı Uysalol, Cengiz Bayram, Gülnihal Özdemir

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

AMAÇ: Lösemi hastalarında MSS tutulumu tanı sırasında tutulum %5'den daha az olguda saptanır. Daha sıklıkla teşhis ve/veya intratekal tedavi sırasında travmatik lomber ponksiyonlar ile sistemik dolaşımdan BOS'a lösemik blastların geçmesine neden olabilmesi dolayısıyla önem arzeder. Bu çalışmada travmatize olanlara olmayan hastaların sağkalım ve olaysız sağkalımları karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman SUAM Çocuk Hematoloji ve Onkoloji kliniğinde tanı/ tedavisi yapılan 129 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. MSS tutulumla tanı anındaki beyin omurilik sıvılarının (BOS) Klinik, Tıbbi Patoloji ve Cerrahpaşa Tıbbi Patoloji laboratuvarları sonuçlarına göre değerlendirildi. BOS'da >10/mm³ eritrosit bulunması travmatik lomber ponksiyon olarak kabul edildi. Kaplan Meier ve Cox regresyon analizi ile karşılaştırıldı.

BULGULAR: Bizim çalışmamıza dahil edilen 129 hastanın 7 tanesinde tanı anında yapılan lomber ponksiyon travmatize olmuştur. Travmatize olanlar dahil hiçbir hastada tanı anında MSS tutulumu saptanmamıştır. Travmatize olan hastalara ALLIC 2009 protokolüne göre ek 2 doz intratekal MTX uygulanmıştır. Bu hastaların genel ve olaysız sağkalımlarının daha düşük düzeylerde kaldığı, olaysız sağkalımın karşılaştırmasında anlamlı düşük olduğu saptanmıştır (sırası ile P=0,203, P= 0,039). Bu hastaların 3'ü hastaliksiz izlemde, 1'i hastaliksiz ölüm, 1'i hastalıklı ölüm, 1'i MSS nüksü, 1'i nüks T ALL'dir Risk düzeyine göre MSS tutulum/travmatik LP ilişkisi incelendiğinde; standart riskli 17 hastanın hiçbirinde travmatize LP olmazken, orta riskli 73 hastanın 3'ünde, yüksek riskli 32 hastanın 4'ünde LP travmatize olmuştur. Risk gruplarına göre hasta dağılımı göz önüne alındığında; yüksek riskli daha çok hasta olduğu görüldüğü için Omnibus test ile karşılaştırıldığında, bu farkın asıl olarak yüksek riskli hastalardan kaynakladığı saptanmıştır (P>0.05).

TARTIŞMA-SONUÇ: ALL hastalarında tanı anında yapılan travmatik LP'lerin hastanın olaysız sağkalımını anlamlı oranda düşürmesine de hastanın tanı anında yapılan LP'lerinin daha deneyimli kişilerce yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: akut lenfoblastik lösemi, lomber ponksiyon, genel sağkalım, olaysız sağkalım



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-102

Servikal Bölgede Castleman Hastalığı: Pediatrik Olgu sunumu

Özlem Erdede, Özlem Temel, Serpil Değirmenci, Derya Gültekin Başboğa, Feyza Yıldız
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Castleman Hastalığı (CH) etyolojisi tam olarak bilinmeyen lenfoid dokunun masif proliferasyonu ile karakterize nadir görülen bir hastalıktır. Çocukluk çağında nadir görülmektedir, daha çok genç erişkinlerde rastlanmaktadır. Klinik olarak lokalize ve multisentrik olmak üzere iki klinik tipi tanımlanmıştır. Genellikle mediastende lokalize olmaktadır ve baş-boyun bölgesinde nadir görülmektedir. Tanı cerrahi olarak lenf bezinin çıkarılıp histopatolojik olarak incelenmesi ile konur. Boyunda kitle ile başvuran, histopatolojik inceleme sonrası CH tanısıyla cerrahi olarak tedavi edilen 9 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

Öyküsünde bu şişliğin 2 yıl önce başladığı giderek büyüdüğü ve pek çok kez antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ servikal bölgede mobil, düzgün yüzeyli ve sınırlı, solid, yaklaşık 5x3 cm boyutlarında kitle tespit edildi. Hastanın diğer sistem muayeneleri normal olarak değerlendirildi ve organomegali saptanmadı. Yapılan tam kan, biyokimya, periferik yayma, C-reaktif protein, sedimentasyon, viral seroloji tetkikleri ve akciğer grafisi normal olarak değerlendirildi. Boyun ultrasonografisinde sağ servikalde 50 mm, sol servikalde 19 mm lenf nodu saptandı. Çekilen göğüs ve karın bilgisayarlı tomografisi normal olarak değerlendirildi. Kitle kesin tanısı için cerrahi olarak çıkarıldı ve histopatolojik inceleme sonrası CH tanısı aldı. Olgumuzda lenfoma ayırıcı tanısı yapıldıktan sonra cerrahi tedavi dışında ek bir tedavi uygulanmadı ve bir yıllık takip süresince rekürrens izlenmedi.

Sonuç olarak Castleman hastalığı nadir görülen benign lenfoproliferatif bir hastalıktır. Nadir yerleşimi olan boyun bölgesindeki şüpheli kitlelerde akla getirilmesi gereken bir durumdur ve özellikle lenfoma ile ayırıcı tanısının iyi yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Castleman hastalığı, servikal kitle ayırıcı tanısı, çocukluk çağı

PP-103

Perikard Tamponadı İle Başvuran Hodgkin Lenfoma Olgusu

Gülşen Erdem¹, Işık Odaman Al², Fahrinnisa Ferhan Akıcı², Hakan Gemici¹, Rengin Şiraneci³, Ebru Yılmaz², İlknur Kurt¹, Müzeyyen Gönül Aydoğan², İbrahim Öner Doğan⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Patoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Hodgkin lenfoma tüm çocukluk çağı kanserlerinin % 8.8'ini oluşturan lenf nodlarının malign neoplazmidir. Hastaların çoğu supradiyafragmatik lenf nodu tutulumuyla başvururlar. Perikardiyal efüzyon Hodgkin lenfoma hastalarının yaklaşık %5'inde görülür ve sıklıkla asemptomatiktir. Yazımızda tekrarlayan kalp tamponadıyla başvuran ve öncesinde kortikosteroid kullanımı nedeniyle tanısı zorluk yaşadığımız bir olgumuzu sunmak istiyoruz.

OLGU: 10 yaşında erkek hasta, 1 ay önce başlayan halsizlik, iştahsızlık ve kilo kaybı şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Yapılan kardiyovasküler sistem muayenesinde frotman duyulması üzerine yapılan ekokardiyografik incelemede 55 mm perikardiyal efüzyon ve hastanın kalp tamponadında olduğu tespit edilmiş. Lenfadenopati ve organomegali saptanmamış. Tetkiklerinde Hb:13 gr/dl, Hct: %42, Wbc:13560/mm³, Neu:11300/mm³, Plt:655000/mm³, saptanmış. Akciğer grafisinde özellik saptanmamış. Hasta pediatrik yoğun bakım ünitesine alınarak 1 litre perikardiyal efüzyon boşaltılmış. Yoğun bakım yatışı sırasında antibiyoterapi ve 1 hafta süre ile steroid tedavisi almış. Hasta taburculuk sonrası tetkiklerini yaptırmak için hastanemize başvurdu. Subfebril ateşi ve enfeksiyon göstergelerinde yükseklik (CRP: 96 mg/l, Sedim: 45 mm/saat) olması nedeni ile servise yatırıldı. Fizik muayenede lenfadenopati ve organomegali saptanmadı. Perikardiyal efüzyona neden olabilecek enfeksiyöz, hematolojik ve romatolojik tetkikleri çalışıldı. Ekokardiyografik incelemede 17 mm perikardiyal efüzyon saptanan hastaya spironolakton ve furosemid başlandı. İzleminde perikardiyal efüzyonu artan hastada senkop gelişti. Yoğun bakım ünitesinde efüzyonu boşaltılan hastanın çekilen toraks BT'sinde ön mediastende 8x4 cm boyutlarında kitle lezyon saptandı. Perikard efüzyonunun sitolojik incelemesinde malign hücreye rastlanmadı. Kemik iliği incelemesi normaldi. Histopatolojik inceleme için iki kez tru-cut ile örnek alındı, ancak nekrotik doku olarak sonuçlandı. Göğüs cerrahisi tarafından mediastinoskop ile yapılan biyopsi sonucu klasik Hodgkin lenfoma olarak sonuçlandı.

SONUÇ: Hodgkin lenfomada perikard tamponadı son derece nadir görülür. Kitle basısına bağlı perikardın lenfatik ve venöz drenajının bozulması nedeni ile olabileceği gibi, direk invazyon nedeni ile de olabilir. Kortikosteroidler maligniteler dahil birçok hastalığın tedavisinde kullanılan ilaçlar olup, kesin tanısı belli olmayan hastalarda dikkatle kullanılmalıdır. Uygunsuz kullanımda tanı konulmasını güçleştirebilir.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin lenfoma, perikardiyal efüzyon, steroid



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-104

Çocuklarda, B 12 vitamini ve folik asit eksikliğinin, trombosit sayı ve hacmine etkileri

Kamil Şahin¹, Murat Elevli¹, Cihan Coşkun², Macit Koldaş²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Biyokimya Laboratuvarı, İstanbul

GİRİŞ: Folik asit ve vitamin B12 eksikliği, DNA sentezini baskılayarak inefektif eritropozis sonucunda anemiye neden olmaktadır. Ayrıca, bisitopeni ve pansitopeni yanı sıra, izole trombositopeni yaptığına dair çalışmalar da mevcuttur.

İlginc bir şekilde bazı çalışmalarda, bu analitlerin eksikliğinin çok hafif derecede anemiye neden olduğu da bildirilmiştir.

Biz de çalışmamızda, pediatrik hastalarda, B12 ve folik asit eksikliğinin tek başına ve birlikte, trombosit ve ortalama trombosit hacminde (MPV) yaptıkları değişiklikleri incelemeyi amaçladık.

MATERYAL-METOT: Çalışmaya, son iki yıl içinde çocuk polikliniğine başvurmuş 0-18 yaş grubundaki 371 çocuk (204 kadın ve 167 erkek) dahil edildi. Hastaların gerekli bilgileri ve ilgili test sonuçları hastane bilgi yönetim sistemi üzerinden elde edildi. Çalışma grupları folik asit ve vitamin B12 düzeylerine göre, her ikisi de normal (n=79), her ikisi de düşük (n=76), sadece folik asit düşük (n=101) ve sadece B12 vitamini düşük (n=115) olmak üzere 4 gruba ayrıldı.

SONUÇ: Gruplar arası trombosit sayı ve ortalama trombosit hacim değerleri arasında anlamlı farklılık bulundu (herbiri için, $p < 0.001$). Trombosit sayı ve MPV değerleri arasında ise orta derecede negatif yönlü bir ilişki olduğu görüldü ($r = -0.389$, $p < 0.001$). Folat ile trombosit değeri arasında zayıf seviyede pozitif bir ilişki tespit edilirken ($r = 0.210$, $p < 0.001$), folat ile MPV arasında zayıf seviyede negatif yönlü bir ilişki tespit edildi (sırasıyla $r = -0.239$, $p < 0.001$). Vitamin B12 ile trombosit değeri arasında zayıf derecede pozitif bir ilişki bulunurken ($r = 0.176$, $p = 0.011$), vitamin B12 ile MPV değeri arasında zayıf düzeyde fakat negatif yönlü bir ilişki tespit edildi ($r = -0.190$, $p < 0.001$).

TARTIŞMA: Vitamin B12 ve/veya folik asit eksikliğinin trombosit sayısını azalttığını ve trombosit hacmini arttırdığını ve bu değişimin trombositopeniye neden olacak derecede olmadığını gözlemledik. Ancak bu konu ile ilgili bugüne kadar yapılmış çalışmalarda farklı sonuçlar elde edildiğinden çalışmalardaki kısıtlılıkların dikkate alındığı ve prospektif tasarımlı yeni çalışmalara ihtiyaç olduğu düşüncesindeyiz.

Anahtar Kelimeler: B12 vitamini, çocuk, folik asit, ortalama trombosit hacmi, trombosit

PP-105

Lösemiye Taklit Eden B12 Eksikliği Olgusu

Selin Filiz, Işık Odaman Al, Ebru Yılmaz, Abdülvehhap Beygirci, Osman Zafer Şalcıoğlu, Fahrinnisa Ferhan Akıncı, Müzeyyen Gönül Aydoğan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Çocuklarda B12 eksikliğinin en önemli nedeni diyet ile yetersiz alımdır. B12 eksikliğinin en sık hematolojik bulgusu makrositer anemi olmakla birlikte hastaların yaklaşık %10'unda hematolojik bulgular ciddi pansitopeni, derin anemi ve hemolitik anemi şeklinde ortaya çıkabilir. Bu yazımızda pansitopeni ile akut lösemiye taklit eden ağır B12 vitamin eksikliği olan hastamız sunulmuştur.

OLGU: Bir yaşında Suriye kökenli erkek hasta solukluk ve kusma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde organomegali tespit edilmeyen hastada WBC:10480/mm³, MNS: 1100/mm³, Hb:5,1gr/dl, RBC: 1,5X10¹²/L, MCV: 92 fl, Plt:39000/mm³, LDH:3152 U/L, ürik asit: 2,6 mg/dl, total bilirubin: 2.34 mg/dl, direkt bilirubin: 0,97 mg/dl saptandı. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri normaldi. Periferik yaymada anizositoz, poikilositoz, makrositer eritrositler, ve hipersegmentasyon görüldü. Kemik iliği aspirasyonunda eritroid seride hiperaktivite, eritroid ve myeloid seride displazi görüldü, blastik infiltrasyon saptanmadı. Diğer pansitopeni nedenlerine yönelik yapılan tetkiklerinde viral seroloji testleri ve Direkt Coombs Testi negatif, folik asit düzeyi normal sınırlarda (16 ng/ml) tespit edildi. Eritrosit süspansiyonu ile desteklenen hastaya vitamin B12 düzeyinin 50 pg/ml olması üzerine ağır B12 eksikliği tanısı kondu ve parenteral B12 tedavisi başlandı. 5 gün süreyle 500 mcg/gün intramusküler B12 tedavisi sonrası hastanın hematolojik ve biyokimyasal bulgularında düzelme görüldü. Bir hafta sonra alınan kontrol tetkiklerinde Hb:10,5 gr/dl, WBC:13040/mm³, MNS:4800/mm³, Plt:121000/mm³ saptandı.

SONUÇ: Savaş koşulları nedeni ile ülkemizde bir çok Suriyeli mülteci çocuk yaşamakta olup, düşük sosyoekonomik durum nedeni ile beslenme yetersizlikleri ile karşı karşıyadır. Hayvansal gıdaların az tüketilmesi sonucu bu grup hastada B12 ve demir eksikliği sıkça görülmektedir. B12 eksikliğine bağlı hemolizle giden pansitopeni sık değildir. Ağır B12 eksikliğine bağlı bazı vakalar pansitopeni, inefektif eritropoeze bağlı hemoliz bulguları ile gelen akut lösemiye taklit edebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: B12, hemoliz, lösemi, pansitopeni



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-106

Önemli Bir Glanzman Trombastenisi Komplikasyonu: Alloimmunizasyon

Selin Filiz, Işık Odaman Al, Ebru Yılmaz, Osman Zafer Şalcıoğlu, Fahrinnisa Ferhan Akıncı, Müzeyyen Gönül Aydoğan
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, KANUNİ Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Anabilim Dalı, İstanbul

BİLGİ: Glanzman trombastenisi trombosit membranındaki glikoprotein (GP)IIb-IIIa kompleksinin eksikliği veya fonksiyon görememesi nedeni ile oluşan, otozomal resesif kalıtsal bir primer hemostaz bozukluğudur. Kanamalar sıklıkla cilt ve mukoza kanamaları şeklindedir. Mukoza kanamalarından diş eti ve burun kanaması daha sık görülmekte iken, hematüri ve menoraji de görülebilmektedir. Kanama kontrolünde lokal uygulamalar ve antifibrinolitik ajanlar, majör kanamalarda ise trombosit süspansiyonu kullanılır. Trombosit süspansiyonlarının sık kullanılmasına bağlı alloimmunizasyon gelişmesi korkulan bir yan etkidir ve kanamanın kontrol edilmesini güçleştirir.

Bu yazımızda menoraji ile başvuran, alloimmunizasyon gelişimi nedeniyle kanaması rekombinant faktör VIIa(rFVIIa) tedavisi ile kontrol altına alınan bir olgumuz sunulmuştur.

OLGU: Glanzman trombastenisi tanısı ile takip edilen 14 yaşında kız hasta menoraji şikayetiyle başvurdu. Hastanın ilk 3 aylıkken burun kanaması, döküntü şikayetiyle başvurarak tanı aldığı öğrenildi. O dönemde fizik muayenesinde vücutta yaygın peteşiyel döküntüleri mevcut olup, hemogramdaki trombosit sayısı ve koagülasyon testleri normal idi (plt:252000/mm3). Periferik yaymada küme yapmayan, tekli trombositlerin görülmesi üzerine hastada trombosit fonksiyon bozukluğu düşünüldü. Trombosit fonksiyon testlerinde trombositlerin sadece ristosetin ile küme yaptığı görülmüş olup, akım sitometride CD41 ve CD61 monoklonal antikorları kullanılarak belirlenen GPIIb-IIIa düzeylerinin düşük saptanması ile glanzman trombastenisi tanısı konuldu. Hasta menoraji ile başvurduğunda hb:6 gr/dl olması ve kanamasının devam etmesi nedeni ile traneksamik asit tedavisiyle birlikte trombosit süspansiyonu verildi. Anemisinin derinleşmesi üzerine eritrosit süspansiyonu verildi. Ancak trombosit süspansiyonuna rağmen kanamasının devam etmesi üzerine hastada alloimmunizasyon düşünüldü. Bir kez daha trombosit süspansiyonu verilmesi planlandı. Öncesinde ve sonrasında Ivy metoduyla kanama zamanı bakıldı. Transfüzyon sonrası kanama zamanında kısalma olmaması alloimmunizasyonu destekledi. Bunun üzerine hastaya rFVIIa tedavisi verildi ve bu şekilde kanaması kontrol altına alındı.

SONUÇ: Glanzman trombastenisi nadir görülen trombosit fonksiyon bozukluğudur. Trombosit transfüzyonlarına karşı alloimmunizasyon gelişimi istenmeyen yan etkidir. Kesin tanı neden olan antikorların saptanması ile konulur. Ancak ülkemizde antikor saptama imkanı olmadığından tanı klinik ile konulur. Alloimmunizasyonu önlemek için gereksiz transfüzyondan kaçınmak esastır. Alloimmunizasyon nedeniyle kanamanın kontrol edilemediği durumlarda rFVIIa kullanılır.

Anahtar Kelimeler: alloimmunizasyon, glanzman, rekombinant, transfüzyon, trombosit

PP-107

HLH tanısı alıp kemoterapi başlanan 5.kemik iliği aspirasyonunda kala azar olduğu farkedilen olgu

Gökhan Birşen
Kanuni eah, Hematoloji onkoloji bilim dalı

AMAÇ: Hemofagositik lenfohistiositozis (HLH), T lenfositlerin ve makrofajların kontrol edilemeyen aktivasyonu, inflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagitoz sonucu ateş, hepatosplenomegali, sitopeni ile karakterize nadir görülen fatal seyirli bir fenomendir. Primer olabildiği gibi, sekonder nedenlere bağlı olabilir. Visseral leishmaniasis ise, retikuloendotelial sistemi tutan yaygın bir enfeksiyon hastalığıdır. Kuluçka döneminin uzun olması ve başlangıç bulgularının özgül olmaması nedeniyle çocuklarda tanı koymak güçtür ve tedavi edilmediğinde ilerleyici hastalık ile ölüme neden olur. Burada HLH öntanısı ile takibinde kemoterapiye rağmen kontrol edilemeyen ateşi olan 5. Kemik iliği aspirasyonunda amastigot fark edilmesiyle ilk doz amfoterisin sonrası klinik düzelme saptanan hasta takdim edilmiştir

OLGU: 16 aylık erkek hasta ateş, kusma, halsizlik, solukluk şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde hiperbillirubinemi nedeniyle fototerapi tedavisi ve 1,5 aylıkken düşme sonucu kafatası fraktürü öyküsü mevcut idi. Fizik muayenesinde genel durumu düşkün, hepatosplenomegalisi saptandı ve diğer sistem muayeneleri doğal idi. Laboratuvar değerlerinde pansitopeni, akut faz reaktan yüksekliği, hipalbuminemi, hipokalsemi, ferritin ve trigliserid yüksekliği saptandı. Karaciğer fonksiyon testleri, fibrinojen normaldi. Hastanın periferik yaymasında malign hücre yoktu, hemofagositik 2 hücre görüldü. Hastanın kemik iliği aspirasyonu periferik yayma ile uyumlu idi. Hastaya HLH-2004 protokolü başlandı. Hastanın genel durumunda değişiklik olmaması ve ateş kontrol altına alınamaması üzerine HLH reaktivasyonu düşünülüp protokol tekrarlandı. Hastanın kliniğinde düzelme olmadı. Hastanın yapılan 5. Kemik iliği aspirasyonunda amastigotların fark edilmesi üzerine hastaya amfoterisin başlandı. İlk dozdan itibaren ateşi gerileyen, klinik iyileşme gözlenen hastanın çocuk hematoloji kliniğinde takibine devam edildi.

SONUÇ: Genel durum düşkünlüğü, uzun süreli düşmeyen ateş ve hepatosplenomegali ile seyreden olgularda kala azar gibi nadir görülen bulaşıcı parasitik hastalıklar da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: KALA AZAR, HLH, HEPATOSPLENOMEGALİ



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-108

Nötropeni Hastalarımızın Değerlendirilmesi

Ezgi Çelikboya¹, Zeynep Yıldız Yıldırım², Dildar Bahar Genç²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Nötrofiller konak savunmasında ve akut enfamasyonda önemli role sahip hücrelerdir. Nötrofil sayısı azaldığında enfeksiyonlara eğilim artar. Nötropenik hastaların kliniği birbirinden farklıdır, altta yatan nedene bağlı olarak hiç enfeksiyon geçirmeyebilir veya hayatı tehdit eden enfeksiyonlar görülebilir. Nötropeni, mutlak nötrofil sayısının iki hafta ile bir yaş arasında 1000/mm³'ün altında olması, bir yaştan itibaren 1500/mm³ altında olması olarak tanımlanmaktadır. Nötropeni etiyolojisinde birçok neden bulunsada en sık olarak enfeksiyonlara sekonder olarak gelişmektedir. Biz bu çalışma ile hastanemiz çocuk hematoloji kliniğinde takip edilen nötropeni olgularının başvuru bulguları, nötropeni etiyolojileri ve izlemdeki klinik sonuçlarını değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk hematoloji polikliniğinde Ocak 2015- Ocak 2018 tarihleri arasında nötropeni nedeniyle izleme alınmış olan hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Başvuru yaşı ve cinsiyetleri, şikayetleri, fizik muayene bulguları, tam kan sayımı parametreleri, C-reaktif protein, periferik yayma bulguları, izlemdeki nötrofil sayıları, izlem süreleri ve hastaların prognozları araştırıldı.

BULGULAR: Yaşları 1 ay ile 16 yaş arasında değişen, 29'u erkek, 22'si kız toplam 51 hasta değerlendirmeye alındı. Hastaların başvuru nötrofil sayıları 10 ile 1400 arasında değişmekteydi, ortalama 705/mm³, (SD:/mm³) saptandı. Hastaların iki ile 36 arasındaki (ortalama 14.5, SDS:2.7 ay) izlem süresi sonrasında 27'si (%52)'nde enfeksiyona sekonder nötropeni (2'sinde (%3,9) EBV'yesekonder, 2 (%3,9) hastada ciddi bakteriyel enfeksiyona sekonder), 9'unda (%17,6) otoimmün nötropeni, 4'ünde (%7,8) alloimmün neonatal nötropeni, 4'ünde (%7,8) hemofagositoz, 2'sinde (%3,9) immün yetmezlik, 3'ünde (%5,8) kostmann sendromu, 2'sinde siklik nötropeni saptandı.

SONUÇ: Çocuk sağlığı izleminde sık rastlanannötropeni olgularında ayrıntılı öykü ve fizik muayene, laboratuvarbulgularıyanında aile öyküsü ve hastanın daha önce yapılmış tam kan sayımı parametrelerinin incelenmesi basit bir tam kan sayımından G-CSF kullanımına ve hatta kemik iliği nakline kadar değişebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: nötropeni, enfeksiyon, konjenital nötropeni, siklik nötropeni

PP-109

Hereditör Sferositoz Tanısıyla Takip Ettiğimiz Hastaların Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Ezgi Çelikboya¹, Neslihan Kara¹, Zeynep Yıldız Yıldırım²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

GİRİŞ: Hereditör sferositoz eritrositlerin hücre membranı proteinlerindeki hasar nedeniyle oluşan eritrosit şekil bozukluğu (sferosit) ile karakterize, hemolize yatkınlık, anemi, splenomegali ve sarılık bulgularıyla seyreden hastalıktır.

Bu çalışma ile çocuk hematoloji polikliniğinde hereditersferositoz tanısıyla takip edilen hastaların tanı yaşı, özgeçmiş ve soygeçmiş bilgileri, klinik izlem durumlarını belirlemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Hastanemiz çocuk hematoloji polikliniğinde Ocak 2015- Ocak 2018 tarihleri arasında hereditersferositoz tanısıyla düzenli takip edilen hastaların dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Başvuru yaşı ve cinsiyetleri, şikayetleri, özgeçmiş ve soygeçmiş özellikleri, fizik muayene bulguları, tam kan sayımı parametreleri, periferik yayma bulguları, osmotik fragilité testi sonuçları, transfüzyon öyküleri ve splenektomidurumları araştırıldı.

BULGULAR: Yaşları 1 gün ile 13 yaş arasında değişen (ortalama 6,5 yaş, SDS:1.7) 25'i erkek, 18'i kız toplam 43 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların 13'ü (%30) sarılık yakınması ile başvurmuş, başvuru anında splenomegalisi mevcuttu. Hastaların 31'i (%72) yenidoğan döneminde erken başlayan/patolojik sarılık öyküsü, 25'inde (%58) ailede benzer öykü, 23'ünde (%48) ailede splenektomi, 10'unda (%23) ailedekolesistektomi öyküsü mevcuttu. Yenidoğan döneminde hiperbilirubineminedeniyle kan değişimi yalnızca iki hastada gerekli olmuştu. Hastaların başvuru anı hemoglobinleri 3 ile 13.5 gr/dl aralığında (ortalama 6.5, SDS:1.9), ortalama mcv değeri 80, ortalama mchc değeri:34,7, ortalama retikülosit değeri %4,68 olarak tespit edildi. İzlem süresinde 7 (%16,2) hastanın transfüzyon ihtiyacı olmamışken, 8 (%18,6) hasta düzenli transfüzyon ile izlenmekteydi. İzlemlerine göre transfüzyon sıklığında artış ve sık hemolitik atak saptanan 22(%51) hastada splenektomi uygulandı. Splenektomi uygulandığındaki yaş aralığı 5 ile 16,5, aralığında değişmekteydi.

SONUÇ: Hereditersferositoz, yenidoğan döneminde derin anemi ve hiperbilirubinemi, daha ileri yaşlarda hemolitik ve aplastik krizler ile hayatı tehdit eden durumlara yol açması nedeniyle önemli bir kalıtsal hemolitik anemi tipidir.

Anahtar Kelimeler: hemolitik anemi, hiperbilirubinemi, splenomegali, hereditör sferositoz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-110

Karın ağrısı ile ortaya çıkan 6 yaşında kronik myelositer lösemi

Merve Kömürcü, Zeynep Türk, İlknur Kurt, Esra Arslantaş, Ali Ayçiçeği, Cengiz Bayram, Ezgi Paslı Uysalol
Kanuni Sultan Süleyman EAH, Çocuk hematoloji ve Onkolojisi
Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Kronik miyeloid lösemi(KML), çocuklarda nadir görülmekle beraber tüm KML hastalarının %10'unu, çocukluk çağı lösemilerinin %1-3'ünü oluşturmaktadır. Çocuk ve ergenlerde ortalama tanı yaşı 12,5 (1-18) yıldır. Bu makalede burun kanamasıyla başvuran 6 yaşında çocukluk çağı KML vakası sunuyoruz.

OLGU: 6 yaşında erkek hasta, karın ağrısı, burun kanaması şikayetiyle dış merkeze başvurmuş, fizik muayenesinde splenomegali saptanmış, hemogramında nötrofil hakimiyetinde lökositozu saptanmış, periferik yaymasında myeloid seri hücreleri görülmesiyle akut lösemi ön tanısı ile tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenesinde dalak inguinale uzanmış, kotaltı 15 cm ele geliyordu. Yapılan batın usg: dalak uzun aksı 168 mm, karaciğer 111 mm ölçüldü, hb: 8.9, wbc:57130/ mm³, neu:38.800/mm³, bazofil:2580/mm³, ldh:942, ürik asit:2.2, fosfor:5.1 saptandı. Yapılan periferik yaymasında myeloid seri öncü hücreleri ve bazofili saptandı, kemik iliği aspirasyon incelemesinde hiposellüler, eritroid, myeloid seride kesintisiz maturasyon, <%5 oranında immatür hücre izlenmekteydi, tipik myeloid blasta rastlanmadı. Hastanın kemik iliği aspirasyonu materyalinden gönderilen sitogenetik tetkiklerinde Philedelphia kromozomu %91 pozitifdi.Hastaya imatinib ve hidroksiüre tedavisi başlandı. Hücre düzeyleri tedricen düştü.

SONUÇ: KML, çocuklarda nadirdir, kronik fazda tanı alır.* Vakamız yaş olarak küçük olmakla alevlenme fazında tanı almıştır. Klinik olarak genel yorgunluk (%45), kilo kaybı (%17,5), ateş bulunurken vakamızda splenomegaliye bağlı karın ağrısı ön plandadır. Lökosit sayısı 100.000/μL üzerinde, formülünde de immatür miyeloid formlar hakimdir. Literatürdeki gibi vakamızda da bazofili, trombosit sayısında yükseklik, kemik iliğinde normal miyeloid maturasyon, miyeloid:eritroid oranında artma, displastik bazofililer bulunmaktadır. Vakamızda alevlenme fazında olmasına rağmen tipik blasta rastlanmaması önemli bir bulgudur. Tedavide busulfan ve hidroksiüre tedavisi yerini tirozinkinaz inhibitörlerine bırakmıştır. Vakamızda hidroksiüre ve imatinib tedavisiyle hastalık kontrol altına alınmış, kısa sürede hidroksiüre kesilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Karın ağrısı, Lösemi, Myeloid seri

PP-111

Konjenital Horner Sendromu ile bulgu veren nöroblastom, olgu sunumu

Lida Bülbül, Yunus Emre Sarı, Zülfikar Gördü, Canan Hasbal Akkuş, Sebahat Tülpar, Nevin Hatipoğlu, Sami Hatipoğlu
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Nöroblastoma, adrenal medulla veya sempatik ganglionlarda bulunan primordial nöral krest hücrelerinden köken alan, çocukluk çağının en sık ekstrakranial solit tümörüdür. Hastaların %90'ı beş yaşın altındadır. Burada konjenital horner sendromu ile klinik bulgu veren nöroblastom olgusu sunulmuştur.

OLGU: Yedi aylık erkek hasta ateş şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde 3520 gr olarak sezaryenle doğmuş, prenatal- postnatal sorun yaşanmamıştı. Sol göz kapağında düşüklük nedeni ile göz hastalıklarından takipli idi. Sol gözde pitozis ve miyozis dışında nörolojik muayenesi ve diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan sayımında WBC:19800 (%62PNL; %32lenfosit, %6monosit), hb:9.4g/dl, MCV:79, plt:442000 idi. Karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyon testleri, kan elektrolitleri normal, CRP:24mg/dl saptandı. İdrar tetkikinde 136 lökosit/HPF, nitrit (+) idi. Hasta idrar yolu enfeksiyonu ile yatırılarak seftiakson 100 mg/kg/gün ve IV hidrasyon tedavisi verildi.İdrar kültüründe E.Coli 100.000 üzeri koloni üredi. Hastanın doğumundan beri var olan sol göz kapağı düşüklüğü açısından çekilen AC filminde sol üst hemitoraksta düzgün sınırlı opasite olması üzerine Horner sendromuna neden olabilecek patolojiler açısından MRG çekildi, üst torakal düzeyde arka mediastende solda izlenen ve nöral foramenlere doğru uzanım gösteren kitlesel lezyon nörojenik kaynaklı 34x25x20 mm boyutunda tümöral kitle (nöroblastom?) saptandı. İdrarda katekolaminler (VMA,HVA,5-HIAA) normal, NSE:27.6ng/ml (N<25) saptandı. Kemik iliği aspirasyon ve biyopisinde patoloji saptanmadı. Hastanın nöroblastom ön tanısı ile gönderildiği dış merkezde kitleye yapılan tru-cut biyopsi sonucunun nöroblastomla uyumlu olması üzerine kemoterapi başlandı.

SONUÇ: Nöroblastomda tümörün yerleşimine, metastatik yayılıma ve paraneoplastik sendromlara bağlı olarak çok farklı klinik bulgular görülebilir. Çoğunlukla primer tümör abdomende görülür (%65) ve asemptomatik abdominal kitle ile bulgu verir. Bebeklerde servikal ve torasik primer tümör daha fazla görülmektedir. Baş-boyun ve torasik yerleşimli nöroblastomda Horner sendromu görülebilir. Bu olgu ile nöroblastomun Horner sendromunun içinde olduğu çok farklı klinik bulgular ile başvuruabileceği ve hangi tanı ile yatarsa yatsın tüm hastalarda dikkatli bir öykü, fizik muayene ve konjenital dahi olsa tüm bulguların daha dikkatli bir şekilde ele alınması gerektiği vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: nöroblastom, horner sendromu, süt çocuğu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-112

Süt çocukluğu döneminde yeni bir anemi nedeni:Sülük

Asuman Kırıl, Gülşah Pirim, Maral Özkaya, Gizem Höyük
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

Brakial pleksus paralizisi nedeniyle takip edilen 14 aylık bebek preoperatif hazırlıkları için alınan tam kan sayımında hemoglobin 4.4 gr/dl olması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Anamnezinde ailesinin alternatif tıp yöntemi olarak paralizisine yönelik sülük tedavisine başvurduğu ve daha çabuk etkilemesi amacıyla sülük sayısını 10'a kadar çıkardığı öğrenildi. Son zamanlarda üst solunum yolu enfeksiyonu geçiren hasta süt çocuğu servisine yatırıldı. Fizik muayenesinde ateşi koltuk altı 37.8 C, KTA:180/dk, cilt ve mukozalar belirgin soluktu, karaciğer midklaviküler hatta 2 cm ele geliyordu. Laboratuvar tetkiklerinde Hb:4.2 mg/dl, WBC:9700, Plt:241.000/mm³, lenfosit hakimiyetinde ve biyokimyasında özellik yoktu. Hepatit markerları ve anti HIV negatif idi. Hastanın anemi parametrelerinde Demir:27 ug/dl, TIBC:470 ug/dl, UIBC:443 ug/dl, düzeltilmiş retikülosit %1, Direkt coombs negatif, 25 OH vit D:12.7 ng/ml, ferritin:13.18 ng/ml, Vit B12<83 pg/ml olarak saptandı. Periferik yaymasında hipokrom mikrositer anemisi, nutrisyonel anemi zemininde akut kan kaybına bağlandı. Hastaya 20cc/kg dan eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Transfüzyon sonrası hastaya demir, vit B12 ve vit D replasmanı başlandı. Anne ve baba beslenme ve alternatif tıbbın komplikasyonları yönünde uyarıldı. Bu poster süt çocukluğunda nadir görülen bir kan kaybı nedeni olarak kontrolsüz alternatif tıbbın kullanılmasının sakıncalarını dile getirmek amacıyla sunduk.

Anahtar Kelimeler: Süt çocuğu, Anemi, Sülük

PP-113

Hiperlökositoz ile başvuran bir akut myeloid lösemi olgusu

Fatmakhanim Osmanova¹, Ayşe Şahin¹, Zeynep Yıldız Yıldırım²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi, İstanbul

AMAÇ: Hiperlökositoz, periferik kanda lökosit sayısının 100.000/mm³ üzerinde olması ile tanımlanmaktadır. Çocukluk çağı lösemilerinin %5-20'sinde görülebilmektedir. Lökositaz ise hiperlökositozun neden olduğu viskozite artışı sonucu organ disfonksiyonu gelişmesi durumudur, onkolojik acil bir durumdur, bu hastalarda tedavi; yeterli hidrasyon sağlanması ve lökoferez uygulanmasıdır. Lenfadenopati çocukluk çağına sık görülen, çocukluk çağına doktora en sık başvuru nedenidir. Genellikle benign sebeplerle olur, ancak bazı malign hastalıkların ilk bulgusu gibi dikkatle değerlendirilmelidir. Burada; lenfadenopati tanısı ile dış merkezde iki kez antibiyoterapi uygulanan ve tam kan sayımında beyaz küre sayısının 170000/mm³ tespit edilmesi üzerine hastanemize yönlendirilen 17 aylık kız hasta sunulmuştur.

OLGU: 17 aylık kız hasta ensesinde şişlik şikayeti ile başvurduğu dış merkezde lenfadenopatitanısıyla bir ay arayla iki kez nonspesifikantibiyoterapi uygulanmış, ikinci antibiyotik tedavisinin üçüncü gününde dudaklarda yüzde şişlik şikayeti olması üzerine başvurduğu aynı merkez tarafından yapılan tam kan sayımında beyaz küre sayısının (BKS): 172000/mm³ tespit edilmesi üzerine hastanemize yönlendirilmiştir. Hasta prenatal takipli, zamanında normal vajinal yolla doğmuş, perinatal, postnatal sorunsuz, büyüme gelişme yaşları ile uyumlu, Fizik muayenede ağırlık:10.5 kg (50persentil), boy:82cm(25-50persentil), genel durum orta, bilinci açık, koopere, kalp tepe atımı:98/dk, solunum sayı:22/dak idi. Oksipital 2-3 tane (1.5cm), servikal bir tane (1.5 cm), inguinal 5-6 tane(0.5cm) lenfadenopatisi mevcut idi. Karaciğer 4 cm ele geliyordu, dalak ele gelmiyor, traube kapalıydı. Diğer sistem muayenesi doğaldı. Tam kan sayımında BKS: 207.000/mm³, PNL: sayılmadı, hemoglobin(Hb): 8,8g/dl trombosit(PLT):76000/ml, ürik asit: 2,78 mg/dl saptandı. Hastaya alkali hidrasyon, ürikoliz tedavisi başlandı. Çocuk Hematoloji tarafından periferik yayma; %90 M 5 tipi myeloblast, diğer serilerde belirgin baskılanma, eritrosit morfolojisi normal ve akut myeloid lösemi ile uyumlu olarak değerlendirildi. BOS incelemesi normal sınırlardaydı, kemik iliği incelemesi sonucu AML M 5 tanısı aldı ve hastanın tedavisi devam etmektedir. **SONUÇ:** Hiperlökositoz acil onkolojik bir durumdur ve nadir görülmektedir, tanı ve tedavi gelişebilecek hayati komplikasyonlar açısından önemlidir. Lenfadenopatiler genel pediatri pratiğinde polikliniğe genellikle benign nedenlerle karşımıza çıkmakla birlikte acil müdahale gerektiren bir malign hastalığın habercisi olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: lökositoz, lösemi, lenfadenopati



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-114

Periorbital yerleşimli Hemanjiyom olgusu

Nefise Kahraman¹, Sema Vural²

¹Şişli Hamidiye Etfal eğitim araştırma hastanesi, Çocuk sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal eğitim araştırma hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Ana bilim dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: İnfantil hemanjiyomlar çocukluk çağında en sık karşılaşılan vasküler tümörlerdir. İnfantil hemanjiyomlar genellikle benign ve kendi kendini sınırlayan bir seyre sahip olmalarına rağmen ülserasyon ve kalıcı şekil bozukluklarına yol açabilirler. İnfantil hemanjiyomun eğer hayati yapı ve fonksiyonlara engel olma potansiyeli varsa tedavi edilme endikasyonu vardır. Buradaki olguyu periorbital yerleşimli bir olgunun görme alanını engellemesi nedeniyle tedavisinin ve takibinin düzenlenmesi açısından sunmak istedik.

OLGU: 2 aylık kız hasta sol gözde şişkinlik yakınması ile başvurdu. Öyküsünde 15 günlükken sol gözün üstünde oluşan kitlenin zamanla büyümeye başladığı öğrenildi. Sol göz kapağında 3x2 cm boyutunda üzerinde telenjektazileri olan deriden kabarık yumuşak kıvamlı kitle gözlemlendi. Hemanjiyom ön tanısı ile çocuk hematoloji ve onkoloji servisine yatırıldı. 34. gestasyonel haftada ikiz eşi olarak doğan bebek postnatal 1 hafta yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş. Anne-baba arasında 4. derece akraba evliliği mevcutmuş. Fizik muayenesinde sol göz kapağındaki lezyonu dışında özellik yoktu. Hastanın yapılan yüzeysel doku ultrasonunda sol kaş lateral kesimde en geniş aksiyel çapı 22x8 mm ölçülen RDUS incelemede hipervasküler hemanjiyom lehine değerlendirilen lezyon alanı saptandı. Hastanın yapılan batın ultrasonu normal olarak değerlendirildi. Göz hastalıklarına konsülte edilen hastaya takip önerildi. Hastaya propanolol verilmesi planlandı. Çocuk kardiyojiye danışılan hastanın yapılan ekosunda PFO, EF %67, FS %35, EKG normal sinüs ritmiydi. 3 ay sonra kontrol önerildi. Hastaya 0.25mg/kg propanolol başlandı. Kan şekeri ve tansiyon takibi regüle saptandı. Propanolol dozu 0.5mg/kg olacak şekilde devam edildi. 2mg/kg 2 doz şeklinde düzenlenen hastanın kan şekeri ve tansiyon takiplerinde problem saptanmadı. Hastaya kraniyal ve orbita mr planlandı. Çekilen mr sonucu 21x10x9 mm boyutunda hemanjiyom ile uyumlu kitle saptandı. Hasta, propanolol tedavisi düzenlenerek taburcu edildi. Takiplerinde hastanın hemanjiyom boyutu geriledi.

SONUÇ: İnfantil hemanjiyomlar doğum sırasında çoğunlukla farkedilmez. En sık yerleşim yerleri baş boyun bölgesi olup kız bebeklerde erkeklerden 2-3 kat daha fazla görülür. Tedavide propanolol kullanılmakta olup hasta hipotansiyon, bradikardi, hipoglisemi, bronkospazm gibi yan etkiler açısından takip edilmelidir. Term bebeklerde 8 haftanın altı, preterm bebeklerde postkonsepsiyonel 48. gestasyonel hafta altı, komorbid durumlar oluşturabilecek kardiyak veya respiratuar hastalığı olanlar, semptomatik hava yolu hemanjiyomu olan hastalara hastane yatışı ve tedavi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiyom, Propanolol, ultrason

PP-115

Vena Kava Süperior Sendromu: Olgu Sunumu

Ümran Genç¹, Ali Ayçiçek²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman

Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Vena kava süperior sendromu (VKSS), kanın vena kava süperior (VKS) yoluyla sağ atriuma boşalmasında obstrüksiyon bulunması nedeniyle gelişen klinik bulgu ve semptomları içeren bir tablodur. Mediastinal kitlelerin vena kava süperior'a basısı sonucu oluşabilmektedir. Bu olguda Hodgkin Lenfoma tanısı alan hastamızda gelişen VKSS sunulmaktadır.

OLGU: 14 yaşında erkek hasta, halsizlik, nefes almada zorluk, kilo kaybı ve göğüs ön duvarında şişlik nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde bilinç açık, huzursuz görünümde, kalp atımları ritmik, taşikardisi ve üfürümü yoktu. Solunum sesleri doğal, batını rahatı. Hepatosplenomegalisi ve lenfadenomegalisi olmayan hastanın göğüs ön duvarında şişliği mevcuttu. Baş ve omuzları içeren bölgede pelerin tarzında ödemi mevcuttu. Aynı bölgede kızarıklık ve ısı artışı yoktu. Tetkiklerinde ise hgb: 11.5 mg/dl, wbc: 9900 hc/mm3, plt: 480000 hc/mm3, LDH: 189 U/L, sedimentasyon: 28 mm/saat idi. PA akciğer görüntülemesinde mediastende genişleme saptanan hastanın ekokardiyografik değerlendirilmesinde perikardiyal effüzyon olduğu görüldü. Vena kava süperior sendromu tablosunda olan hastanın mediastenden alınan tru-cut biyopsisi sonucunda klasik nodüler sklerozan Hodgkin Lenfoma olduğu saptandı. PET-CT'de servikal, mediastinal ve abdominal tutulumu olan hasta evre-3b kabul edildi. Hasta, 6 kür kemoterapi ve 1 kür radyoterapi sonrasında semptomsuz izlenilmektedir.

SONUÇ: Hematolojik ve onkolojik maligniteler içerisinde özellikle ön mediasten tutulumu olan olgularda, kitlenin bası etkisiyle vena kava süperior akımını bozarak VKSS'na sebep olabileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hodgkin lenfoma, ön mediasten, vena kava süperior sendromu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-116

Akut Bronşiyolit Olgusu

Döndü Koçak Kaymaz, Eda Ertaş
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği,
İstanbul

AMAÇ: Akut bronşiyolit küçük hava yollarının enflamatuvar obstrüksiyonundan kaynaklanan özellikle süt çocuklarında görülen alt solunum yolu enfeksiyonudur. Genellikle etyolojide viruslar sorumludur. Başlangıçta 3-5 gün süren burun akıntısı, hafif öksürük görülür. Bu bulguları hışıltı, öksürük, wheezing, dispne, iritabilite izler. Ateşi hafif ya da çok yüksek olabilir. Hastalık sık görülebildiği gibi ciddi solunum yetmezliğine yol açabilmektedir. Olgu sunumumuzdaki amacımız ciddi solunum yetmezliği gelişen hastaların bakım, tedavi ve taburculuk aşamasındaki yoğun hemşirelik bakımının önemini vurgulamaktır.

OLGU: 51 günlük erkek hasta öksürük, hırıltı, ateş şikâyetleri ile acil servisimize başvurmuş. Hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla Çocuk Enfeksiyonklinikine yatırıldı. Monitörize edilen hastanın odahavasında SpO2 değeri % 88 tespit edilince rezarvuvarlı maske ile oksijen verildi. Sık aralarla vital bulguları alındı. Order edilen tedavisi uygulandı. Yatışının 3. gününde alınan kan gazı sonucu ve fizik muayene bulgularına göre hastamıza yüksek akımlı nazal kanül oksijenasyon tedavisi uygulanmaya başlandı. Sık aralarla kan gazı kontrolü yapıldı. Ailesine psikolojik destek sağlandı. Hastanın izleminde ateşi 38,6 °C'ye kadar yükseldi. Gözlerde çapaklanma gözlemlendi. Buna yönelik hemşirelik bakımı uygulandı. Yatışının 11. gününde solunum sıkıntısı bulgularının gerilemesi ve kan gazı değerlerinin düzelmesi üzerine yüksek akımlı nazal kanül oksijenasyon tedavisi kesildi. Yatışı süresince hastamıza öz bakım eksikliğine, beslenme yetersizliğine, ağrıya, yetersiz hava yolu temizliğine, gaz değişiminde bozulmasına, ısı disregülasyonuna, aspirasyon ve düşme riskine yönelik hemşirelik girişimleri uygulandı. Taburculuk aşamasında hastamızın ailesine hastalığının tekrarlamaması ve erken teşhis edilmesi için hemşirelik eğitimi verildi. Yatışının 12. gününde solunum sıkıntısı bulguları tamamen gerileyen, ateşi olmayan, beslenmesi düzelen hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Akut bronşiyolit özellikle süt çocukluğu döneminde görülen ağır solunum yetmezliğine yol açan bir hastalıktır. Bu süreçte hemşireler hastaların izlem, bakım, tedavi ve taburculuk aşamasında önemli rollere sahiptir. Çocuk servisinde çalışan hemşirelere kurumlarınca akut bronşiyolit tanılı hasta izlemi konusunda hizmet içi eğitim verilmeli ve yeterli hemşire istihdamı sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bronşiyolit, çocuk, hemşirelik yaklaşımları

PP-117

Sydenham Koresi

Merve Akkaş, Rıdvan Avcı, Leyla Çakmak Esen, Semih Ayta, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Sydenham koresi akut romatizmal ateş'in major komplikasyonlarından biridir ve çocuklardaki edinisel kore nedenlerinden en sık görülenidir. Antistreptokokal antikorların bazal ganglionlarda çapraz reaksiyona girmesi ve inflamasyon oluşturmalarıyla ortaya çıkar. Bu nörolojik bozukluk, gövde ve ekstremitelerde istemsiz, hızlı ve sıçrayıcı hareketler, dilde istemsiz kasılma, kas güçsüzlüğü, ince motor hareketlerde bozulma (el yazısında bozulma, düğme ilikleyememe vb.) ve duygusal bozukluklar (hiperaktivite, ağlama ve gülme atakları vb.) ile meydana gelir. Burada Sydenham koresi ile başvuran ve akut romatizmal ateş tanısı konulan bir olgu sunuldu.

OLGU: 12 yaşında kız hasta iki gündür devam eden istemsiz hareketler, konuşmada yavaşlama şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hasta sözcükleri uzatarak yüksek sesle konuşuyor, yüzü ve ekstremiteleri içeren istemsiz hareketler yapıyordu. Ciddi anksiyetesi vardı. Öyküsünde bilinen bir hastalığı olmayan hastanın fizik muayenesinde her iki ayak bileğinin hassas ve ödemli olduğu saptandı. Kalp oskültasyonunda 2/6 üfürüm duyuldu. Solunum sesleri, gastrointestinal ve genitoüriner sistem muayeneleri normaldi. Ateş 37 °C idi. Laboratuvar incelemelerinde; Hemoglobin 11.1 gr/dL, lökosit 12.650/mm³, trombosit 461.000/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı (ESH) 111 mm/saat, C-reaktif protein (CRP) 72.4 mg/dL, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, elektrolitleri ve idrar tetkiki normaldi. Antistreptolizin O (ASO) testi 2077 iu/ml saptandı. Hastanın elektrokardiyogramında PR mesafesi 0.25 sn idi. Koreaoatetoz hareketleri ve üfürüm sebebi ile kranyal MR görüntülemesi ve ekokardiyografisi yapıldı. Kranyal MR normaldi. Ekokardiyografide MVP, MY, hafif AY saptandı. Akut romatizmal ateş tanısı konulan hastaya Sydenham koresi için valproik asit, karditi için prednisolon, enalapril maleat, furosemid tedavisi başlandı. İlk doz benzatin penisilin yapıldı, üç haftada bir profilaksiye devam edilmesi önerildi. Valproik asit ile bir gün içerisinde hastanın koresi tamamen düzeldi. Hastanemiz pediatrik kardiyoloji ve pediatrik nöroloji bölümü tarafından takibe alındı.

SONUÇ: Kore ile başvuran 5-15 yaş arası kız çocuklarda en sık sebep ARA'dır. SLE, Wilson hastalığı ve ilaç reaksiyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Kore ARA'nın geç bir bulgusu olup sıklıkla kardit ile birliktedir. Tedaviye yanıt iyidir.

Anahtar Kelimeler: kore, kardit, valproik asit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-118

Nadir görülen bir arkus aorta anomalisi ve digeorge sendromu birlikteliği

Nazlıcan Çivilibal¹, Helen Bornaun², Kazım Öztarhan², Elif Yılmaz Güleç³, Alper Gezici³

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: DiGeorge sendromu (DGS) timus hipoplazi/aplazisine bağlı immün yetmezlik, kardiyovasküler anomaliler, damak defektleri, öğrenme güçlüğü, hipoparatiroidizm ve karakteristik yüz görünümü ile prezente olan, bir mikrodesezon sendromudur. DGS'li hastaların büyük bölümünde nöral krest gelişim anormalliklerinden kaynaklanan, kesintili aortik ark, trunkus arteriozus, Fallot tetralojisi ve büyük arterlerin transpozisyonu gibi konotrunkal kalp anomalisi saptanır. Bu bildiride oldukça ender görülen bir arkus aorta anomalisinin eşlik ettiği bir DGS hastası sunulmuştur.

OLGU: 13 aylık erkek hasta, özgeçmişinde SGA doğum ve postnatal ilk haftasında solunum sıkıntısı sebebiyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü mevcut. Çocuk kalbinde üfürüm duyulması, sık alt solunum yolu enfeksiyonu öyküsü ve gelişim geriliği nedeniyle değerlendirilmesi için kliniğimize refere edilmiş. Başvuru anında kilo 7200 gram, boy 70 cm olan (<3.persentil) hastanın doğumda 2500 gram ve 37 cm olduğu ve son 7 ayda kilo almadığı öğrenildi. Atipik yüz görünümü olan olgumuzda nöromotor gelişim geriliği saptandı. Ayrıca, pulmoner odakta 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Klinik bulgular açısından yapılan ileri tetkiklerinde olguya kardiyak patoloji açısından ekokardiyografi yapıldı. Ekokardiyografide 7 mm çapında sekundum ASD, restriktif PDA, sağ arkus aorta ve doppler ekoda sol pulmoner arterden ayrılan geniş olmayan akım görüldü. Çekilen Toraks BT anjiyografide diğer bulgulara ek olarak, sol pulmoner arterden köken alan sol subklavian arter ve subklavian kaçış sendromu tespit edildi. Boyun USG'de, timus aplazisi saptandı. Hasta DGS şüphesi ile tıbbi genetik bölümüne konsülte edildi. FISH metoduyla 22q11.2 bölgesinde delezon saptandı. Hastamız DGS tanısıyla multisistemik yönden çocuk kardiyoloji, tıbbi genetik, çocuk endokrinoloji, çocuk immünoloji, çocuk psikiyatri, göz ve KBB kliniklerinden takip edilmeye başlandı.

SONUÇ: Yapılan birkaç çalışmada DGS'nin çeşitli kardiyovasküler hastalıklarla özellikle konotrunkal anomaliler ile ilişkili olduğu bildirilmiştir.

Bizim DGS olgumuz oldukça nadir görülen bir kardiyak anomali ile prezente olmuştur.

Sonuç olarak fasiyal dismorfizm ve/veya mental - motor gelişim geriliği olup özellikle arkus aorta anomalisi olan her çocukta DGS olasılığı akla getirilmeli ve gerektiğinde tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: arcus aorta, digeorge sendromu, sol subklavian

PP-119

Bir olgu nedeni ile; Akut Romatizmal Ateş ve Henoch Schönlein Purpurası birlikteliği

Kamil Şahin, Rıdvan Avcı, Murat Eevli, Hatice Nilgün Selçuk Duru S.B.Ü. Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği, Fatih, İstanbul

GİRİŞ: ARA (Akut Romatizmal Ateş) Grup A streptokok (GAS) farenjitini takiben kalp, deri, eklem, beyin ve damarları tutan inflamatuvar bir hastalıktır. Çocuklarda en sık görülen vaskülit olan HSP'nin (Henoch Schönlein purpurası) etiyolojisinde infeksiyonların rol aldığı düşünülmekte olup, patogeneizde, immün globulin A (IgA) önemli rol oynamaktadır.

Biz de, ARA ve HSP birlikteliği olan bir olguyu, nadir görülmesi ve HSP etiyolojisinde GAS'ın da, yer alabilmesine dikkat çekmek amacı ile sunmaktayız.

OLGU: 13 yaşında erkek hasta, 5 gün önce başlayıp, tüm vücuda yayılan döküntü sonrası eklem ağrılarının da olması şikayeti ile hastanemize başvurdu. Hastada, tüm vücutta yaygın purpurik döküntüler mevcuttu. Aort odağında 2/6 şiddetinde üfürümü ve her iki diz ve ayak bileklerini tutan gezici tarzda artralji belirlendi. Artrit bulgusu yoktu ve ateş olmadı.

Labaratuvar tetkiklerinde, lökosit 11,180/ mm³, CRP 206 mg/L, sedimentasyon 126 mm/saat, ASO: 632 IU/mL bulundu. Ekokardiyografide hafif aort yetmezliği saptandı. Hastanın cilt biyopsisi HSP ile uyumluydu. Jones kriterlerine göre bir major (aort yetmezliği) iki minor kriter (artralji ve akut faz yüksekliği) ve destekleyici bulgu (ASO) ile ARA tanısı kondu. Hastaya salisilat tedavisi başlandı. Tedavinin ikinci gününde eklem ağrıları ve sedimentasyon-CRP değerleri geriledi.

TARTIŞMA: HSP, gastrointestinal sistem, böbrek, eklem ve cildi tutan bir vaskülitir. HSP hastalarının yaklaşık yarısında, öncesinde üst solunum yolu enfeksiyonu, özellikle de, streptokok enfeksiyonu olması, HSP'nin enfeksiyonlarla ilişkisini düşündürmektedir. Japonya'daki bir çalışmada HSP nefritlerinde GAS antijenlerinin varlığından söz edilmiştir. Hastamızdaki döküntü atipik olduğu için tanı biyopsi ile doğrulandı. Literatürde, ARA artritli olan hastaların %83'ünde tekeklemler tutulumu varken, hastamızda dört eklem tutulumu mevcuttu. HSP'de kalp tutulumu, daha çok miyokard tutulumu şeklinde bildirilmiştir. HSP ve ARA'nın aynı hastada eş zamanlı olarak ortaya çıkabileceğini ve iki hastalığın etiyolojisinde benzer faktörlerin rol oynayabileceğini desteklemesi açısından ilginç bir olgudur. Sonuç olarak, HSP li hastalarda, eklem tutulumunun atipik olduğu ve akut faz reaktanlarının yüksek olduğu olgularda, ARA da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, artrit, HSP, kardit, vaskülit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-120

Taşikardi Nedenli Kardiyomiyopati Gelişen Yedi Yaşında Hastanın Radyofrekans Ablasyon Tedavisi: Olgu Sunumu

Mehmet Karacan¹, Elif Erolu¹, Batuhan Palalıoğlu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Fokal (ektopik) atriyal taşikardi (FAT), atriyal depolarizasyonu sağlayan p dalgalarının farklı bir odaktan çıkan atımlarıyla karakterize supraventriküler taşikardinin (SVT) seyrek görülen alt tiplerinden biridir. Re-entran taşikardilere göre daha seyrek görülmesine rağmen çocuklarda taşikardi nedenli kardiyomiyopatinin en sık nedenidir. Antiaritmik ilaçlarla kontrol altına alınabilmesine rağmen kesin tedavisi ablasyondur. Kardiyomiyopati ile başvuran, sık ve sustained FAT atakları saptanan, EnSite 3 boyutlu kardiyak görüntüleme kullanılarak ablasyon yapılan ve ablasyon sonrasında kardiyomiyopatisi düzelen bir olgu sunuyoruz.

OLGU: Yedi yaşında erkek hasta, Ağrı'da yaşıyor. Sabah annesi tarafından halsiz, soluk ve sararmış bir halde bulunmuş, acile götürüldüğünde taşikardisinin olduğu saptanmış. Dış merkezde çekilen EKG'lerde dar QRS karakterli taşikardi saptanan hastanın ekokardiyografide Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) %30 olduğu tespit edilmiş, Sotalol başlanmış. Medikal tedavi ile fonksiyonları toparlayan (%70) hasta ablasyon için tarafımıza yönlendirilmiş. Gelmeden 5 gün önce antiaritmikleri kesilen hasta bize başvurduğunda yine sık sustained taşikardi atakları vardı, ve EF %48 saptandı. Ablasyon için yatırıldı, ÜSYE nedeniyle ablasyona 15 gün sonra alınabildi, ablasyon öncesi Holter'de yine çok sık SVT atakları ve SVE(Supraventriküle Erken Atım)'ler vardı (Resim 1). İşlem genel anestezi altında, EnSite 3 boyutlu haritalama sistemi ile ve hiç radyasyon kullanmaksızın hastaya ablasyon yapıldı (Resim 2). Atriyal taşikardi odağı Crista Terminalis lokalizasyonlu idi, 50 watt, 50-55 C'de ortalama ısıda radyofrekans ablasyon yapıldı, başarılı oldu. İşlem sonrası Holter'de hiç SVT saptanmayan hasta taburcu olmadan çekilen ekokardiyografide ejeksiyon fraksiyonu %68'e çıktığı saptandı. Hasta herhangi bir medikal tedavi verilmeden taburcu edildi. 15 gün sonra çekilen EKG'de SVT, SVE saptanmadı; Holter'de hiç SVE veya SVT atağı olmadığı saptandı.

SONUÇ: Supraventriküler taşikardiler, özellikle fokal atriyal taşikardiler çocuklarda taşikardiye bağlı kardiyomiyopatiye neden olabilir. Bu hastalarda antiaritmiklerle taşikardi baskılsa bile kesin tedavi metodu değildir. EnSite kardiyak 3D haritalama metodları kullanılarak çok az radyasyonla veya hiç radyasyon kullanmaksızın ablasyon çocuk yaş grubunda güvenle yapılabilir ve bu hastalarda kesin tedavi metodudur.

Anahtar Kelimeler: SVT, ablasyon, Fokal atriyal taşikardi, kardiyomiyopati

PP-121

Üç Derece AV Bloğun da Aynı Hastada Ortaya Çıktığı Akut Romatizmal Ateş Olgusu

Buşra Eybek¹, Kahraman Yakut², Elif Erolu², Mehmet Karacan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Akut romatizmal ateş (ARA); kalp, eklem, santral sinir sistemi ve subkutan dokuyu tutan otoimmün bağ dokusu hastalığıdır. Kardiyak tutulumda 1. derece atriyoventriküler (AV) blok daha sık olmak üzere farklı türlerde ritm bozuklukları görülebilmektedir. Çarpıntı ve dudaklarda morarma şikayeti ile başvuran; elektrokardiyografi(EKG)'de Mobitz tip I bloğa bağlı 2:1 iletili blok saptanan; holterde kısa süreli AV tam blok ve kaydın geri kalanında I. derece AV blok tespit edilen 15 yaşında ARA olgusu sunuyoruz.

OLGU SUNUMU: 2 hafta önce boğaz ağrısı ve ateş şikayetleri olan 15 yaşında erkek hasta çarpıntı ve dudaklarda morarma şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Fizik muayenesinde; kardiyak oskültasyonunda aritmi dışında özellik yoktu. EKG'de ventrikül hızı 74/dk olan, AV iletinin çok uzun olmasına bağlı iki P'den biri ventriküle iletilmediğinden (Mobitz tip I) 2:1 blok karakteri gösteren ritm saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde; CRP:12,6 mg/dl (N:0-0.5), ASO (anti-streptolizin O):599 IU/ml, sedimentasyon:77 mm/saat saptandı. Boğaz kültürü sterildi. Transtorasik ekokardiyografisinde orta derecede mitral kapak yetmezliği dışında patoloji yoktu, mitral kapak yetersizliği romatizmal yetersizlik karakterinde idi. Telekardiyografisinde kardiyotorasik oran %47 idi. Yatışı sonrası her iki diz eklemi ve ayak küçük eklemlerinde gezici karakterde artralji ortaya çıktı. 24 saatlik Holter'de kısa AV tam blok ve kaydın geri kalanında I. derece AV blok (PR 320 ms) ritmi saptandı. Mevcut klinik ve laboratuvar bulgularla hastada ARA düşünülerek tedavi düzenlendi (Benzatin Penisilin G 1.2 milyon IU, Naproksen), yatak istirahatine alındı. Antienflamatuvar tedavi başlangıcından bir gün sonra hastanın artralji semptomları kayboldu. Hasta yatışının 7. günü taburcu edildi, ayaktan izleme alındı. İzlemde I.derece AV blok devam etmekle birlikte PR mesafesinin belirgin kıaldığı saptandı.

SONUÇ: Akut romatizmal ateşte ritm bozuklukları, özellikle I. derece AV blok sık görülen bir bulgudur. Hastamızda olduğu gibi üç derece AV bloğun da aynı hastada ortaya çıkması nadir bir durumdur. Başta I. derece AV bloklar olmak üzere diğer AV bloklarda ARA etiyolojik neden olarak mutlaka akıld tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, I. derece AV blok, Mobitz tip I blok, AV tam blok



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-122

Bradikardi ile başvuran ve genetik olarak Jervell-Lange-Nielsen Sendromu tanısı alan 2 aylık olgu

Mandana Kariminikoo¹, Canan Yolcu², Kübra Ermiş Tekkuş³, Levent Doğanay⁴, Mehmet Karacan⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genetik Laboratuvarı, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi GLAB proje yöneticisi

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği

AMAÇ: JERVELL LAUNGE-NIELSEN sendromu, uzun QT sendromunun otozomal resesif formu olup; QT intervalinde uzama, sensorinöral işitme kaybı ile karakterizedir. Nadir görülmesi sebebi ile rutin muayene sırasında uzun QT saptanan ve genetik olarak da tanısı ispatlanan 3 aylık kız hasta sunulmuştur.

OLGU: 2ay 10 günlük kız hasta, intrauterin dönemde bradikardi nedeniyle doğum sonrası kontrole gitmiş, çekilen elektrokardiyografide (EKG) QTc uzun saptanması nedeni ile tarafımıza yönlendirilmiş. Hastanın kardiyak muayenesinde özellik yok, EKG'de ritim sinüs, Kalp Tepe Atımı (KTA) 107/dk, EKG cihazı tarafından Bazett formülüne göre ölçülen QTc 478 ms; elle ölçülen QTc ise 560 ms saptandı. Hastaya uygulanan ekokardiyografide patent foramen ovale dışında patoloji yoktu. Hastada QTc'yi uzatacak sekonder nedenler saptanmadı. Annenin çekilen EKG'sinde QTc: 446 ms, KTA:62/dk, babanın EKG'sinde QT: 458 ms, KTA:59/dk olarak saptandı. Hastanın soygeçmişinde anne-baba arasında akrabalık mevcut. Ailede ani ölüm öyküsü vardı (annenin kız kardeşi 7 yaşlarında köpekten korktuktan sonra suya düşmüş ve boğulmuş, babanın dayısı 40 yaşında aniden ölmüş, neden saptanamamış). Mevcut klinik ve laboratuvar bulguları ile hastada Uzun QT Sendromu düşünüldü. Aile bilgilendirildi. Hastanın QTc uzun olması nedeniyle 2.5 mg/kg/gün 3 dozda Propranolol başlandı. Uzak durması gereken ve QT'yi uzatan ilaçların listesi verildi. Yapılan işitme testinde sensorinöral işitme kaybı saptandı. Hastadan Uzun QT için genetik analiz gönderildi ve KCNQ1 c.1097 G/A (rs199473410) geninde homozigot mutasyon saptandı. Hastanın kliniği ve genetik sonucu Uzun QT Sendromu'nun nadir görülen otozomal resesif geçişli daha malign seyirli Jervell-Lange-Nielsen Sendromu alt tipi ile uyumluydu. Propranolol dozu 3 mg/kg/gün'e çıkıldı. Nadolol yurt dışı reçete edildi gelince Propranolol kesilerek Nadolol'e geçilmesi planlandı. Anne ve babadan genetik gönderildi. Asemptomatik seyreden hasta yakın izleme devam edilecek.

SONUÇ: Bradikardi ile başvuran infant yaş grubunda Uzun QT Sendromu her zaman akılda tutulmalı, bu hastalarda EKG'de QTc mutlaka elle ölçülmelidir. Uzun QT Sendromu'nda genetik analiz kesin tanıda, alt tipini belirlemede, prognoz tayininde gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Uzun QT sendromu, Jervell-Lange-Nielsen Sendromu, QTc, bradikardi

PP-123

Kalp Cerrahisi Merkezinde Pedyatrik Kardiyak Yoğun Bakım Ünitesinde İzlenen Olguların Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi

Erkut Öztürk¹, Okan Yıldız², Taner Kasar¹, Alper Güzeltaş¹, Sertaç Haydin²

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kalp Cerrahisi, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Bu çalışmada pediyatrik kardiyak yoğun bakım ünitesinde izlenen olguların demografik ve epidemiyolojik özelliklerini, klinik ve prognostik durumlarını geriye dönük olarak analiz etmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışmaya pediyatrik kardiyak yoğun bakımda 1 Ocak 2017- 1 Ocak 2018 tarihleri arasında izlenen olgular dahil edildi. Hastaların tıbbi verileri geriye dönük olarak dosya bilgilerine göre incelendi. Olgular kalp operasyonu sonrası izlenenler (Grup I), kalp kateterizasyonu ve anjiyografi sonrası izlenenler (Grup II), kardiyak aritmi nedeniyle izlenenler (Grup III) ve diğer nedenlerle izlenenler (Grup IV) (myokardit, pnömoni, tamponad) şeklinde dört ana kategoriye ayrıldı. Hastaların yaş, cinsiyet gibi demografik verileri, ekokardiyografik tanısı, transfer şekli, yoğun bakımda izlenme nedenleri, taburculuk durumları ayrıntılı olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma döneminde 895 olgu izlendi. Olguların median yaşı 5.5 ay (Aralık 1 gün-18 yaş) idi. %53'ü (n=474) erkek ve %47'si (n=365) kız idi. Olguların medyan ağırlığı 7,2 kg (1,8-80 kg) saptandı. Yüzde onaltısı bir ayın ve %47,5'u bir yaşın altındaydı. Olguların %12'sinde (n=107) tanımlanmış Down sendromu, Di George Sendromu vb genetik sendrom vardı. Olguların %40'ı İstanbul Dışından başvurmuştu. %25'i 112 hava veya kara ambulansı ile transfer edilmişti. Olguların %22'si yabancı ülke vatandaşı idi. Grup I'de 610 olgu; Grup II'de 130 olgu; Grup III'de 55 olgu ve Grup IV'te 100 olgu mevcuttu. Grup I'de RACHS-1 skoru; Tanımlanmamış %0,8, Kategori 1:%11,2, Kategori 2:%42,9, Kategori 3:%29,6, Kategori 4: %12,6 Kategori 5: - Kategori 6: %2,6 olarak saptandı. Total mortalite tüm gruplarda %5,9 (n=53) ve total morbidite %22 (n=197) olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ülkemizin en önemli gereksinimlerinden birisi pediatrik kardiyak yoğun bakımların bütünleyici bir disiplin olarak uluslararası standartlara uygun bir düzeye çıkmasıdır. Bu epidemiyolojik kapsamlı çalışmalar ile gerekli kalite ve normlar yakalanarak konjenital kalp hastalarında mortalite ve morbiditeyi azaltmaya katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kardiyak yoğun bakım, çocuk, epidemiyolojik



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-124

Spora Katılmak İsteyen Adölesanların Kardiyak Yönden Taranması

Canan Yolcu, İren Yörük, Murat Elevli, Nilgün Hatice Selçuk Duru, Özlem Akgün
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Spor etkinlikleri sağlıklı beden ve ruh gelişiminin sağlanması, obezitenin önlenmesi, sosyal uyum becerilerinin kazanılması açısından önemlidir. Nadir de olsa spor etkinlikleri sırasında ani ölüm görülebilmektedir. Ani ölüm gençlerde çoğunlukla kalp ve damar sistemindeki doğumsal anormalliklere bağlıdır. Spor öncesi tarama programı ile ilgili net görüş birliği bulunmamaktadır. Amerikan Kalp Akademisi katılım öncesi tarama programlarında sadece öykü ve fizik muayene önerirken, Avrupa Kardiyoloji Derneği ayrıntılı öykü, aile öyküsü ve muayenenin yanında EKG çekilmesini önermektedir.

YÖNTEM: Bu çalışmada hastanemiz çocuk ve çocuk kardiyoloji polikliniğine Ocak 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında spora katılım amacıyla sağlık raporu almak için başvuran 290 çocuk incelendi. Tüm hastalardan ayrıntılı öykü ve aile öyküsü alındı. Tüm hastalara ayrıntılı fizik inceleme yapıldı. EKG ve EKO her hastaya yapıldı. Öyküsünde efor ilişkili çarpıntı, göğüs ağrısı tarifleyen hastalara efor testi yapıldı. EKG' de anormallik saptanan ve çarpıntı tarifleyen hastalara ayrıca ritim holter analizi yapıldı.

BULGULAR: Fizik muayenede 40 hastada üfürüm duyuldu. Sekiz hastanın ekg'sinde sağ dal bloğu, birinci derece AV blok tespit edildi. EKG'de bradikardi tespit edilen ve efor ilişkili çarpıntı tarifleyen 20 hastaya 24 saatlik ritim holter takıldı. Efor ilişkili semptomu olan ve ekg'de bifazik T dalgası saptanan 5 hastaya efor testi yapıldı. Dört hastada göğüs deformitesi tespit edildi. İki hastada aile anemnezi (akut koroner sendrom ve hipertofik kardiyomiyopati) öğrenildi. Hastaların ekokardiyografik incelemelerinde mitral yetersizliği (fizyolojik), triküspit yetersizliği (hafif), biküspit aortik kapak, noncompaction, atriyal septal defect, patent foramen ovale, interatriyal septumda anevrizma, mitral valv prolapsusu, romatizmal kapak hastalığı tespit edildi.

SONUÇ: Sağlık raporu başvuruları için ülkemizde standart bir yaklaşım metodu olmadığı için her klinik, kendi pratik ve tecrübeleri doğrultusunda incelemeler yapmaktadır. Sporcularda ani kardiyak ölüm nedenleri arasında yer alan kardiyomiyopati ve koroner anormali gibi yapısal hastalıkları ortaya çıkarmada etkili bir tetkik olması nedeniyle tarama programı içerisinde ekokardiyografik incelemenin de yer almasının uygun olacağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, ekokardiyografi, spor

PP-125

Atipik Yerleşimli İnfektif Endokardit Vaka Sunumu

Canan Yolcu, Ayşe Mine Çevik, Süleyman Bayraktar, Murat Elevli, Semih Ayta
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: İnfektif endokardit (İE), kalp kapakları, endokard ve damar endotelinin çeşitli mikroorganizmalara bağlı olarak gelişen akut veya subakut seyredabilen bir enfeksiyonudur. Tipik lezyon platelet, fibrin, mikroorganizma ve inflamatuvar hücrelerden oluşan vejetasyonlardır. Kan akımının türbülans yaparak hemodinamik travma oluşturduğu doğumsal kalp kapak hastalıkları İE için zemin hazırlar. Kapak anomali olan hastalarda en sık etken Streptococcus viridansdır. Pediatrik İE ile ilişkili nörolojik komplikasyonlar daha az tanımlanmakla birlikte serebrovasküler olay görülebilmektedir. Burada 4.5 yıl önce kalp ameliyatı geçiren, down sendromlu, İE tanısı alan ve tedavi altında serebrovasküler olay geçiren 5 yaşında kız hasta sunuldu. İzlemede tedavi altında yeni vejetasyonlar geliştiği görüldü.

OLGU: Hasta 2 haftadır süren halsizlik, yorgunluk, ateş ve kusma şikayetiyle başvurdu. Öyküsünde 5 aylıkken AVSD (Atrioventriküler Septal Defekt) sebebi ile opere edildiği öğrenildi. Yapılan fizik muayenede birden fazla dişinde çürüğü mevcuttu ve mitral odakta 2/6 şiddetinde sistolik üfürüm duyuldu. Bu nedenle yapılan ekokardiyografik incelemesinde mitral kapak anterior leafletin ventriküle bakan kısmında saplı ve yine anterior leafletin atriya bakan yüzünde vejetatif kitleler izlendi. Kültürleri alındı. Hastaya İE ön tanısı düşünülerek vankomisin ve gentamisin tedavisi başlandı. Yatışının 2. gününde hastanın sağ kol ve bacağına güçsüzlük farkedildi. Çekilen kraniyal bilgisayarlı tomografisinde sol frontotemporal bölgede akut enfark alanı görüldü. Hemorajik infarkt düşünülmeyen hastaya enoksiparin s.c. başlandı. Hastanın 2 farklı kan kültüründe Streptococcus viridans üredi. Hasta cerrahi konseye çıkarıldı. Verrünün cerrahi olarak rezeksiyonu kararı alındı. Takibi sırasında konvüzyon geçirdi ve yinelenen kraniyal BT'de infarkt alanının genişlediği izlendi. Hasta entübe oldu. Tekrar bakılan ekokardiyografik incelemesinde daha önce olamayan interventriküler septum orta kısmında yeni bir vejetatif kitlenin geliştiği izlendi.

SONUÇ: İE, risk grubunda ve uzun süreli ateşi olan hastalarda akılda tutulmalıdır. Vejetasyonlar sıklıkla kan akımının türbülans yaptığı yerlerde görülse de türbülans oluşturmayan alanlarda da vejetasyonlar izlenebilmektedir. Ekokardiyografide vejetasyon saptanan tüm hastalar tanı ve tedavi sırasında nörolojik komplikasyonlar ve yeni ortaya çıkabilecek vejetasyonlar açısından yakın takip edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Atipik yerleşim, çocuk, infektif endokardit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-126

İlk geliş bulgusu kardiyak tamponad olan tekrarlayan perikardit olgusu

Nurbanu Bilgin¹, Muhammed Karabulut²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Ünitesi, İstanbul

AMAÇ: Perikardiumun inflamasyonu olan perikarditler çocukluk yaş grubunun nadir göğüs ağrısı nedenleri arasındadır. Etiyolojisinde enfeksiyöz, enflamatuvar, romatolojik, onkolojik birçok etken bildirilmiş olmasına rağmen perikardit olguların çoğunda bir neden gösterilememiştir. Asemptomatik tablodan tamponadın eşlik ettiği mortal durumlara kadar geniş klinik yelpazeye sahip perikarditler; bazen de tekrarlayıcı karakterde olabilir. Tekrarlayan perikardit olgularında etiyojide romatolojik durumların da unutulmaması gerektiğini oniki yaşındaki eski Büyük B Hücreli Lenfoma tanılı olguda vurgulamak istedik.

OLGU: Oniki yaşında eski lenfoma tanılı kız hasta göğüs ağrısı şikayetiyle çocuk acil polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde kalp seslerinde azalma ve 2. interkostal aralıkta 1/6 sistolik üfürüm dışında diğer muayene bulgularında özellik saptanmadı. Elektrokardiyogram incelemesinde özellik olmayan hastanın ekokardiyografisinde ise masif perikardiyal sıvı ve sağ atriya bası bulguları mevcuttu. Perikardiyal tamponad bulguları gösteren hastaya perikardiyal pencere açıldı ve serbest drenaja alındı. Hastaya NSAİ (ibuprofen) ve akut faz reaktanları yüksek olması üzerine ampirik antibiyoterapi başlandı. Perikard sıvısından alınan kültürlerinde üreme olmayan hastanın biyopsi sonucu kronik aktif iltihapla uyumlu bulundu. Mevcut tedavi ile yakınmaları azalarak kayboldu. 1 hafta sonra şikayetleri tekrarlayan hastanın dinlemekle frotmanı mevcuttu. Akut faz reaktanları yüksek olan hastaya tekrar antibiyoterapi başlandı ve NSAİ'ler ile ataklar kontrol altına alındı. Hastaya olası nüks malignite ayırıcı tanısı için toraks BT ve MR görüntülemeleri yapıldı. Özellik saptanmadı. 2 hafta sonra göğüs ağrısı kliniği, perikardiyal sıvı bulguları ile tekrar başvuran hastada olası romatolojik patolojiler düşünülerek ANA, anti-dsDNA, RF ve serum Amiloid A istendi. RF ve serum amiloid A düzeyi yüksek saptanan hastaya kolşisin ve steroid tedavisi başlandı. Kısa sürede yanıt alınan hastanın Ailevi Akdeniz Ateşi hastalığı açısından yapılan gen çalışmasında mutasyon saptandı. Steroid tedavisi kesilerek kolşisin tedavisine devam edildi. 6 ay süreli izlemde hastada aktivasyon izlenmedi.

SONUÇ: Perikardiyal hastalıklar ile birliktelik gösteren pek çok sayıda sistemik hastalık bildirilmiş olmakla birlikte rekürren perikarditlerde olası romatolojik tutulumlar her zaman akılda tutulmalı bilinen bir rahatsızlık olsa bile diğer olasılıklarında olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kolşisin, tamponad, tekrarlayan perikardit

PP-127

Kateter ilişkili Kardiyak Fungal Top Olgusu

Meryem Eroğlu¹, Muhammed Karabulut², Nazan Dalgıç³, Ercüment Petmezci⁴

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Ünitesi, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ünitesi, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

AMAÇ: İnfektif endokardit bakteriyel olabileceği gibi virüs, mantar ya da diğer bakteriyel olmayan mikrobiyolojik ajanlarla olabilir. Fungal endokarditin tedavisi daha güçtür ve kötü prognozudur. Nadiren vejetasyonların tedavi altında büyümeye devam etmesi nedeniyle cerrahi operasyon gerekebilir. Kalp ameliyatı olan, ağır immünsüprese olan ve uzun süre antibiyotik tedavisi alan hastalar yüksek risk grubundadır.

OLGU: Spina bifida ve hidrocefali nedeniyle takipli ventriküloperitoneal şantlı 5 yaşında kız hasta, bağırsak perforasyonu nedeniyle operasyon amacıyla hastaneye yatırıldı. Fizik muayenesinde pulmoner odakta 2/6 sistolik ejeksiyon üfürümü mevcuttu. Yatış öncesi santral kateteri olan hasta operasyon sonrası geniş spektrumlu antibiyoterapiyle takibe alındı. Yapılan ekokardiyografik incelemesinde kataterle ilişkili triküspit kapaktan sağ ventriküle uzanan 4x3 mm ekojen kitle saptandı. Kateteri çıkarılan hastaya olası trombus ve vejetatif lezyonların tedavisini kapsayacak şekilde enoksoparin, seftriakson ve gentamisin tedavisi başlandı. Takiplerinde kitlenin boyutunda artış olması ve subfebril ateşlerinin devam etmesi nedeniyle olası girişimsel işlem açısından cerrahi ile birlikte hasta yakın takibe alındı. 20 günlük tedaviye rağmen akut faz reaktanları yüksek seyreden ve seri şekilde alınan kan kültürlerinde anlamlı üreme saptanmayan hastaya ampirik olarak sırasıyla piperasillin tazobaktam sonrasında ise meropenem ve vankomisin başlandı. Şikayetleri devam eden ve genel durumu bozulan hastaya son olarak linezolid başlandı. Kan kültüründe maya üremesi sonucu fungus topu düşünülen hastanın girişim öncesi yapılan en son ekokardiyografik incelemesinde kitlenin boyutu 2.2x2 cm ölçüldü. Hastanın tedavisine flukanazol eklendi. Kitlenin triküspit kapakta sağ ventrikül girişinde kan akımını sınırlaması nedeniyle kitle ilgili cerrahi merkezde acil operasyonla rezeke edildi. Rezeksiyonla birlikte kapak bütünlüğünün sağlanamaması nedeniyle biyoprotez kapak replasmanı yapıldı. Candida albicans üremesi saptanan hastanın tedavisine caspofunginle devam edildi. 20 gün süren tedavi sonrası akut faz reaktanları gerileyen ve kan kültüründe üreme olmayan hasta poliklinik izlemine alındı.

SONUÇ: Uzun süreli antibiyotik tedavisi almak ve santral katetere sahip olmak gibi olası infektif endokarditler için büyük risk taşıyan durumlarda, kültür negatif kardiyak kitlelerin ayırıcı tanısında fungus toplarının da olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: katater, antibiyotik, infektif endokardit, fungus topu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-128

Yeni Bir Merkez Olarak Yedi Aylık İntrakardiyak Elektrofizyolojik Çalışma ve Ablasyon Sonuçlarımız

Mehmet Karacan, Elif Erolu, Kahraman Yakut
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

Okul döneminde ortaya çıkan ya da devam eden Supraventriküler Taşikardilerin (SVT) kendiliğinden geçmesi beklenmez. Bu yaş grubunda 3 boyutlu haritalama yöntemi ile yapılan ablasyon, çocuklarda güvenle uygulanabilen kesin tedavi çözümüdür. Ayrıca Wolff-Parkinson-White (WPW) sendromlu hastalarda EPS ile 5 yaşından sonra risk değerlendirmesi yapılması gereklidir. Yeni bir merkez olarak 7 aydır Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniğinde Supraventriküler Taşikardi ve/veya asemptomatik WPW nedeniyle elektrofizyolojik çalışma/ablasyona aldığımız hastalarımızın ilk 7 aylık sonuçlarını bildirmek istedik.

METOD: Temmuz 2017-Ocak 2018 tarihleri arasında hastanemize başvuran ve temel elektrofizyolojik çalışma (EPS) / ablasyon yapılan toplam 28 hasta bildirildi. Temel EPS sedasyon altında, ablasyon ise genel anestezi altında yapıldı. Hastalarda görüntüleme elektroanatomik mapping sistem (EnSite sistem, St. Jude Medical, St. Paul, MN, USA) ile yapıldı. Toplam 7 hastaya EPS, 21 hastaya ise ablasyon yapıldı. Hastaların 2'si hariç tamamının ilk işlemi idi.

SONUÇLAR: Toplam 28 hasta işleme alındı, işlemlerden 7'si temel EPS, 21'i ablasyon idi. Ablasyona alınan hastaların 19 tanesi ilk işlem, 2'si tekrar işlem idi. Temel EPS yaptığımız hastaların 6'sı asemptomatik Wolff-Parkinson-White (WPW) olup, 1'i atriyal taşikardi idi. Ablasyon yapılan hastalardan 7'si AVNRT, 9'u manifest akseuar yol (WPW), 2'si Mahaim taşikardisi, 2'si concealed akseuar yol, 1'i fokal atriyal taşikardi idi. 4 hastada transseptal yapıldı. AVNRT hastalarının hepsine kriyokateter kullanıldı. 21 işlem yapılan hastanın sadece 3'ünde işlem başarısız oldu, bunlardan 2'si (1'i Mahaim, 1'i sol posteroseptal WPW) yeniden işleme alınarak başarılı şekilde işlem tamamlandı. Ablasyon yapılan 21 hastanın 6'sında floroskopi kullanıldı, ortalama floroskopi süresi 4.2±1.9 dk (0.5-6 dk). EPS yapılanlarda işlem süresi 47±24 dk (25-100 dk) iken, ablasyon yapılanlarda ortalama işlem süreleri 172±38 dk (90-260 dk) idi. Hastalarımızın hiçbirinde komplikasyon olmadı.

SONUÇ: Floroskopi kullanmaksızın, 3 boyutlu haritalama sistemi kullanılarak yapılan kriyoablasyon ve RF ablasyon çocuklarda başarılı bir şekilde yapılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: supraventriküler taşikardi, ablasyon, çocuk, radyofrekans, kriyokateter, WPW

PP-129

Milrinonla Hızlı Düzelen SVT Atağına Bağlı Gelişen Sol Ventrikül Disfonksiyonu

Canan Yolcu, Funda Atash, Murat Elevli, Ali Karakuş, Kamil Şahin
SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Supraventriküler taşikardi (SVT) çocukluk çağında en sık karşılaşılan kardiyak aritmidir. Genellikle atriyumlarla ventriküller arasında veya atriyoventriküler nodun içindeki reentrye bağlı olarak ortaya çıkar. Infantlarda aritminin uzun sürmesi halinde konjestif kalp yetmezliği gelişebilir. Acil tedavisi gerekli olup; bazen ilaçlara dirençli ve yineleyebilen ataklar nedeniyle çocukluk döneminde morbidite ve mortaliteye neden olabilir. Burada acile emmede azalma, huzursuzluk şikayetiyle başvuran, supraventriküler taşikardiye ikincil kalp yetersizliği gelişen ve kısa süreli milrinon tedavisi ile sol ventrikül dilate görünümü düzelen 34 günlük bir vaka sunulmuştur.

OLGU: Hasta iki gündür var olan emmede azalma ve huzursuzluk sebebi ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede gallop ritmi duyulması üzerine acil olarak elektrokardiyografisi (ekg) çekildi ve supraventriküler taşikardi tespit edildi. Hastanın tansiyonu 66/34 idi, ikinci açık ve huzursuzdu. Adenozin 150 mcg/kg i.v. hızlı puşe yapıldı, sonrasında kalp tepe atımı 135/dk'ya geriledi ve ritmi normal sinüs ritmine döndü. İleri tetkik ve tedavi amacıyla yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın yapılan ekokardiyografisinde (eko) sol ventrikül fonksiyonlarının bozulduğu ve sol ventrikülün hafif derecede bombe olduğu görüldü. Ejeksiyon Fraksiyonu (EF) %43 ölçüldü. Klinik bulgularında ve öyküsünde SVT'ye neden olabilecek sepsis kanıtı ve ilaç alımı öyküsü yoktu. Hastada SVT'ye ikincil gelişen kalp yetersizliği düşünüldü. Milrinon başlandı. Bir gün sonra bakılan kontrol eko'da kalp fonksiyonlarının normale döndüğü (EF %63) ve sol ventriküle ait bombe görünümünün düzeldiği izlendi.

SONUÇ: Supraventriküler taşikardi huzursuzluk, emme bozukluğu, taşipne, taşikardi ve kalp yetersizliğiyle ortaya çıkabilir. Birçok infant SVT'yi ilk saatlerde tolere etmekle birlikte 6-12 saatten daha fazla süren vakalarda kalp atım hacminin azalması sonucunda kalp yetersizliği gelişebilmektedir. Hızlı inotropik ajanlar kritik ve akut kalp yetersizliğinin tedavisinde kullanılırlar. Fosfodiesteraz inhibitörü olan milrinonu, yan etkisinin diğer inotropik ajanlara göre daha az olması ve bozulmuş sol ventrikül fonksiyonları üzerine olumlu etkisi nedeniyle vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: Infant, milrinon, supraventriküler taşikardi



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-130

Gelişim geriliği nedeni ile başvuran 11 yaşındaki Total Anormal Pulmoner Venöz Dönüş olgusu

Fatma Sevinç Şengül, Gülhan Tunca Şahin, Pelin Ayyıldız
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp Ve Damar Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

GİRİŞ: Total anormal pulmoner venöz dönüş (TAPVD) pulmoner venlerin tamamının sol atriyum yerine sistemik venlere, sağ atriya veya koroner sinüse açılması ile karakterizedir ve canlı doğumların %0.008'ini, tüm konjenital kalp hastalıklarının (KKH) ise %1,5-3'ünü oluşturmaktadır. Bulgular çoğunlukla doğum sonrası erken dönemde ortaya çıkmaktadır ve büyük çocuk ile yetişkinlerde nadir görülmektedir. Bu yazıda gelişim geriliği şikayeti ile başvuran, daha önceden tanı almamış 11 yaşındaki hasta sunuldu.

OLGU: 11 yaşında erkek hasta başvurduğu dış merkezde yapılan ekokardiyografide TAPVD saptanması üzerine yönlendirildi. Anamnezinde yılda 1-2 kez pnömoni nedeni ile hastanede yattığı, yaşlarına göre gelişiminin geri olduğu için başvurdıkları öğrenildi. Fizik muayenesinde 24 kg (<3p), boy 140cm (3-10 p), prekordiyumun hiperaktif olduğu saptandı. 2. kalp sesinde sabit çiftleşme ve sol üst sternal kenarda 3/6 sistolik üfürüm duyuldu. Oksijen saturasyonu %94 idi. Ekokardiyografide; normal sinüs ritmi, sağ aks deviasyonu ve inkomplet sağ dal bloğu, telekardiyografide kardiyotorasik oran 0.65, pulmoner vaskülitte artış olduğu gözlemlendi. Hastanın yapılan ekokardiyografik değerlendirmesinde geniş bir atriyal septal defekt olduğu, sağ pulmoner venler ile sol alt pulmoner venin koroner sinüs yolu ile, sol üst pulmoner venin soldan seyirli bir vertikal ven ile innominate vene bağlandığı ve sağ atriya döndüğü izlendi. Bu bulgular ile hastaya mixt tip TAPVD tanısı konuldu. Hastaya çekilen Bilgisayarlı tomografi ile tanımız doğrulandı ve hasta operasyon için cerrahiye refere edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: TAPVD tüm KKH arasında nadir görülmekte olup sadece %5-10'u hastamızda olduğu gibi mixt tip olarak gözlenir. Özellikle pulmoner venöz obstrüksiyon bulguları olan hastalara tanı konulmasını takiben acil cerrahi müdahale yapılması gerekir. Cerrahi girişim yapılmayan vakaların %50'si ilk 3 ayda, %80'i ise ilk 1 yılda kaybedilmektedir. İleriki yaşlara kadar hayatını devam ettiren hastalarda ise geniş bir atriyal septal defekt olması, pulmoner venöz darlığın olmaması ve pulmoner arter direncinin düşük olması gerekir. Sık solunum yolu enfeksiyonu geçirme, gelişim geriliği gibi semptomları araştırılan hastalarda KKH da akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gelişim geriliği, Konjenital kalp hastalığı, Total anormal pulmoner venöz dönüş

PP-131

Noncompaction kardiyomiyopati tanılı bir ailenin öyküsü

Helen Bornaun¹, Hilal Karaoğlu², Yusuf Ziya Varlı², Nazlıcan Çivilibal², Davut Gözükküçük², Kazım Öztarhan¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve

Araştırma Hastanesi, Pediatri Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bilim Dalı, İstanbul

Miyokardiyal noncompaction bir veya daha fazla ventrikül segmentinde belirgin trabekülasyon, trabeküler ağ ve derin intertrabeküler girintilerle karakterize hastalıktır. Hastalarda genelde kalp yetmezliği, ventriküler aritmiler, sistemik embolizasyon ile bulgu verir. Çalışmamızda noncompaction kardiyomiyopati gösteren, aynı genetik özelliğe sahip aile bildirilmiştir.

1. OLGU: 21 yaşında erkek hastamız, ilk olarak 14 yaşında göğüs ağrısı şikayeti ile acil başvurusu sonrasında kardiyak enzimlerinde yükseklik dışında patoloji saptanmamış, ekokardiyografisinde sol ventrikülde trabekülasyon artışı saptanmış ve çekilen kontrastlı MRG'da sol ventrikül apeks, midventriküler seviyede ve lateral duvarda trabekülasyon artışı saptanmıştır. Takiplerinde ventriküler aritmileri gelişen hasta da kalp yetersizliği saptanmamakla beraber, aritmi nedeniyle medikal tedavi verilmiş, takipleri devam etmektedir.

2. OLGU: Yukarıdaki olgunun kardeşi, hale 12 yaşında erkek hasta, bir yaşında böcek sokması sonrasında merdiven çıkmada güçlük, kas güçsüzlüğü gelişmesi nedeniyle hastaneye başvuruyor. Kas enzimlerinde yükseklik (LDH, CPK, troponin) nedeniyle yapılan ekokardiyografisinde sol ventrikülde noncompaction, sol ventrikül sistolik fonksiyonlarında azalma (EF:38), sol ventrikül diyastolik çapında yaşına göre genişleme saptanıyor, çekilen MRG'da ekokardiyografi ile uyumlu bulgular saptanmıştır. Halen antikonjestif, diuretik ve antikoagülan tedavi almaktadır.

Bu iki olgunun aile anamnezinde babanın 43 yaşında miyokardiyal enfarktüs geçirdiği, amcanın ve babanın çekilen ekokardiyografilerinde sol ventriküllerinde noncompaction olduğu saptanmıştır. Annede kardiyak bir patoloji saptanmadı. Anne, baba ve kardeşlerden alınan genetik tetkiklerde ekzom Sanger dizi analizi ile yapılan incelemede DSC2 geni NM_024422 p.T459A (c.1375A>G) (heterozigot) mutasyon saptanmıştır.

SONUÇ: Noncompaction kardiyomiyopatisi, sol ventrikülün aşırı trabekülasyonu veya süngerimsi miyokardiyum olarak söylenebilir. Normalde ventrikülün gevşek miyokardiyum örtüsü fetal yaşamın ilk ayında yoğunlaşır. Yoğunlaşmanın intrauterin olarak duraklaması sonucunda da bu hastalık ortaya çıkar. Beraberinde sağ ventrikül tutulumu bulunabilir veya bulunmayabilir. Klinikte kalp yetersizliği, aritmi ve sistemik emboliler gelişebilir. MYH7 (beta ağır miyozin zincir defekti) ve MYBPC3 (miyozin bağlayan protein C) genlerindeki mutasyonların vakaların yüzde 30'una neden olduğu düşünülmektedir. Diğer genlerdeki mutasyonlar, vakaların küçük bir yüzdesinden sorumludur. Çalışmamızda sarkoglikan kompleks mutasyon defekti saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: noncompaction, kardiyomiyopati, sarkoglikan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-132

Primer karnitin eksikliği ve kardiyomiopati

Kazım Öztarhan¹, Hilal Karaoğlu², Yusuf Ziya Varlı², Nazlıcan Çivilibal², Furkan Borazan², Davut Gözükcü², Helen Bornaun¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Bilim Dalı, İstanbul

Primer sistemik karnitin yetersizliği (SKE), selüler karnitin transportunda bozukluk ile karakterize otozomal resesif geçişli bir bozukluktur. Bu bozuklukta, progresif kardiyomyopati, miyopati, hipoketotik hipoglisemi ve hiperamonyemi rastlanan bulgulardır. Hastalığın sıklığı 1:40.000 olarak bildirilmektedir. SKE'de asıl defekt, plasmalemmal membranda bulunan yüksek afiniteli karnitin taşıyıcısındaki defektir. SKE, karnitin taşıyıcı proteini kodlayan OCTN2 genindeki mutasyona bağlı gelişmektedir. OCTN2 aktivitesindeki bozukluk sonucu, idrar ile karnitin kaybı, düşük serum karnitin düzeyi, intrasellüler karnitin birikiminde azalma gözlenir.

OLGU: Aralarında akrabalık olan 35 yaş baba ile 30 yaş anneden zamanında ikiz eşi olarak doğan kız çocuğun 6 yaşında pnömoni nedeniyle yatışı sırasında çekilen akciğer grafisinde kardiyomegali saptanması üzerine ekokardiyografi yapıldı. EKO'da sol ventrikül diastolik çapı 42 mm, İVSD ve LVPWD 9 mm olarak saptandı. Ejeksiyon fraksiyonu %40 ve kısalma fraksiyonu %19 idi. Sol ventrikül diastolik çapında artış, sol ventrikül duvarı ve septumda belirgin kalınlaşma izlendi. Sistolde sol ventrikül kasılmasında belirgin azalma ve mitral regürjitasyon saptandı. Tandem MASS analizinde çok düşük serum serbest karnitin düzeyi (1 mmol/L) saptandı. Hastanın idrar karnitin düzeyi ise yüksekti. Mutasyon analizinde, OCTN2 geninde yeni bir mutasyon saptandı. 100mg/kg dozunda intravenöz başlanan karnitin tedavisine daha sonra oral olarak devam edildi. Tedavinin 4. ayında EKO'da EF ve KF'de belirgin düzelme saptandı (sırasıyla %63, ve %32). Tartışma

Karnitin eksikliği primer ve sekonder olarak sınıflandırılmaktadır. Primer eksiklik genetik olarak otozomal resesif (OR) kalıtılmaktadır. Primer karnitin eksikliği sistemik ve miyopatik olarak sınıflandırılmıştır. Sistemik formunda plazma, kas ve karaciğerde karnitin düzeyi düşüktür. Sistemik karnitin eksikliğinde hastalar kardiyomiopati semptomatik hale gelmeden önce yaşamın ilk yılı içinde akut hepatik hipoglisemi ve ensefalopati ile başvurabilir. Genetik çalışmalarda beşinci kromozomun uzun kolunda karnitin membran taşıyıcısını sağlayan sistemi kodlayan '2 organik katyon-karnitin taşıyıcısı' (OCTN2, OMIM 212140) geninde mutasyonlar saptanmıştır. Primer karnitin eksikliğine bağlı olarak gelişen DKM'de L-karnitin tedavisi kardiyak fonksiyon bozukluğunu düzeltir ve önler. Bu nedenle erken tanı ve tedavi oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Karnitin, kardiyomiopati, hipertrofik

PP-133

Taşikardi "induced" kardiyomiopati çocuklarda elektrofizyolojik özellikler ve kateter ablasyon sonuçlarımız

Yakup Ergül, Gülhan Tunca Şahin, Senem Özgür, Hasan Candaş Kafalı, Erkut Öztürk, Alper Güzeltaş

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Mehmet Akif Ersoy Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

AMAÇ: Taşikardi kaynaklı kardiyomiopati (TIC), ender görülen ancak iyileştirilebilen bir kardiyomiopati şeklidir. Bu nedenle erken teşhis çok önemlidir. Çocukluk çağındaki TIC ile ilgili veriler sınırlıdır. Burada, TIC konusunda tecrübelerimizi ve tedavi sonuçlarımızı özetledik.

HASTALAR VE YÖNTEM: Ocak 2010-Aralık 2017 arasında TIC nedeniyle transkateter elektrofizyolojik çalışma (EPS) ve ablasyon yapılan toplam 27 hasta (14 kadın, % 52) retrospektif olarak değerlendirildi. 25 hastada EnSite™ 3-D haritalama sistemi (St. Jude Medical Inc., St. Paul, MN, ABD) kullanıldı.

BULGULAR: Hastaların yaş ortalaması 4.9 ± 4.49 yıl (1 ay-18 yaş) ve ortalama vücut ağırlığı 23.2 ± 17.6 (2.4-85) kg idi. Hastaların elektrofizyolojik özellikleri ve taşikardi substratları değerlendirildiğinde; klasik nondecremental aksesuar yol (n=11), permanent junctional reciprocating taşikardi (n=5), fokal atriyal taşikardi (n=5), atipik atriyoventriküler nodal taşikardi (aAVNRT; n=3), multipl aritmik substrat =2; birinde multifokal atriyal taşikardi ve atriyal flutter, diğeri Mahaim yolu ve tipik AVNRT ve ventriküler taşikardi (n=1) idi. 9/27 (33.3%) hastada kriyoablasyon, kalan 18 hastada RF ablasyon uygulandı. Ortalama 28.2 ± 23.45 (1-86) aylık izlemde genel başarı oranı, 25/27 (% 93) idi. Ortalama işlem süresi 177.8 ± 51.7 (72-310) dakika ve 24/27 hastada ortalama 9.1 ± 8 (0.5-39.4) dakikalık floroskopi kullanıldı. İşlemler esnasında, kendini sınırlandıran geçici perikardial effüzyon ve inkomplet sağ dal bloğu olmak üzere 2 komplikasyon izlendi. Ablasyon öncesi hastaların ortalama sol ventrikül EF ve FS değerleri sırasıyla % 38.8 $\pm$ 7.1 (% 26-48) ve % 23.3 $\pm$ 4.8 (% 12-28) bulundu. Başarılı ablasyondan ortalama iki ay sonraki EF ve FS değerleri ise sırasıyla % 53.6 $\pm$ 12.7 (% 35-70) ve % 32.4 $\pm$ 4.9'a (% 19-40) ulaştı.

SONUÇ: Transkateter ablasyon küçük çocuklar ve bebeklerde bile TIC tedavisinde etkin ve güvenli bir yöntemdir.

Anahtar Kelimeler: ablasyon, elektrofizyoloji, kardiyomyopati, pediatrik, taşikardi induced



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-134

Supraventriküler Taşikardi ile Başvuran Sol Ventrikül Nonkompaktion Olgusu

Aslı Nur Ören¹, Öykü Tosun²

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Miyokardiyal nonkompaksiyon hastalığı, seyrek görülen bir kardiyomiyopati çeşididir. Klinikte konjestif kalp yetmezliği, tromboembolik olaylar ve aritmiler görülebilir veya hasta asemptomatik olabilir. Bu yazıda, çocuk kardiyoloji polikliniğine çabuk yorulma ve çarpıntı şikayetiyle gelen ve miyokardiyal nonkompaksiyon tanısı konulan hasta sunuldu ve son literatür bilgileri taranarak hatırlatılmak istendi.

OLGU: Üç aydır çabuk yorulma şikayeti olan, efor kapasitesinin azaldığından yakınan 8 yaşındaki erkek hasta, dış merkezden tarafımıza yönlendirilmişti. Hastanın hikayesinden bayılması, çarpıntı atakları olduğu öğrenildi. Akrabalarında erken yaşta ani ölen, bayılma atakları veya önemli bir kalp hastalığı olan birey bulunmadığı öğrenildi. Anne baba arasında akraba evliliği yoktu. Hastanın fizik muayenesinde kan basıncı 90/60 mm Hg. Hastanın mezokardiyak odakta 1/6 sistolik üfürümü mevcuttu ancak dinlemekle kalp sesleri aritmik olarak değerlendirildi. Hepatosplenomegali, boyun ven dolgunluğu, akciğerlerinde dinleme bulgusu, asit veya pretibial ödem yoktu. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde (EKG), süreklilik arz etmeyen (non-sustained) atriyoventriküler reentran taşikardi atakları izlendi, ekokardiyografisinde (EKO) sol kalp boşlukları geniş ve sol ventrikül fonksiyonları azalmış olarak görüldü, kısalma fraksiyonu %25 olarak ölçüldü, sol ventrikül nonkompakte yapıda kompakte/nonkompakte oranı 4/13 ölçüldü. Rutin hematolojik ve biyokimyasal tetkikler normal sınırlarda bulundu. Hastaya sol ventrikül non-kompaktion tanısı konuldu. Anne ve babası TTE incelemesiyle değerlendirildi, patolojik bir sonuç yoktu. Kardiyak fonksiyonları bozuk olan hastada aritminin kontrolü için amiodarone infüzyonu başlandı. Hastanın kardiyak Manyetik Rezonans İnceleme (MRI) sonucu da non-kompaktion ile uyumlu geldi, amiodarone infüzyonunun 24. Saatinde ritm normal sinüs olarak seyretmeye başladı. Kardiyak fonksiyonlar yatışının 3. gününde normale döndü. Hasta oral amiodarone ve kaptopril tedavisi ile taburcu edilerek poliklinik takibine alındı.

SONUÇ: Sol ventrikül non-kompaktion nadir görülen bir kardiyomiyopatidir. Klinikte en sık olarak konjestif kalp yetmezliği bulguları görülür, tromboembolik olaylar ve ventriküler aritmiler de oluşabilir. Ventrikül fonksiyonlarında bozulma genelde progresif olarak ilerler, sistolik ve diyastolik disfonksiyon oluşur. Senkop, konvülsiyon ve ani ölüm ile presente olabilir. Aritmilere bağlı ani ölüm görülebilir. EKO ile hastalığın tanısı konulabilir.

Anahtar Kelimeler: Nonkompaktion, Taşiaritmi, Kardiyomiyopati

PP-135

Lityum Kullanımına Bağlı Gelişen Atriyal Fibroflutter Olgusu

Aslı Nur Ören¹, Ahmet Yılmaz², Öykü Tosun³

¹Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Dar terapötik indeksine rağmen lityum bipolar bozukluk tedavisinde yaygın olarak kullanılmaktadır. Lityumun kardiyak etkileri T dalga değişiklikleri, uzamış QT intervali, sinüs nod disfonksiyonu, ventriküler aritmiler ve atriyal fibrilasyondur. Acil servise presenkop ve çarpıntı şikayeti ile başvuran atriyal fibrilasyon olgusunu sunuyoruz.

OLGU: 16 yaşında erkek hasta acil servise 4-5 saattir süren çarpıntı şikayeti ile başvurdu. Hastanın fizik muayenesinde taşikardi dışında patoloji tespit edilmedi. Tansiyon Arteriyel: 110/78mmHg olarak ölçüldü, Kalp Tepe Atımı: 164/dk idi. Hasta 1 yıl önce intihar girişiminde bulunduğundan dolayı lityum kullanmakta idi. Çekilen elektrokardiyografisinde (EKG), atriyal hız: 220/dk, ventriküler hız: 160/dk olan atriyal fibroflutter tespit edildi. Hemodinamisi stabil olan hastaya amiodarone yüklemesi yapıldı. Hastanın ritmi yüklemenin 15. dakikasında normal sinüs ritmine döndü. Hastanın laboratuvar değerlerinde patoloji saptanmadı. Kan lityum düzeyi normaldi.

SONUÇ: Kan lityum düzeyi normal olsa da terapötik indeksinin dar olmasından dolayı, lityum kullanan hastalarda aritmi gelişebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: lityum, atriyal fibroflutter, ani ölüm



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-136

Parvovirüs B19: Dört Farklı Renal Prezantasyon

Bağdagül Aksu¹, Ayşe Ağbaş¹, Nilüfer Gökmar², Erkan Çakmak¹,
Murat Elevli¹, Yasemin Özlük³, Işın Kılıçarslan³, Ayşe Ayşim Özağar⁴
¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
³İstanbul Tıp Fakültesi, Tıbbi Patoloji BD
⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Tüm dünyada yaygın olarak görülen Parvovirus B19, değişik klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Bu yazıda iki ay içinde farklı renal prezantasyonlarla başvuran parvovirus B19 enfeksiyonu tespit edilen 4 olguyu sunmak istedik.

OLGU 1: Altı yaşında erkek hasta, yaygın ödem şikayeti ile başvurdu. Tonsillerinde hiperemi ve postnazal akıntı, göz kapakları ve skrotumda ödem vardı. Nefrotik sendrom tanısı (alb: <1,5 g/dl, prt/krea: 7,2 mg/mg) konularak metilprednizolon başlandı. Viral serolojide Parvovirus IgG ve IgM pozitif, parvo DNA: 3554 IU/ml saptandı. Steroid tedavisinin 2. gününde diüzezi belirgin arttı, 7. gününde remisyona girdi.

OLGU 2: Bir yaşında kız hasta, ateş ve karnında şişlik şikayeti ile başvurdu. Gelişinde sadece batında ödem mevcuttu. Nefrotik sendrom tanısıyla (alb: 2,3 g/dl, prt/krea: 3,3 mg/mg) yatırılan hastada Parvovirus B19 IgM pozitif. Yatışının 6.gününde spontan remisyona girdi.

OLGU 3: Onbeş yaşında erkek hasta, bacaklarında döküntü şikayetiyle başvurdu. Pretibial ödem ve hipertansiyon saptandı. Üre: 134 mg/dl, kreatinin:1 mg/dl, alb:3,5 g/dl, proteinüri 1,6 g/gün, mikroskopik hematüri (+), C3:59 mg/dl, C4:8,2 mg/dl idi. Parvovirus IgM pozitif, DNA: 2102 IU/ml idi. Renal biyopside mesengial alanda hücre artışı saptandı. Bir hafta içinde spontan remisyona girdi.

OLGU 4: Bir ay önce dış merkezde nefrotik sendrom tanısıyla steroid başlanan 2 yaşında erkek hasta, yaygın ödem ve ishal şikayetleri ile başvurdu. Genel durumu düşkün, turgor ve tonusu azalmıştı ve yaygın ödemi vardı. Alb <1,5 g/dl, prt/krea: 200 mg/mg idi. İnfantil nefrotik sendrom tanısı ile metilprednizolon başlandı, albumin verildi. Parvovirus B19 IgM pozitif, DNA: 17114 IU/ml saptandı. Steroide yanıtız olan hastaya böbrek biyopsisi yapıldı, FSGS ile uyumlu geldi. Siklosporin başlanan hastanın üre: 57,6 mg/dl, kreatinin: 0,26 mg/dl, albümin: <1,5 g/dl, spot idrarda protein/kreatinin: 26,2 mg/mg idi.

SONUÇ: Parvovirüs B19 enfeksiyonu çocukluk çağında nefrotik sendroma neden olduğu bilinen virüslere aittir. Ancak steroid dirençli FSGS veya nefritik-nefrotik sendrom gibi farklı tablolar ile de karşımıza çıkabilir. Spontan remisyon veya kronik seyir gösterebileceği akıldan tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: FSGS, nefritik sendrom, nefrotik sendrom, parvovirus B19,

PP-137

Multikistik Displastik Böbrek Hastalığı Olan Çocuklarda Boy Uzunluğu İle Böbrek Boyutlarının Retrospektif Karşılaştırılması

Şeyda Doğan¹, Sevgi Yavuz², Aysel Kıyak², Mehmet Halit Serdar Sander³

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Multikistik displastik böbrek (MKDB) tanılı hastalarda, boy ve fonksiyonel böbrek vertikal uzunluğunun, antropometrik, laboratuvar ve ultrasonografik ölçümlere etkisini belirlemek.

GEREÇ-YÖNTEM: MKDB tanılı toplam 104 hasta çalışmaya alındı. Hastaların cinsiyetleri, tanı yaşı, takip süresi, eşlik eden hastalıkları, son kontroldeki ağırlık, boy ve vücut kitle indeksleri (VKİ), sistolik ve diyastolik kan basıncı ölçümleri, laboratuvar değerleri (serum kreatinin, üre, sistatin C, idrarda protein ve kreatinin), ultrasonografik parametreler (böbreklerin vertikal uzunluğu, her iki böbrek uzunlukları arasındaki fark) dosyalardan kaydedildi. Çalışma hastaları MKDB lokalizasyonuna göre iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasındaki demografik, antropometrik, laboratuvar ve ultrasonografik parametreler karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların % 38,5'i (n= 40) kız, % 61,5'i (n= 64) erkek olup yaş ortalaması 67,32 ± 55,5 idi. 12 hastada (% 11,5) ek hastalık mevcuttu. Sağ MKDB'lilerin ağırlık ve VKİ z skorları sol MKDB'lilere kıyasla yüksek bulundu (p< 0,05). Sağ ve sol MKDB'lilerde boy z skoru, fonksiyonel böbrek uzunluğu, serum kreatinin, üre, sistatin c, idrar protein/kreatinin oranı, sistolik ve diyastolik kan basıncı değerleri istatistiksel açıdan benzer saptandı (p> 0,05). MKDB'li hastaların boy z skorları ile sistolik-diyastolik kan basıncı ve fonksiyonel böbrek uzunluğu arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif ilişki gözlemlendi (p< 0,05). Sağ ve sol MKDB'li hastalarda fonksiyonel böbrek uzunluğu ile yaş, ağırlık ve boy z skor arasında istatistiksel olarak pozitif anlamlı ilişki tespit edildi (p< 0,05).

SONUÇ: MKDB'li çocuk hastalar ek üriner anomali varlığı yönünden incelenmelidir. MKDB'nin sağa ya da sola lokalizasyonu renal işlevleri değiştirmez. MKDB'li çocuklarda fonksiyonel böbrek boyutundaki artış böbrek yetmezliğine gidişi belirlemeyebilir. Sistatin C, üriner protein atılımı ve yaşam içi kan basıncı ölçümleri MKDB'li hastaların renal sağkalımının izleminde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Multikistik displastik böbrek, renal uzunluk, antropometri



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-138

İlaç kullanımı ile ilişkili akut tubulointertisyel nefrit olgusu

Rumeysa Yasemin Çiçek¹, Aysel Kırıyık¹, Sevgi Yavuz¹, Recep Türkoğlu¹, Işın Kılıçarslan², Yasemin Özlük²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Patoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ: Akut interstisyel nefrit (AİN) renal intertisyumda iltihabi infiltrasyon, ödem ile ve böbrek fonksiyonlarında ani kötüleşme ile karakterizedir. AİN'nin en sık nedeni ilaç kullanımı olup vakaların yaklaşık % 60-70'inden sorumludur. Hastalığın patogeneğinde ilaç ya da ilacın metabolitine karşı gelişen aşırı duyarlılık reaksiyonu rol oynamaktadır. Altta yatan sebepten bağımsız olarak AİN olgularının çoğu nonspesifik semptomlar (bulantı, kusma, halsizlik vb) veya böbrek fonksiyonlarında ani kötüleşme ile başvurur. Hastalığın tanısında altın standart böbrek biyopsisi olup, ışık mikroskopik incelemede en karakteristik patolojik bulgu interstisyumda iltihabi infiltrasyonun varlığıdır. AİN tanısı kesinleştiğinde neden olan ilaç hemen kesilmelidir. Buna rağmen serum kreatinin (Scr) düzeylerindeki yükselik sebat eden hastalarda böbrek biyopsisi yapıp steroid başlanabilir. Burada analjezik kullanımına bağlı Scr yüksekliği ile başvuran bir hasta tartışılmıştır.

OLGU: Son bir aydır kilo kaybı, sabahları olan bulantı, halsizlik yakınması ile 17 yaşında erkek hasta başvurdu. Fizik muayenesinde özellik yoktu. Tam idrar tahlilinde hematüri ve piyurisi mevcuttu. Scr 1,69 mg/dL, üre: 29 mg/dL, serum albumini 4,4 g/dL, C3, C4 normal, ANA, Anti-ds DNA, MPO ve PR3 ANCA negatif idi. İzleminde Scr 3,25mg/dL'ye kadar yükseldi. Böbrek biyopsisi tubulointertisyel nefrit ile uyumlu bulundu. Anamnezi tekrar sorgulandığında başvurusundan önce sırt ağrısı nedeni ile farklı analjezik ilaç kullanımı olduğu öğrenildi. Yoğun yüksek doz steroid tedavisi başlandı. İzleminde Scr değeri gerileyen hasta idame steroid tedavisi ile taburcu edildi.

SONUÇ: Akut böbrek hasarı ile başvuran hastalarda AİN göz önünde bulundurulmalı ve nefrotoksik ilaç kullanımı yönünden sorgulanmalıdır. İlaçla ilişkili AİN'de tedavinin ilk basamağı sorumlu ilacın kesilmesidir. Dirençli olgularda steroid tedavisi düşünülebilir

Anahtar Kelimeler: intertisyel nefrit, ilaç, akut böbrek hasarı

PP-139

Ağır Metabolik Alkalozla Seyreden Bir Pseudo-Bartter Olgusu

Seda Şimşeker¹, Nurver Akıncı², Gül Özçelik², Ercüment Petmezci³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Pseudo-Bartter sendromu, Bartter ve Gitelman Sendromlarının aksine tübüler defekt olmaksızın metabolik alkaloz ile karakterize bir hastalıktır. Biz ağır hipokalemi alkalozla seyreden bir Pseudo-Bartter sendromu olgusu ile beraber metabolik alkalozla yaklaşımı özetlemeyi amaçladık.

OLGU: Üç aylık erkek olgu, solunum sıkıntısı ve sepsis tanıları ile yoğun bakım ünitemizde takibe alındı. Öyküsünden 36 haftalık preterm olarak 2560 gr doğduğu, VSD+ASD +pulmoner hipertansiyon nedeniyle pulmoner binding uygulandığı; beslenme intoleransı ve reflü sebebiyle nissen fundoplikasyonu ve gastrotomi açıldığı öğrenildi. Akraba olmayan anne-babanın ilk çocuğuydu. Kan basıncı 81/46 mmHg (50p), 2700 gramdı. Ventilatörde izlenen hastada başlanan sildenafil, furosemid, vankomisin, sefotaksim tedavilerine ve continue beslenmeye devam edildi. Tetkiklerde serum Na:132mmol/L, K:2.85mmol/L, Cl:88mmol/L, pH:7.47, pCO₂:50mmHg, HCO₃:36 mmol/L ölçüldü. Renal fonksiyon, idrar çıkışı, serum Ca-P-Mg değerleri normaldi. Sıvı-elektrolit-diazomid tedavisi, aldığı-çıkardığı dengesi ve ventilatör parametreleri uygun şekilde ayarlanmasına rağmen klor tedavisine dirençli metabolik alkaloz+hipopotasemi+ hiponatremi+hipokloremi devam etti. Bartter kliniği olan olguda ayırıcı tanı için yapılan tetkiklerde kistik fibroz ve metabolik tarama, renal USG normaldi. Serum aldosteron:442ng/dL, renin:2078uIU/mL; idrar:FeNa %4, Ca/Cr:4 mg/mg, Cl:101mmol/L, K:35mmol/L yüksek bulundu. Bu bulgularla bartter sendromu düşünüldü, indometazin (2mg/kg/gün) başlandı, NaCl ve KCl replasmanı devam edildi. Tedaviye rağmen dirençli metabolik alkaloz devam etmesi üzerine kardiyolojik olarak tekrar değerlendirilip dolaşımı stabil olunca furosemid tedavisi kesilmesine karar verildi. Tedavi kesildikten sonra hızla bartter tablosu düzelmeye başladı, replasman tedavileri kesildi. Furosemid kullanımına bağlı pseudo-bartter sendromu tanısı konan hastaya, diüretik olarak spironolakton başlandı. Stabil olunca takipli olduğu Kalp Damar Cerrahi merkezine tedavisinin devamı için devredildi.

Anahtar Kelimeler: pseudobartter sendromu, diüretikler, metabolik alkaloz



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-140

Renal Agenezinin Farklı Bir Formu: Zinner Sendromu

Güler Yıldırım¹, Nurver Akıncı², Gül Özçelik²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi

GİRİŞ: Zinner Sendromu, agenetik böbrek, ipsilateral seminal vezikül kisti (SVK) ve ejakulatör kanal obstrüksiyonu triadından oluşan nadir bir sendromdur. Genellikle 3. dekat sonrası infertilite ile tanı alır. Biz de dizüri şikayetiyle başvurup 16 yaşında erken tanı koyduğumuz olgumuzu sunduk.

OLGU: Altı aydır aralıklı olan ağrılı idrar yapma, sık idrara gitme, kasık ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde idrar yolu enfeksiyonu, inkontinans, kabızlık yoktu. Kan basıncı normal, büyüme ve pubertal gelişmesi yaşına uygundu. Tam idrar tetkiki normal, idrar kültürü sterildi Kan sayımı; serum üre, kreatinin, elektrolitleri normaldi. Üriner sistem ultrasonografisinde (USG) sağ renal agenezi, sol böbrekte kompansantris hipertrofi saptandı. Ayrıca sağ periprostatik bölgede 15 mm çapında anekoik kist gözlemlendi. Bunun üzerine yapılan ayrıntılı skrotal doppler USG'de sağ seminal vezikül kisti olduğu, distal vas deferens obstrüksiyon varlığı, vas deferensin spermatik kord boyunca geniş olduğu gözlemlendi. Sol epididim, vas deferens ve testisler her iki tarafta normaldi. Renal kortikal sintigrafi ile renal agenezi tanısı kesinleşti. Olguya klinik ve radyolojik olarak Zinner Sendromu tanısı kondu. Çocuk üroloji kliniği ile konsülte edildi, kist rezeksiyonu planlandı. Renal agenezi açısından çocuk nefroloji kliniğimizce takibe alındı.

TARTIŞMA: Konjenital SVK ve aynı taraflı böbrek yokluğu ortak embriyolojik kökenle açıklanabilir. Bu kistler, seminal vezikül salgısı nedeniyle zamanla büyüyerek genç erişkin dönemde semptomatik olabilir. Beş mm'nin altındaki SVK'ler asemptomatiktir, Semptomatik olanlar daha çok 20'li yaşlardan sonra büyük SVK'nın kitle etkisi ile çevre organlara basısı nedeniyle ortaya çıkar. Dizüri, kabızlık, karında ele gelen kitle, ağrı ve prostatit bulguları olabilir. Infertilite, hematospermi, mikroskobik hematüri, enürezis, epididimit ve kronik idrar yolu enfeksiyonu nadir semptomlardır. Kistlerde nadiren malign transformasyon bildirilmiştir. Tanıda USG yeterli olabilmekle beraber, gereğinde pelvik-skrotal MRI çekilebilir.

SONUÇ: Üriner semptomlar ile gelen erkek çocuklarda USG'de tek böbrek varsa ve şikayetleri açıklayacak başka bir neden yoksa, Zinner Sendromu akla gelmelidir. Ayrıntılı inguinal-skrotal USG ve doppler USG istenmesi erken tanı ve tedavi olanağı sağlar.

Anahtar Kelimeler: zinner, seminal vezikül kisti, agenetik böbrek

PP-141

İki kardeşle saptanan Kriyoprin ilişkili Periyodik Sendrom

Banu Özata Abanoz¹, Gül Özçelik², Nurver Akıncı²

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, İstanbul

Tekrarlayan ateş sendromları nadir görülen hastalıklardır. Bu hastalıklar enfeksiyon olmadan sistemik inflamasyon ataklarıyla karakterizedir. Kriyoprin ilişkili periyodik sendrom (CAPS) kriyoprin veya NLRP3 proteinini kodlayan CIAS1 genindeki mutasyon sonucu gelişen otoinflamatuvar hastalıktır. Hastalar genellikle ateş, ürtiker gibi deri döküntüleri ve sistemik inflamasyona bağlı eklem rahatsızlığı gibi şikayetlerle başvurur. Oldukça nadir görülmesi nedeniyle bu iki CAPS olgusunu sunmayı amaçladık. 7 yaş 5 aylık kız hasta 2 yıl önce ateş, karın ağrısı ve idrar kaçırma yakınmalarıyla polikliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik saptanmadı. Başvuru anındaki fizik muayenesi doğaldı. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu öyküsü olan hasta takip ve tedaviye alındı. Vezikoüreteral reflü dışlanan hastanın idrar yolu enfeksiyonu ve ıslatma problemi fonksiyonel işeme bozukluğuna bağlandı. Ayda bir ateş ve karın ağrısı atakları devam eden hastanın akut faz testlerinin yüksek olması, bu yakınmaları açıklayan başka bir hastalık saptanmaması üzerine Ailevi Akdeniz Ateşi (AAA) olabileceği düşünüldü. Kolşisin 2*1 başlandı. Kolşisin tedavisi altında mevcut yakınmaları sık aralıklarla devam eden hastada yapılan genetik testte MEFV gen mutasyonu saptanmadı. Altı ay boyunca takibindeki klinik yakınmaları ve laboratuvar testleri düzelmeyen hasta; dirençli AAA veya diğer otoinflamatuvar hastalıklar açısından incelenmeye başlandı. Kolşisine dirençli olması nedeniyle IL-1 reseptör blokörü Anakinra tedaviye eklendi. 21.03.2017 de alınan CIAS1/NLRP3 geni V200M heterozigot saptandı. Hastaya CAPS tanısı konularak mevcut tedavisine devam edildi. Hastanın izleminden bir yıl sonra 3 yıl 10 ayaşındaki kız kardeşi benzer yakınmalarla getirildi. Ayda bir ateş ve karın ağrısı yakınmalarıyla gelen hastada mikroskobik hematüri saptandı. Akut faz testleri yüksek olan hastada sistemik enfeksiyonlar dışlandı. Kolşisin 1*1 başlandı. Ablaının otoinflamatuvar hastalığı nedeniyle bu hastada yapılan genetik incelemede MEFV geni mutasyonu saptanmadı. CIAS1 / NLRP3 geni Q705K heterozigot saptandı. Bu hasta da CAPS tanısı konularak takip ve tedavimiz altına alındı. IL1 reseptör blokörü tedavisi planlandı. Sonuç olarak; çocukluk çağında belirli zaman aralıklarıyla tekrarlayan ve etiyojisi tam aydınlatılamayan ateşin ayırıcı tanısında periyodik ateş sendromları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: AAA, Ateş, CAPS, karın ağrısı



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-142

Nadir görülen bir olgu: Otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı

Bağdagül Aksu, Güzide Doğan, Ayşe Ağbaş, Özgün Başaran Kaya, Murat Elevli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı (ORPKBH), böbreğin kollektör kanallarında fuziform dilatasyon ve konjenital hepatik fibrozise neden olan "duktal plate" malformasyonları ile karakterize, ağır seyirli, nadir görülen, kalıtsal bir hastalıktır. Bu hastaların yaklaşık %30'u yenidoğan döneminde kaybedilir. Yenidoğan döneminde hayatta kalmayı başaran hastalarda zamanla ciddi sistemik hipertansiyon, böbrek yetmezliği ve portal hipertansiyon gelişir.

OLGU: Nefroloji takibi için tarafımıza başvuran on aylık erkek hasta, oligohidroamniyoz tanılı anneden 35. GH da 2500 gr olarak doğmuş. Solunum sıkıntısı ve pnömotoraks nedeniyle yenidoğan ünitesinde yatmış. Batın ultrasonografide boyutları büyük, korteks-medulla ayrımı kaybolmuş, hiperektojen ve multipl kistleri olan böbrekler ve hiperektojen karaciğer saptanmış. Anne ve baba batın USG normalmiş. Kan basıncı yüksekliği (180/100 mmHg) nedeniyle 3 aylıkken antihipertansif ilaç (amlodipin) başlanmış. Anne baba arasında akrabalık olmayan hastanın fizik muayenesinde VA: 8,2 kg (10-25.pers), Boy: 70 cm (10-25.pers), TA: 138/89 mmHg idi. Her iki böbrek ele geliyordu, sağda 6 cm, solda 4 cm hepatomegali ve 4 cm splenomegali mevcuttu. Böbrek fonksiyon testleri (üre: 44.5 mg/dl, kreatinin: 0.15 mg/dl), karaciğer fonksiyon testleri (AST:55 U/L, ALT: 32 U/L) ve koagülasyon parametreleri normaldi. Tam kan sayımında özellik yoktu. Tam idrar tahlilinde pH:5, dansite 1011 idi. Kan basıncı takibinde ölçümleri 99. persantilin üzerinde seyreden hastanın tedavisine ramipril eklendi, izlemde dozu artırıldı. Portal hipertansiyon ve hipersplenizm gelişimi açısından Çocuk Gastroenteroloji tarafından takibe alındı. İzlemde 2 kez idrar yolu enfeksiyonu geçirdi. Genetik mutasyon analizinde PKHD1'de homozigot mutasyon saptandı. Amlodipin ve ramipril tedavisi ile kan basıncı normal aralıkta seyretmektedir. Trimetoprim-sulfametoksazol profilaksisi ile enfeksiyonsuz izlenmektedir.

SONUÇ: ORPKBH'da ciddi kan basıncı yüksekliği erken dönemde başlayabilir, erken tanı ve tedavisi önemlidir. ORPKBH tedavisinde organ yetmezliği gelişen hastalarda karaciğer nakli veya eş zamanlı böbrek ve karaciğer nakli uygulanmaktadır. Bu nedenle, nadir görülen bu vakaların multidisipliner bir yaklaşımla takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, konjenital hepatik fibroz, polikistik böbrek hastalığı,

PP-143

Epidermolizis Büllosalı Bir Nutcracker Sendrom Olgusu

Esra Özpınar¹, Sevgi Yavuz², Aysel Kıyak², Mehmet Halit Serdar Sander³, Seyithan Özyayın³
¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul
²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bölümü, İstanbul
³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahi Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Epidermolizis bülloza (EB) deride ve müköz membranlarda minimal travmalarla bül ve erozyonların oluştuğu, nadir görülen, hereditör heterojen bir hastalık grubudur. Bül ve erozyonlar konjonktival, oral, gastrointestinal, respiratuvar ve genitoüriner mukozalarda ortaya çıkabilir. Ağır jeneralize formlarında üreter retansiyon, hidronefroz ve mesane hipertrofisi gibi ürolojik komplikasyonlar görülebilir. Nutcracker sendromu (NCS) ise sol renal venin süperior mezenterik arter ve abdominal aorta arasında sıkışmasının yol açtığı tablodur. Genellikle pubertal dönemdeki ince astenik çocuklarda görülür ve asemptomatik proteinüri ile seyeder. Literatürde daha önce EB ve NCS birlikteliği bildirilmemiştir. Burada EB ve sol üreterovezikal bileşke darlığı ile izlenen ve eş zamanlı NCS olan bir hasta takdim edilmiştir.

OLGU: 16 yaş EB tanılı kız hasta sol yan ağrısı ve dizürü ile başvurdu. Özgeçmişinde 1.5 ayıktan itibaren tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve hematuriden dolayı çocuk nefroloji ve cerrahi kliniklerinde izlendiği, solda hidroüreteronefrozu ve aralıklı nefrolitiazisi olduğu öğrenildi. Fizik muayenede ince, astenik görünümde, sistem muayeneleri doğal ve ciltte belirgin lezyonu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde renal fonksiyon testleri normal, idrarda protein 10 mg/kg/s idi. Taş metabolik testlerinde hipositatürü dışında özellik saptanmadı. USG'de mesanede diffüz duvar kalınlığı artışı, mesane posteriorunda 3x1 cm'lik yumuşak doku kitlesi (hematom/bül?) ve sağ üreter distal 1/3 kısmında üroepitelyal mukozal kalınlaşma izlendi. Önceki VCUG, DMSA normal iken MAG-3 sintigrafide her iki üreterin belirgin düzeyde dilate olduğu ve diüretikle dilatasyonun kaybolduğu görüldü. IVP'de pelvik staz gözlemlendi. Sistoskopide mesane trigonunda çok daha yoğun olmak üzere aşırı trabekülasyon ve sistit bulguları vardı. Ürodinamik incelemede aşırı aktif detrüsör aktivitesi izlendi. Hastanın proteinürisinin devam etmesi üzerine renal biyopsi yapıldı. Patoloji sonucu normaldi. Renal doppler USG NCS şeklinde raporlandı. Omega 3, beslenme desteği ve antikoagüler tedavi başlandı.

SONUÇ: EB'li olgular ürolojik komplikasyonlar açısından idrar tahlili ve USG ile takip edilmeli, proteinüri gelişen ince yapılı bireylerde NCS göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Epidermolizis Bülloza, Nutcracker Sendromu, Üreterovezikal Bileşke Darlığı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-144

Batında şişlik ile başvuran renal lenfanjiyektazi olgusu

Berna Bal, Ayşe Ağbaş, Güzide Doğan, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Renal lenfanjiyektazi perirenal, peripelvik ve intrarenal lenfatiklerin gelişimsel malformasyonu ile karakterize selim, nadir görülen bir hastalıktır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi, çoğunlukla karın ağrısı, yan ağrısı, hematüri, proteinüri, abdominal kitle, alt ekstremitelerde ödeme veya hipertansiyon etiyolojisi araştırılırken insidental olarak tanı almaktadır. Renal lenfanjiyektazide nadir görülen bir semptom olan karın şişliği ile başvuran olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: 4 yaşında kız hasta, polikliniğimize karında şişlik nedeniyle başvurdu. Hastanın 2-3 hafta önce geçirdiği ÜSYE sonrası karın şişliğinin arttığı ve 1 hafta önce yapılan batın USG'de asit saptandığı öğrenildi. Fizik bakışında batın distandü görünümdeydi ve perküsyonda asit ile uyumlu matite mevcuttu. TA normal sınırdıydı. Laboratuvarında karaciğer, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitleri, koagülasyonu, serolojisi normal sınırlardaydı. PA AC grafisi normaldi. Eko: PFO saptandı.

Batın USG'de karaciğer parankimi-boyutu normal, safra yolları, pankreas boyutu ve ekojenitesi normaldi. Her iki böbrekte, en büyüğü sağda üst polde 4 cm çapında olmak üzere birbirileri ile bağlantılı subkortikal yerleşimli kistik lezyonlar görüldü.

Parasentez yapıldı. Asit biyokimyası, pH ve dansitesi normal bulundu. Gönderilen mayide hücre saptanmadı, kültürlerinde üreme olmadı. Serum-asit albumin gradienti 0.9 bulunduğundan portal hipertansiyon dışlanarak diğer etyolojik nedenler araştırıldı. Pankreatik asit (amilaz normal), biliyer perforasyon (bilirubin normal), şilöz asit (trigliserit normal), peritoneal karsinomatozis (malign sitoloji saptanmadı) ekarte edildi.

Batın MR'da karaciğer, dalak ve böbrek normal boyutlarda olup bilateral perirenal mesafede septa-solid komponent içermeyen, kontrast tutulumu göstermeyen ve böbrek konturunda indentasyona neden olan multipl kistik lezyon izlendi. İntraabdominal yaygın serbest sıvı mevcuttu.

Toraks BT'de akciğer parankimi normal olmakla birlikte; sağ hemitoraksta en derin yerinde 13 mm plevral efüzyon saptandı. Hastaya spiranolakton başlandı. Tedavinin 2. ayında asit ve plevral efüzyon kaybolup, kistlerde anlamlı gerileme mevcuttu.

SONUÇ: Renal lenfanjiyektazi çok sık karşılaştığımız karın ağrısı, hipertansiyon, proteinüri ya da nadiren karın şişliği gibi nonspesifik semptomlarla karşımıza çıkabilir. Selim ve nadir görülen fakat ayırıcı tanıda akıldan bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Renal lenfanjiyektazi, Renal lenfanjiyomatozis, böbrek kisti,

PP-145

Asit ve plevral efüzyon ile bulgu veren renal lenfanjiomatozis olgusu

Ayşe Ağbaş¹, Bağdagül Aksu¹, Berna Bal¹, Güzide Doğan¹, Türkan İkizceli², Hatice Nilgün Selçuk Duru¹, Murat Elevli¹

¹1. S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²2. S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Renal lenfanjiyektazi renal lenfatiklerin gelişimsel malformasyonu ile karakterize selim, nadir görülen bir hastalıktır. Hastalar asemptomatik olabileceği gibi, çoğunlukla karın ağrısı, yan ağrısı, hematüri, proteinüri, abdominal kitle araştırılırken insidental olarak tanı almaktadır.

OLGU: Dört yaşında kız hasta 2 aydır olan karın şişliği ile başvurdu. Fizik bakıda kan basıncı normaldi. Batın distandü görünümdeydi, ikinci dereceden asit vardı. Ödem hepatosplenomegali yoktu. Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri (AST: 31 IU/L, ALT: 20 IU/L, alb: 4,5 g/dl, üre: 18 mg/dl, kreatinin: 0,3 mg/dl) ve koagülasyon parametreleri normaldi. Tam idrar tahlilinde özellik yoktu. Batın USG'de batın içi serbest sıvı vardı. Karaciğer parankimi doğal, karaciğer ve dalak boyutları normaldi. Sağ böbrek 82 mm, sol 88 mm, parankim kalınlıkları 10 mm. Her iki böbrek parankim ekojenitesi grade 1 artmıştı ve en büyüğü 4 cm çapında olmak üzere subkortikal yerleşimli kistik lezyonlar görüldü. Asit ayırıcı tanısı için parasentez yapıldı. Seröz renkteki mayinin biyokimyasal incelemesi transüda ile uyumluydu. Adenozin Deaminaz Aktivitesi (1.1 U/L) normaldi. Mayii de hücre görülmedi, kültürde üreme olmadı. Viral serolojide özellik yoktu. Batın MR'da hepatobilier sistem doğaldı. Perirenal septa-solid komponent içermeyen, kontrast tutulumu göstermeyen ve böbrek konturunda indentasyona neden olan birbiri ile ilişkili multipl kistik lezyon izlendi. Kesit alanına giren sağ hemitoraksta 13 mm plevral efüzyon saptandı. EKO'da patoloji yoktu. Radyolojik olarak renal lenfanjiomatozis tanısı kondu. Spiranolakton tedavisi başlandı. Tedavinin 3. ayında plevral efüzyon kayboldu, asit belirgin geriledi. USG'de Böbrek etrafındaki kistler benzer boyutta sebaat etmektedir.

SONUÇ: Renal lenfanjiomatozis nadir görülen bir hastalık olup böbreğin kistik hastalıklarının ayırıcı tanısında düşünülmelidir. Asit ile birlikteliği nadir olmakla beraber özellikle otozomal resesif polikistik hastalık ile karışabilmektedir. Tanı klinik prezentasyon ve spesifik radyolojik bulgular ile konur. Tedavide diüretik, cerrahi ve skleroterapi bildirilmekle beraber nüks sıktır.

Anahtar Kelimeler: Renal lenfanjiomatozis, asit, plevral efüzyon, çocuk



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-146

Hipotonik infantta atipik hemolitik üremik sendrom olgusu

Edral Sarı, Abdulkadir Bozaykut, Nihan Uygur Külcü, Günce Başarır, Meltem Güneş Çakmak, Fatma Ceren Kırıl
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

Hemolitik Üremik Sendrom (HÜS), mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetmezliği ile karakterizedir. Akut başlangıçlı bir hastalıktır. Genellikle gastrointestinal sistem veya üriner enfeksiyonlardan sonra ortaya çıkmakla birlikte altta yatan hastalığı olan bebeklerde spontan olarak da ortaya çıkabilmektedir. Hastalığın % 10 kadarı atipik HÜS şeklinde ve bu vakaların da çoğunluğu kompleman sistemini ilgilendiren genetik veya edinsel nedenle ortaya çıkabilmektedir. Olgu üç aylık kız bebek, ateş, inleme, emmede azalma şikayetleriyle çocuk acilde değerlendirildi. Hasta yapılan ilk muayenede kapiller dolum zamanı uzamış, inleme mevcut, yaygın kutis marmoratus, hipotoni, dismorfik yüz görünümü mevcuttu. Diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Hasta hipotoni ve kilo alamama nedeniyle dış merkezde çekilen beyin MR görüntülemesinde serebellar hipoplazi bulgusu olduğu ve çocuk nöroloji bölümünden takip edildiği öğrenildi. Olgu sepsis, metabolik hastalık ötanisiyla servise yatırıldı. Kan, idrar, beyin omurilik sıvısı kültürü alındı. Yapılan ilk tetkiklerde kan sayımı, biyokimyasal değerler, kan gazları, tam idrar tetkiki normaldi. Hastanın metabolik hastalık yönünden kan ve idrar aminoasitleri, homosistein, B12, folat, laktat, amonyak tetkikleri istendi. Parenteral antibiyotik tedavisi, dolaşımı desteklemek amacıyla iv hidrasyon ve dopamin infüzyon tedavisi başlandı. Olgu üçüncü gün genel durumu daha iyi olduğu için sıvı desteği kesildi. Yedinci gününde ani başlayan takipne solukluk ve yalanma şeklinde konvülsiyon gözlenen hasta tekrar değerlendirildi. Laboratuvar sonuçlarında hiponatremi (sodyum 123), kreatinin yüksekliği (1,26) anemi (Hb:7), trombositopeni (41000), LDH yüksekliği (1617), hiperürisemi (10,3), idrarda 3 pozitif protein, 1 pozitif hemoglobin tespit edildi. Periferik kan yaymasında anemi ve hafif hemoliz bulguları tespit edildi. İdrar çıkışı oligürik olan hasta HÜS olarak değerlendirildi. Böbrek ultrasonunda böbreklerde ekojenite artışı tespit edildi. Olguya böbrek yetmezliği tedavi protokolü başlandı, transfüzyon yapıldı, antikonvülzan tedavi başlandı. Olgu çocuk yoğun bakım ünitesinde takibi ve renal replasman tedavisi için başka bir merkeze transfer edildi. Bu olgu, özgeçmişinde hipotoni ve intrakraniyal patoloji olması, başvuru anında tipik enfeksiyon bulgusunun olmaması nedeniyle, nadir görülen Hemolitik Üremik Sendroma dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: hemoliz, oligüri, trombositopeni

PP-147

Pnömoni ile Birlikte Görülen Akut Poststreptokoksik Glomerulonefrit Tanılı Bir Olgu

Nuran Küçük, Ufuk Yükselmiş, Özge Karataş, Furkan Koçaslan, Fatma Kaya Narter
Kartal Dr.Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Akut glomerulonefrit çocuklarda en yaygın görülen şekli genellikle 3 ve 12 yaş arasında görülen poststreptokokal glomerulonefrit (PSGN) olup %15 vakada A grubu β - hemolitik streptokokların nefritojenik suşları ile olan bir enfeksiyonu müteakiben görülür. Burada pnömoninin eşlik ettiği bir PSGN tanılı olgu sunulacaktır.

OLGU SUNUMU: 6 yaş 4 aylık kız hasta ateş, idrar yaparken yanma, öksürük ve kusma nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde 9 aylıkken Kawasaki hastalığı geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde ateş, bilateral kostovertebral açısı hassasiyeti, orofarinx ve tonsillerde hiperemi vardı. Tetkiklerinde WBC:20700 (%94 PNL), sedimentasyon:65, CRP:194, üre:89, kreatinin:1.62, dansite:1030, pro:+2, hb:+2, leu:+2 idi. Akut piyelonefrit, üst solunum yolu enfeksiyonu ve akut böbrek yetmezliği tanıları ile yatırılarak seftriakson başlandı, sondası takılıp aldığı=çıkarıldığı + insensibilite şeklinde düzenlendi. Yatışının ikinci gününde solunum sıkıntısı ve makroskopik hematürisi başlayan hastanın sağ hemithoraxta solunum sesleri azalmıştı ve bilateral bazallerde ince krepitan raller duyuldu. PA akciğer grafisinde sağ akciğer tümüyle radyopak olup sol akciğer alt lob radyopak izlenmekteydi. Yoğun Bakım Ünitemize alınarak pulmoner ödem ihtimaline karşı lasix infüzyonu başlanıp aynı zamanda pnömoni ihtimali ile teikoplanin eklendi. Kalp yetmezliği açısından yapılan ekokardiyografisi normal olup karaciğeri büyük değildi. Lasix infüzyonu ve oksijen ihtiyacı ikinci günde kalmadı. Hem bu bulgularla hem de akciğer grafisi bulgularının geç düzelmesiyle pulmoner ödemden uzaklaşıldı ve pnömoni kabul edildi. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlandı. C3 çok düşük ve ASO yüksek olup PSGN tanılı olgunun hipertansiyonu 2. haftada, hematürisi 10. günde, oligürisi 1. haftada, akciğer grafisi 14. günde, proteinürisi 1,5 ayda, C3 1. ayda, mikroskopi hematürisi 2. ayda normale döndü. Takibi sorunsuz sürmektedir.

SONUÇ: PSGN, nadiren atipik ve yaygın olmayan semptomlarla görülebilir. Akut böbrek yetmezliği sık görülmemekle beraber immün aracı ve immün aracı olmayan komplikasyonlarla seyredebilir. Bizim olgumuzdaki pnömoni bir komplikasyon olabileceği gibi koincidans olarak da gelişmiş olabilir. Nadir bir durum olduğu için paylaşmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek yetmezliği, poststreptokoksik glomerulonefrit, pnömoni



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-148

Uyuz nefrit yapar mı? Skabiese sekonder glomerulonefrit olgusu

Salih Türk, Hülya Kaçmaz, Sevgi Yavuz, Aysel Kıyak, Rumeysa Yasemin Çiçek
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Akut glomerulonefrit (AGN), intraglomerüler inflamasyon ve hücre proliferasyonuna yol açan çeşitli hastalıkların oluşturduğu nefritik tablodur. AGN'nin klasik örneği akut post-streptokokal glomerulonefrittir (APSGN). Etken A grubu beta hemolitik streptokok olup kış aylarında faranjit, yaz aylarında piyodermiyi takip eder. Klinik bulgular hematüri, oligüri, ödem, hipertansiyon ve akut böbrek yetersizliğidir. Diürez 1-2 haftada başlayıp akut faz 6-8 hafta içerisinde düzelir. Sosyoekonomik şartların iyileşmesi ile birlikte APSGN prevalansı azalmış olup piyodermiye sekonder APSGN vakaları çok nadir görülmektedir. Skabies ise *Sarcoptes scabiei*'nin neden olduğu kaşıntılı bir deri enfestasyonudur. Patognomonik lezyonu silion olup kabuklu formlarında el ve ayaklarda büyük verrüköz lezyonlar görülmektedir. Tedavi edilmeyen enfestasyonlarda impetigo yaygın bir sekel olarak görülmektedir. Ayrıca piyodermaların komplikasyonu olarak bazı hastalarda % 8'e kadar varabilen sıklıkta glomerulonefrit gelişebilmektedir. Burada skabies zemininde pyoderminin tetiklediği bir APSGN olgusu takdim edilmiştir.

OLGU: 14 yaşında erkek hasta eller ve ayaklarda yara, idrar renginde koyulaşma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde periorbital-pretibial ödem, ellerde ve ayaklarda deskuamasyon, gövdede yoğun olmak üzere yaygın pürülan, yer yer kurutlu lezyonları mevcuttu. Kan basıncı 140/80 mmHg idi. Laboratuvar incelemesinde idrarda protein (+++), eritrosit (+++), serum kreatinin 1,26 mg/dL, üre 149 mg/dL, albumin 2,7 g/dL, kolesterol 117 mg/dl, CRP 15 mg/L, C3 27 mg/dL, C4 13 mg/dL, ASO >600, ANA (-) idi. Dermatoloji cilt lezyonlarını skabiese bağlı pyodermi şeklinde tanımladı. Permetrin içerikli krem ve rifampisinli pansuman önerildi. Klinik olarak APSGN düşünülen hastaya i.v furosemid ve sefazolin başlandı. Bir hafta içinde oligüri, hipertansiyon ve makroskopik hematürisi kaybolan, böbrek fonksiyon testleri ve cilt bulguları düzelen hasta diyeti ve alacağı sıvı miktarı konusunda eğitim verilerek taburcu edildi.

SONUÇ: Skabies basit bir cilt enfestasyonu olarak görülüp tedavi geciktirilmemeli, hastaların tedaviye uyumu sağlanmalıdır. Sekonder piyodermi gelişen vakalarda idrar çıkışı ve rengi sorgulanmalı, AGN açısından uyanık olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: skabies, nefrit, akut böbrek yetmezliği

PP-149

Sekonder Fankoni Sendromunun en sık genetik nedeni sistinozis

Didem Kalaycı¹, Sevgi Yavuz², Hilal Karaoğlu¹
¹İ.SBÜ.KSS EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Kliniği, İstanbul
²İ.SBÜ.KSS EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları –Çocuk nefroloji Ana Bilim Dalı

AMAÇ: fanconi sendromu kliniği ile gelen süt çocuğunda sistinozis düşünülmesi gerektiğine ve erken tanı ile renal fonksiyon bozukluğunun ilerlemesini engellemenin mümkün olduğuna dikkat çekmektir.

GİRİŞ: nefropatik sistinozis, sistinin lizozomlarda taşınma bozukluğuna bağlı hücre içinde birikmesiyle giden, otozomal resesif bir hastalıktır. Sistinin renal tübüllerde birikmesine bağlı poliüri, polidipsi, dehidratasyon, asidoz (fonkoni kliniği) gelişir. Fankoni sendromunun en sık genetik nedenidir. Doğumda tamamen normal olan hastanın 6, aydan sonra büyüme geriliği başlar. Tanı konulamayan olgularda 6 ila 12 yaş arasında son evre renal yetmezlik gelişir. Korneal tutulum ile fotofobi, tiroid atrofisine bağlı hipotroidi, yutma güçlüğü, myopati, pankreas yetmezliği, serebral atrofi geç dönemde hücre içi birikime bağlı olarak karşımıza çıkar.

OLGU: 6 aylık erkek hasta, 1 aydır beslenme bozukluğu, poliüri, polidipsi kliniği ile başvurdu fizik muayenede açık saç ve cilt rengi mevcut. Dehidrate, göz küreleri çökkün, fontanel çökkün, soygeçmişte 2 derece akraba evliliği mevcut. Tetkiklerinde: idrar tahlilinde ph 5,5 dansite 1005 proteinüri 3+, glüközürü 3+, biyokimya da na 136 k 2,7 ca 10,8 fosfor 1,6 kan gazında metabolik asidoz saptandı. Nefrokalsinozis açısından bakılan renal usg: bilateral böbrek parankim ekosunda grade 1 artış, el bilek grafisi rikets ile uyumlu, 24 saatlik idrarda protein 26 mg/m2/saat, tiroid fonksiyon testleri normal. Göz konsültasyonu normal. Kan lökosit içi sistin düzeyi gönderildi. 2,2 nmol(2-5 nmol homozigot sistinozis) olarak sonuçlandı. Tedavisi metabolik asidozu önlemek için scholl solüsyonu, d vitamini ve fosfor desteği, hipopotasemi için joule solüsyonu olarak düzenlendi. Sisteamin tedavisi başlandı. Olgumuzu sunmamızın nedeni: intrauterin dönemde dahi (amniyosentezle koryonik villuslarda sistin gösterilmesi ile) tanı konma imkanı olan bu hastalığın fankoni kliniği ile gelen hastada genetik bir neden olarak akla gelmesi gerektiği ve bu sayede akut ve kronik komplikasyonların en aza indirilmesinin mümkün olabileceğidir. Gelecekte beklenenler arasında bebeklik döneminden itibaren sisteamin kullanımı ile geç komplikasyonların tamamen önlenmesi, renal transplantasyondan korunmanın imkanının olup olmadığı şeklindenir.

Anahtar Kelimeler: genetik, fanconi, sistinozis, süt çocuğu, nefroloji,



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-151

Polikistik böbrek hastalığı olan yenidoğanda candida kefyre bağlı idrar yolu enfeksiyonu

Meliha Aksoy Okan, Hacer Aktürk, Sevilay Topçuoğlu, Güner Karatekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları SUAM, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde Candida kaynaklı idrar yolu enfeksiyonu sıklığı % 0.5'dir. Ancak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan hastalarda, özellikle konjenital renal ve üriner sistem anomalileri varlığında insidans %40'a kadar ulaşmaktadır. İlk olarak kefirden izole edilen Candida kefyre özellikle erişkin hastalarda hematolojik malignensi varlığında ortaya çıkan bir non-albicans Candida enfeksiyonu etkenidir. Yenidoğan döneminde nadir görülmesi nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

OLGU: Antenatal displastik böbrek ön tanısıyla 28 yaşındaki annenin 5. gebeliğinden 2. canlı doğum olarak son adet tarihine göre 33+6 haftalık 2435 gram ağırlığında spontan vajinal yolla doğan olgunun fizik muayenesinde batında böbrek lojunda bilateral ele gelen kitlesi mevcuttu. Ultrasonografik incelemesinde, her iki böbrek boyutlarının belirgin artmış ve böbreklerin batının tamamına yakını doldurmakta olduğu gözlemlendi. Her iki böbrekte çok sayıda milimetrik boyutlu kistler izlenmekte idi. Bu bulgularla hastada otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı tanısı düşünüldü. İzlemede böbrek boyutlarındaki progresif artışa sekonder basıya bağlı solunum sıkıntısı ve beslenme intoleransı gelişen hastaya yatışının 13. gününde sol nefroüreterektomi operasyonu yapıldı ve periton diyaliz kateteri yerleştirildi. Postnatal 18. günde periton diyalizi başlandı. Yatışının 31. gününde genel durumun bozulması nedeniyle alınan tetkiklerinde akut faz reaktanlarında artış ve trombositopeni saptanması üzerine kültürleri alınarak antibiyoterapi ve antifungal tedavi olarak flukonazol tedavisi başlandı. Sonda ile alınan idrar kültüründe 100.000 koloni Candida kefyre üretti. Kan kültüründe üreme olmadı. Üriner sistemin ultrasonografik incelemesinde fungus topu görülmedi. Kontrol idrar kültüründe üreme olmayan hastanın flukonazol tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. Hasta genel durumu stabilize olduktan sonra periton diyalizi ile 76. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Yenidoğan döneminde sık görülmeyen Candida kefyre literatürde ileri derecede vezikoüreteral reflüsü olan bir olguda tekrarlayan üriner sistem enfeksiyonuna ve pyelonefrite neden olduğu bildirilmiştir. Son yıllarda sayıları gittikçe artan çoklu ilaç direnci olan Candida türleri arasında da adı geçmektedir. Candida kefyre flukonazol için yüksek MIC değerlerine sahip olsa da bizim olgumuzda olduğu gibi tam tedavi şansı henüz kaybedilmiş değildir.

Anahtar Kelimeler: candida kefyre, üriner sistem enfeksiyonu, polikistik böbrek

PP-152

Yenidoğanda Tekrarlayan Pnömotoraksın Nadir Bir Sebebi: Özofagus Rüptürü

İlkay Özmeral Odabaşı, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Hasan Sinan Uslu, Duygu Besnili Acar, Bülent Güzel, Ahmet Telloğlu, Evrim Kiray Baş
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Pnömotoraks yenidoğan döneminde hayatı tehdit eden bir durumdur. Term yenidoğanlarda nadir olarak bildirilmesine rağmen, preterm infantlarda % 6,3 oranında daha sık görülmektedir. Pnömotoraks yenidoğan döneminde spontan oluşabileceği gibi, neonatal pnömoni, mekonyum aspirasyon sendromu, respiratuar distres sendromu ve yenidoğanın geçici takipnesi tanılı bebekler ile canlandırma sırasında özellikle pozitif basınçlı ventilasyon uygulanan, mekanik ventilatöre bağlanan bebeklerde görülmeye riski yüksektir. Bu çalışmada özofagus perforasyonunun eşlik ettiği bir pnömotoraks olgusunun sunulması amaçlanmıştır.

OLGU: Sağlıklı, 30 yaşında annenin ilk gebeliğinden 23 gestasyon haftasında, 560 g ve ikiz eşi olarak doğan bebek solunum çabası olmaması nedeniyle doğum sonrası entübe edildi ve surfaktan uygulandı. İzleminde postnatal 4. gün entübe olarak SIMV modunda takip edilen olgunun ani desaturasyon gelişmesi nedeniyle ile çekilen akciğer grafisinde sağ akciğerde pnömotoraks saptandı. Toraks tüpü takılarak aralıklı akciğer grafileri ile izleme devam edilen hastanın postnatal 10. gün toraks tüpünün çekilmesine karar verildi. Entübe olarak izlemine devam edilen ve orogastrik sonda eşliğinde beslenen bebeğin postnatal 13. günde çekilen akciğer grafisinde orogastrik tüp ucunun sağ akciğer parankimine doğru yönelmiş olduğu görüldü. Özofagus perforasyonu düşünülerek çekilen kontrastlı direkt grafide pulmoner alana kontrast geçişi saptandı. Bebeğin düşük doğum ağırlığı nedeniyle çocuk cerrahisi ile birlikte nonoperatif tedaviyle takip kararı alındı. İzlemede iki kez daha pnömotoraks gelişmesi üzerine toraks tüpü takıldı. Postnatal 33. günde çekilen kontrastlı pasaj grafinde patoloji saptanmaması üzerine enteral beslenmeye bağlanan hastanın takiplerinde tekrar pnömotoraks izlenmedi.

SONUÇ: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde pnömotoraks sıklığı %1-2 arasında değişmektedir. Bu olguda tekrarlayan pnömotoraks durumunda yenidoğanda nadir görülen durumlardan biri olan özofagus perforasyonunun da akla gelmeli ve özellikle düşük doğum ağırlıklı bebeklerde beslenme sondası kullanımında dikkatli olunmalıdır. Farklı nedenlerle çekilen grafilerde her türlü invaziv aracın yerinin değerlendirilmesi erken tanıda önemli rol oynamaktadır.

Anahtar Kelimeler: pnömotoraks, preterm, özofagus rüptürü



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-153

Şilöz asit tedavisinde oktreotid kullanımı sonucu gelişen nekrotizan enterokolit

Gonca Vardar, Meliha Aksoy Okan, Abdülhamit Tüten, Elif Özalkaya, Nilgün Karadağ, Sevilay Topçuoğlu, Güner Karatekin
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları SAUM Neonatoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan döneminde nadiren görülen şilöz asit lenfatik kanalların obstrüksiyonu, atrezisi veya travma sonucu periton boşluğunda lenf sıvısının birikimidir. Bir somatostatin analogu olan oktreotid splanknik vazokonstriksiyon ile birlikte gastrik, pankreatik ve intestinal sekresyonları da azaltarak şilöz akımın azalmasını sağladığı için tedavide kullanılmaktadır.

OLGU: Antenatal dönemde nonimmün hidrops fetalis, abdominal asit ve polihidramnios tanıları ile izlenen hasta 32 yaşındaki annenin 2. gebeliğinden 34+3 haftalık 2450 gram ağırlığında sezaryen ile doğdu. Fizik incelemesinde tüm vücutta yaygın gode bırakan ödemi mevcuttu. Batın ultrasonografik incelemesinde en geniş yeri 30mm ölçülen yaygın asit mayi görüldü. Asit sıvısının incelemesinde 1083/mm³ beyaz küre, %80 lenfosit saptandı. Anne sütü ile beslenme başlanan ve total parenteral nütrisyon alan hastanın postnatal 17. günde karın çevresinde ani artış olması üzerine parasentezle şilöz görünümde 45ml asit mayi boşaltıldı. Periton sıvı incelemesinde 1060/mm³ beyaz küre (%78,3 lenfosit), 466 mg/dl trigliserid saptanan hasta orta zincirli trigliserid içeren formula ile beslenmeye geçildi. Postnatal 21. gününde asit miktarının artması üzerine oktreotid tedavisi 2mcg/kg/saat olarak başlandı. Postnatal 22. gününde batın distansiyonu, kusma, melenalar gelişen hastanın ayakta direkt batın grafisinde pnömatozis intestinalis mevcuttu. Nekrotizan enterokolit (NEK) düşünülen ve oktreotid tedavisi kesilen hastaya postnatal 23. gününde çocuk cerrahisi tarafından multiple jejunal perforasyon alanları tamiri, ileal rezeksiyon ve ileostomi operasyonu yapıldı. Postop orta zincirli trigliserid içeren formula ile beslenen hasta postnatal 51. gününde anne sütü ile beslenerek taburcu edildi.

SONUÇ: Splanknik vazokonstriksiyon etkisi doz bağımlı olarak artan oktreotid genellikle eşlik eden siyanotik konjenital kalp hastalığı, hiperosmolar beslenme gibi diğer risk faktörleri varlığında barsak dolaşımının bozulmasına ve NEK gelişimine neden olmaktadır. Hastada NEK için eşlik eden risk faktörü olmaması, düşük dozda oktreotid kullanımı ile NEK gelişimi nedeniyle bu olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Şilöz asit, oktreotid, nekrotizan enterokolit

PP-154

Yüksek doz intravenöz immunglobulin aldıktan sonra septik artrit gelişen yenidoğan

Elif Özalkaya¹, Alev Aktaş¹, Meliha Aksoy¹, Rıdvan Mete Oral², Güner Karatekin¹
¹SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
²SBÜ Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: İntravenöz immunglobulin (IVIG) direkt coombs pozitif yenidoğan sarılıklarında hemolizi azaltmak için kullanılmaktadır. IVIG retikuloendotelial sistem (RES) hücrelerindeki Fc reseptörlerini bloke ederek, fetal eritrositlerin RES hücreleri tarafından yıkılmasını önlemektedir. Bu olgu sunumunda yüksek doz IVIG'den sonra septik artrit gelişen bir yenidoğan sunulmuştur.

OLGU: G3P2, 32 yaşındaki gestasyonel diabetli anneden C/S ve polihidramnios nedeniyle 36 haftalık, 3890 gr olarak doğan kız bebek, indirekt hiperbilirubinemi nedeniyle yatırıldı. ABO uyumsuzluğu ve direkt coombs pozitif olan hastaya total bilirubin exchange sınırına yakın olması nedeniyle ilk 72 saat içerisinde 3 kez 1 gr /kg'dan IVIG verildi. 8 gün boyunca fototerapi alan hastaya hemotokrit düşüklüğü nedeniyle 1 kez eritrosit süspansiyonu verildi. Klinik sepsis olarak değerlendirilen hastanın idrar kültüründe üreme olması üzerine amikasin başlandı. 8 günlük amikasin tedavisi kesildikten sonra sağ kalçada hareket kısıtlılığı gelişen hastanın septik taraması pozitif saptandı. Vankomisin ve meropenem tedavisi başlandı. Ortopedi ile konsulte edilen hastada septik artrit düşünüldü. İlk 24 saat içerisinde ortopedi tarafından artroskopi ile abse boşaltıldı ve dren konuldu. Aspirat sıvı direkt bakısında kok saptanan hastanın dreni 5. Gün çekildi. Postoperatif 14. Gününde eklem aspiratında vankomisin hassas Stafilokok aureus üreyen hastanın meropenem tedavisi kesildi. Vankomisin tedavisi 30 güne tamamlandı. Postoperatif 24. Gününde ortopedi ve çocuk polikliniklerine gelmek üzere taburcu edildi.

Sonuç: IVIG ve septik artrit arasındaki ilişkiyi gösteren olgu sunumu literatürde bulunmamaktadır. Bizim olgumuzda olduğu gibi yüksek doz verilen IVIG ile aynı zamanda sepsiste varsa opsonize edilen mikroorganizmaların RES Fc reseptörlerine bağlanarak fagositozu, RES'deki Fc reseptörlerinin IVIG ile blokajı nedeniyle engellenmiş olabilir. Sonuç olarak yüksek doz IVIG tedavisinin yenidoğanlarda hematogen mikroorganizmaların RES'lerde fagositozunu azaltabileceği ve lokalize enfeksiyonlara neden olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: artrit, intravenöz immunglobulin, yenidoğan



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-155

Primer Genital HSV Enfeksiyonlu Anne Bebeğine Yaklaşım

Bülent Güzel¹, Sinan Uslu¹, Nazan Dalgıç², Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülbul¹, Duygu Acar¹, İlkay Özmeral Odabaşı¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

GİRİŞ: Neonatal herpes enfeksiyonu 1/3200 - 10.000 sıklıkta görülür. Neonatal herpes enfeksiyonu ciddi mortalite, morbidite ve kalıcı sekelle seyredebilir, üç şekli vardır: Lokalize (cilt-göz-ağız) hastalık; santral sinir sistemi hastalığı ve yaygın hastalıktır. Enfeksiyon en sık intrapartum dönemde membranların yırtılması sonrası asendan yolla doğum ile elde edilir. Bu olguda daha önce HSV öyküsü olmayan ancak gebeliğinin son trimesterinde aktif genital herpes enfeksiyonu saptanan annenin asemptomatik bebeğine yaklaşım tartışıldı.

OLGU: Yirmi iki yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 39+4 GH'de annede aktif genital herpes enfeksiyonu olduğu için C/S ile 3230 gram olarak erkek bebek doğurtuldu. Doğum sonrası bebek klinik takip ve tedavi amacıyla yenidoğan yoğunbakım ünitesine yatırıldı. Hastadan ağız, nazofarenks, konjunktiva ve anüsten yüzey kültürleri postnatal 24. saatinden sonra alındı. BOS ve kandan numune alınarak (HSV-DNA) PCR çalışıldı. Hastaya amprik olarak asiklovir tedavisi intravenöz başlandı. Klinik takiplerinde ateş, deri lezyonları, ağız içi ülserasyonları gözlenmedi. Nörolojik muayenesi ve göz dibi incelemesi doğaldı. Tetkiklerinde karaciğer fonksiyon testleri ve hemogramında anormallik yoktu. Yüzey kültürleri negatif olan hastanın (HSV-DNA) PCR sonucu da negatifti. Bunun üzerine asiklovir tedavisi 10 güne tamamlanarak kesildi. Takiplerinde herhangi bir klinik ve serolojik patolojiye rastlanılmadı.

SONUÇ: Primer aktif genital HSV enfeksiyonu olan annenin lezyon saptandıktan sonra 7-10 gün asiklovir tedavisi alması uygundur, bebeğe bulaş riskini en aza indirmek için doğumu sezaryan ile olmalıdır. Kontaminasyonu engellemek için bebek doğduktan 24 saat sonra yüzey kültürleri alınmalıdır. Bebek annesi ile kalabilir ancak anne YDYB ünitesine alınmamalıdır. Annenin memesinde aktif lezyon yoksa bebek emzirilebilir. Daha önce öyküsü olmayan aktif lezyonlu anne bebeklerinde semptom yok ve tetkikleri negatifse asiklovir tedavisi 10 gün yeterlidir. Literatüre uygun olarak bizim olgumuzda yüzey kültürleri 24 saatten sonra alındı, anne de aktif lezyon olduğu için YDYB ünitesine alınmadı ancak sütü sağılarak verildi. Tedavisi 10 güne tamamlanarak hasta taburcu edildi.

Anahtar Kelimeler: asemptomatik bebek, asiklovir, neonatal HSV enfeksiyonu,

PP-156

İdiopatik Konjenital Şilotorakslı Yenidoğanda Farklı Beslenme Stratejisi

Bülent Güzel¹, Sinan Uslu¹, Tanyel Zübarioğlu², Ali Bülbul¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Duygu Acar¹, İlkay Özmeral Odabaşı¹, Ahmet Tellioglu¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Metabolizma Kliniği

GİRİŞ: Lenfoid sıvının plevral aralıkta birikmesine şilotoraks denir. Plevral sıvıda lenfosit hakimiyeti ve trigliserid düzeyinin 1,1 mmol/L'nin üzerinde olması ile tanı konulan konjenital şilotoraks vakalarının sıklığı 1/10000 olarak bildirilmektedir. Lenfatik sistem malformasyonları, konjenital kalp hastalıkları, kromozom anomalileri, mediasten maligniteleri etyoloji için de yer alsa da çoğu olguda neden saptanamamaktadır. Bu yazıda, idiyopatik konjenital şilotoraksa kısa süreli konservatif tedavi sonrası serbest anne sütüyle beslenme sağlanan yenidoğan olgusu ve beslenme stratejisi literatür eşliğinde sunulmuştur.

OLGU: Son adet tarihine göre 33 GH'da intrauterin bilateral plevral effüzyon tanısı ile in-utero sol plevral aralığa şant takılan erkek bebek, takibi sırasında erken membran rüptürü gelişmesi üzerine acil sezaryen ile doğurtuldu. Doğum sonrası entübe edilerek yeni doğan yoğun bakım ünitesine alınan ve akciğer grafisinde sağ hemitoraksta effüzyonu olan hastaya toraks tüpü takıldı. Anne sütü ile minimal enteral beslenme sonrası alınan plevral mayi örneğinde trigliserit:1,2 mmol/L ölçülen ve %92 lenfosit hakimiyeti saptanan hastaya şilotoraks tanısı konuldu. Total parenteral nutrisyon (TPN) tedavisi başlanan hastaya, verilen enerjinin %25'inin yağlardan ve yağ içeriğinin %75'inin orta zincirli yağ asitlerinden (MCT) oluştuğu özel beslenme programı başlandı. Günlük takiplerinde toraks tüpünden gelen plevral sıvı kademeli olarak azaldı ve postnatal 17. gününde kesildi. Postnatal 19. gününde toraks tüpü çıkarılan hastanın beslenme listesindeki LCT içeriği ve yağlardan gelen enerji oranı kademeli olarak arttırıldı. Haftalık kontrol toraks USG'sinde plevral sıvı rastlanmayan hasta postnatal 33.gününde serbest anne sütüyle beslenmeye geçilerek taburcu edildi. Serbest anne sütüyle enteral olarak beslenen bebeğin takiplerinde plevral mayi birikimi izlenmedi ve klinik patoloji saptanmadı.

SONUÇ: Konjenital şilotoraks yönetiminde kesin bir tedavi protokolü yoktur. Vakaların %50'den fazlası MCT içeren diyetle düzelmiştir. Literatürde beslenme stratejileri tam olarak belirlenmemekle birlikte farklı enteral beslenme modelleri yer almaktadır. Bu çalışmada erken dönemde MCT ve anne sütünden oluşan özel beslenme tedavisiyle kontrol altına alınan ve sonrasında serbest anne sütüyle beslenmeye geçilebilen idiyopatik konjenital şilotoraks olgusu sunuldu.

Anahtar Kelimeler: anne sütü, konjenital şilotoraks, MCT



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-157

Yaşamının 3. Gününde Konvulziyonla Prezente Olan Polisitemi Olgusu

Bülent Güzel, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Acar, İlkay Özmeral Odabaşı
SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Yenidoğan konvulziyonu, yenidoğan döneminde en sık görülen nörolojik acil durumlardan biridir ve hayatın ilk haftasında daha sık görülür. Görülme sıklığı 1.5-5/1000'dir. Bebeklerin gebelik yaşı ve doğum tartıları azaldıkça artmaktadır. Bu çalışmada yenidoğan döneminde konvulziyon ile gelen bir polisitemi olgusu ele alındı.

OLGU: Otuz bir yaşındaki anneden 40+1 GH'de normal spontan yol ile 2870 g olarak doğan kız bebek, postnatal herhangi bir yakınması olmaması üzerine kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Postnatal 3. gününde rutin poliklinik kontrolünde muayene anında gözler yukarı ve baş sola doğru, sabit bakış şeklinde 10 sn süren konvulziyonu gözlenen hastanın bakılan glukoz:16 mg/dl saptandı. IV puşe dekstroz uygulandı. Fizik muayenesinde pletoreik görünüm dışında patolojik bulgusu olmayan hasta tetkik ve gözlem amacıyla YYBÜ'ye yatırıldı. Tetkiklerinde glukoz:6 mg/dl, kalsiyum:8,4 mg/dl, iyonize kalsiyum:1.2, tam kan sayımında Hct:%72, Hgb:24.9 gr/dl, trombosit: 21000/mm3 saptandı. Santral venöz Hct:%76 olan, konvulziyon geçiren, hipoglisemisi olan, trombositopenisi saptanan hastaya polisitemi tanısıyla kısmi kan değişimi (KKD) yapıldı. Takibinde kontrol Hct:%50, trombosit:93000, glukoz:66 mg/dl saptandı. Kan gazı ve metabolik taramaları normal saptandı. Yapılan transfontanel USG, batin doppler USG'si ve EEG'si normaldi. Yatışı boyunca konvulziyonu gözlenmeyen hasta taburcu edildi. Takiplerinde klinik ve EEG izlemlerinde patoloji izlenmedi.

SONUÇ: Yenidoğanda konvulziyon etiyolojisi postnatal güne bağlı olarak farklılık göstermektedir. Yaşamının 3. gününde ortaya çıkan konvulziyonlarda öncelikle hipoglisemi, hipokalsemi, asfiksi, intrakranial kanama, MSS enfeksiyonları ve anomalileri, yenidoğanın epileptik sendromları akla gelmektedir. Polisitemi çoğunlukla asemptomatik olmakla birlikte intrakranial kanama, renal ven trombozu, nekrotizan enterokolit, persistan pulmoner hipertansiyon, konvulziyon gibi bulgularla yaşamın ilk 6 saat içinde karşımıza çıkabilmektedir. Literatürde polisitemiye bağlı ortaya çıkan konvulziyon ve nörolojik bulgulara yine yaşamın ilk gününde rastlanılmaktadır. Polisitemi açısından risk faktörü saptanmayan fakat yaşamının 3. gününde polisitemiye bağlı konvulziyonla prezente olan olgumuz polisiteminin klinik bulgusunun geç dönemde ortaya çıktığı farklı bir prezantasyon olması nedeniyle dikkat çekicidir. Yaşamın ilk gününden sonra ortaya çıkan konvulziyon etyolojisinde polisitemi de akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: kısmi kan değişimi, konvulziyon, polisitemi

PP-158

Yenidoğanda Polisiteminin Farklı Bir Prezantasyonu: Supraventriküler Taşikardi

Bülent Güzel¹, Sinan Uslu¹, Muhammed Karabulut², Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülbül¹, Duygu Acar¹, İlkay Özmeral Odabaşı¹, Ahmet Tellioglu¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ: Neonatal polisitemi, santral venöz hematokritin %65 veya hemoglobin değerinin 22gr/dl 'nin üzerinde olmasıdır, yenidoğanların %2-4'ünde görülür. Bebekte beslenme güçlüğü, hipoglisemi, apne/siyanoz, letarji, takipne, taşikardi ve jitterines bulguları gibi geniş bir klinik prezantasyona sahiptir. Supraventriküler taşikardi çocukluk çağında en sık görülen ritm bozukluğudur ve yenidoğan döneminde 4-5/1000 görülür. Kalp atım hızı genelde 220-280atım/dk arasındadır. Literatürde polisitemili yenidoğanlarda taşikardi tanımlanmasına rağmen SVT ile birlikteliği belirtilmemekte olup bu çalışmada erken tanı konup etkin tedavi edilmezse ciddi morbiditeye sebep olacağı bildirilen polisitemili yenidoğan bebeğe uygulanan kısmi kan değişimi (KKD) etkinliği ve mutlak endikasyon değerlendirilmesi tartışılmıştır.

OLGU: Otuz yedi GH'de annenin 4. gebeliğinin izleminde bebeğin fetal taşikardileri saptanması üzerine hasta acil C/S ile 3200 gr olarak doğurtuldu. Doğum odasında kalp atım hızı 270/dk olan yenidoğan bebeğe çekilen EKG ile supraventriküler taşikardi tanısı kondu, bu sırada bakılan santral Hct değeri %73 olarak saptandı. Hastaya KKD ile birlikte tek doz adenozin yapıldı. KAH 110/dk'ya gerileyen hastada sinüs ritmi görüldü. Kontrol Hct:%58 olarak saptandı. Postnatal 2.gününde hastaya holter EKG bağlandı. 24 saatlik holter EKG'sinde iki SVT atağı görülmesi üzerine hastaya digoksin tedavisi başlandı. Transfontanel USG'si ve Renal ven trombozu açısından bakılan batin doppler USG'si normal saptandı. SVT etyoloji ile ilgili yapılan biyokimyasal ve serolojik incelemelerde patoloji saptanmadı. KKD sonrası takiplerinde aritmisi olmayan, beslenmesi iyi olan hasta poliklinik kontrolüne gelecek şekilde taburcu edildi.

SONUÇ: KKD ile neonatal polisitemiye bağlı bazı morbiditeler daha ortaya çıkmadan kısa sürede geri döndürülebilir, intrakranial kanama, renal ven trombozu, nekrotizan enterokolit, persistan pulmoner hipertansiyon gibi komplikasyonların gelişmesini engellenebildiği, hipoglisemi, hipokalsemi, beslenme intoleransı gibi bulguların ise düzeltilebildiği gösterilmiştir. Literatürde KKD'nin mutlak endikasyonu sadece PPH için tanımlanmıştır. Vakamız etyolojisinde polisitemi dışında bir patolojiye rastlanılmaması ve KKD sonrası SVT'nin tekrarlamaması nedeniyle SVT saptanan polisitemili olgularda KKD mutlak endikasyon olarak değerlendirilebilir. Hemodinamik olarak stabil polisitemik vakalarda KKD'nin SVT'nin tekrarı veya SVT'ye bağlı gelişebilecek komplikasyonların engellenmesinde faydalı olabileceğini düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: kısmi kan değişimi, polisitemi, supraventriküler taşikardi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-159

Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde 34 gestasyon haftasının altında doğup mekanik ventilasyon tedavisi gören prematürlerin değerlendirilmesi

Serdar Pop, Demet Oğuz, Emel Ataoğlu, Murat Elevli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmamızdaki amaç SBÜ Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aralık 2014- Kasım 2017 yılları arasında 34 Gestasyon haftasının altında doğup mekanik ventilasyon tedavisi alan prematüre yenidoğanlarda mortalite ve morbidite oranlarını değerlendirerek bu oranların iyileştirilmesini sağlamak için nelere dikkat edilmesi gerektiğine ışık tutmaya çalışmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemizde Aralık 2014- Kasım 2017 arasında 34 gestasyon haftası altında doğan ve mekanik ventilasyon tedavisi alan prematüre yenidoğanlar retrospektif olarak hastane bilişim sistemi üzerinden epikrizleri taranarak değerlendirildi. Kayıtlar elektronik ortama aktarıldı. Çalışmada elde edilen bulgular değerlendirilirken, istatistiksel analizler için SPSS 20.0.0 programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metodların yanı sıra niteliksel verilerin karşılaştırılması için Ki-Kare testi kullanıldı.

BULGULAR: Çalışma süresince kliniğimizde yatan, mekanik ventilatör tedavisi alan ve 34 gestasyon haftasının altında doğmuş olan 95 hasta çalışmamıza dahiledildi. Olguların %48,8'i kız, %51,2'si erkek idi. Doğum ağırlıkları ortalaması $1536,7 \pm 568$ (440-2640) idi. Doğum haftası ortalaması $29,94 \pm 3,3$ (22-24) idi. Olguların gestasyon haftaları sınıflaması incelendiğinde; 20 olgunun 26 hafta ve daha küçük, 9 olgunun 26+1-28+0 hafta arasında, 32 olgunun 28+1-32+0 hafta arasında, 34 olgunun 32+1-34+0 hafta arasında olduğu görülmektedir. Olguların %37'si normal spontan vajinal yolla, %63'ü sezeryan ile doğmuştu. Olguların %62'si 24 saat içinde entübe edildi. %38'i hiç entübe edilmeden non-invazif ventilasyonla takip edildi. Bununla beraber ilk gün içinde entübe olan %33,8 olgu aynı gün içinde ekstübe edilip non-invazif ventilasyona geçildi. Olgularımızın 9'u exitus olmuş, 86 olgu ise taburcu edilmiştir. Olgularımızın %7,3'ü prematürite retinopatisi, %10,4'ü bronkopulmoner displazi, %40'ı patent duktus arteriyozus, %23,2'si nekrotizan enterokolit, %10,5'i intraventrüküler hemoraji, %6,2'si akut böbrek yetmezliği, %2,1'i pnömotoraks, %9,8'i ateletaksi, %14,7'si apne, %4,3'ü pulmoner hemoraji olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Bu çalışmada 34 haftanın altında doğup mekanik ventilasyon tedavisi gören prematürelere mekanik ventilasyon ihtiyacının en sık RDS nedeniyle olduğunu, doğum kilosu ve gestasyonel yaşı azaldıkça, morbidite ve mortalite oranlarının arttığını gördük.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, morbidite, mortalite, perinatal risk faktörleri, mekanik ventilasyon komplikasyonları

PP-160

Prematüre Bir Yenidoğanda Mide Perforasyonu

Kemal Pişmişoğlu, Timuçin İmdadoğlu, Aysun Boğa, Şirin Güven
Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan mide perforasyonları; nadir görülen, tedavisi yapılmadığı takdirde morbidite ve mortalitesi yüksek olan acil bir durumdur. Gastrointestinal sistem perforasyonların %7'sini oluşturur. Primer(spontan /idiopatik) veya sekonder(iskemik / travmatik) nedenleri olabilir. Genellikle yaşamın 72. saatinde gelişir. Çalışmamızda YYBÜ'nde takipne nedeniyle izlenirken 7.günde mide perforasyonu gelişen olguyu, nadir olması ve tüm yenidoğan döneminde düşünülmesi amacıyla sunduk.

OLGU: Normal yolla 35.GH'da 2530 gram doğan erkek bebek, takipnesi olması üzerine YYBÜ'ne alındı. Tetkikleri normaldi. nCPAP'ta izlenirken 2. günde bulguları geriledi. Beslenmesi, aldığı çıkardığı ve vital bulgularının takibi yapıldı. Postnatal 7.günde batın distansiyonu ve kusmaları oldu, orali stoplanıp NGS takıldı. Kirli rezüdüleri ve ADBG'sinde batında serbest havası olan bebek gastrointestinal perforasyon ön tanısıyla ileri bir merkeze nakledildi. Çocuk cerrahisi, görülen mide perforasyonunu primer suturela kapattı. Postoperatif dönemde stenoz gelişen bebek 2.operasyon sonrasında beslenmeyi tolere etti ve taburcu edildi.

TARTIŞMA: Mide perforasyonu; prematüre, DDA'lı ve erkek yenidoğanlarda daha sık görülen nadir bir durumdur. Midedeki ince kas tabakası, yatarken hava yutulması, anormal gastrik peristaltizm ve kusma hazırlayıcı faktörlerdendir. Olguların %20'sinde sebep tanımlanabilmiştir. Primer perforasyondan olası anoksiye bağlı gastrik nekroz, sekonder perforasyondan ise NEK, stres ülseri, gastrik entübasyon/aşırı mide distansiyonu ve kortikosteroid/NSAID kullanımı sorumludur. Olguların % 96'sı ilk haftada (en sık 3.günde) başlayan karın şişliği ve dispneyle bulgu verir. Olgumuzda prematür bir erkek bebektir, bulgular 7. günde görülmüştü. Tanıda ADBG altın standarttır. Diyafram altında serbest hava ve heybe görünümü önemli radyolojik bulgulardandır. Peritoneal kontaminasyon süresi, sepsis, asidoz ve asfiksi kötü prognozu göstergelerindendir. Tanı, erken konularak acil medikal ve cerrahi tedavisi planlanmalıdır. Cerrahi tedavi primer onarımdan, stoma açılması veya mide rezeksiyonuna kadar değişebilmektedir. Olgumuzda primer onarım yapılmıştır. Spontan perforasyonlarda değişik boyutlarda lineer perfore alanlar, iyatrojenik perforasyonlardaysa hemorajinin olduğu delik şeklindeki alanlar görülür. Olgumuzdaki bulgular iyatrojenik perforasyonu desteklemektedir. Sonuç olarak, ilk haftalarda ani gelişen batın distansiyonu beslenme intoleransı durumlarında mide perforasyonu düşünülmeli, erken yaklaşımın mortalite ve morbiditeyi azalttığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Batın Distansiyonu, Beslenme İntoleransı, Yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-161

İleri Derecede Prematüre Bir Bebekte Zor Bir Deneyim: Periton Diyaliz Uygulaması

İlkay Özmeral Odabaşı¹, Hasan Sinan Uslu¹, Nurver Akıncı², Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülül¹, Duygu Besnili Acar¹, Bülent Güzel¹, Ahmet Tellioglu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Kliniği

GİRİŞ: Yenidoğan dönemi dış ortama uyum sağlanmaya çalışılan yaşamın en hassas sürecidir. Bu dönemde yenidoğanın böbrekleri birçok fizyolojik değişimle karşı karşıyadır. Sağlıklı yenidoğanların böbrekleri bu uyum sürecini sorunsuz atlatabilirken, prematürelerin böbrek fonksiyonları birçok faktörden etkilenebilmektedir. Yenidoğan döneminde karşılaşılabilecek en önemli sorunların başında gelen akut böbrek hasarı (ABH) bazen periton diyalizi gerektirmekle beraber özellikle 1000 gramın altındaki bebeklerde uygulamada yaşanan teknik zorluklar ve komplikasyonlar nedeni ile sınırlıdır. Bu çalışmada 23 gebelik haftasında, 560 g olarak doğan ABH nedeni ile periton diyalizi uygulanmış bir olguda yaşanan deneyimlerin paylaşılması amaçlanmıştır.

OLGU: Sağlıklı, 30 yaşında anneden 23 gebelik haftasında, 560 g ve ikiz eşi olarak doğan erkek bebeğin solunum çabası olmaması nedeniyle doğum odasında entübasyon ihtiyacı oldu. Erken neonatal sepsis, pnömotoraks tanıları ile izlenen bebeğe toraks tüpü takılarak uygun antibiyoterapi, sıvı ve elektrolit desteği verildi. Postnatal 16. gününde E. Coli'nin etken olduğu sepsis atağı sırasında anürisi ve kreatinin yüksekliği (2.23 mg/dl) saptandı. Farmakolojik tedaviye cevap vermeyen hasta ABH ön tanısı ile Çocuk nefroloji birimi ile konsülte edilerek periton diyalizi başlandı. Genel durumu stabil olmayan hastaya ameliyathane şartlarında diyaliz kateteri takılması denendi fakat peritoneal aralığın dar olması nedeniyle deneme başarısız oldu. Anürisi devam eden hastaya yatak başında peritoneal aralığa nazogastrik sonda yerleştirilerek 10ml/kg/saat olarak manuel yöntem ile periton dializine başlandı. Postnatal 27. günde diürezinin yeterli olması ve kreatinin değerinin gerilemesi nedeni ile işlem sonlandırıldı. Postnatal 57. gününde hasta akut sepsise bağlı yaygın kanama dizatezi ile kaybedildi.

TARTIŞMA: Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde izlenen prematüre bebeklerde %24'e ulaşan oranlarda görülen ABH'nin yönetimi güçtür. Özellikle 1000 g altındaki bebeklerde peritoneal aralığın ve kataterin takılacağı alanın son derece dar olması kateterin takılmasında teknik zorluklara ve imkansızlıklara yol açmaktadır. Vakamızda olduğu gibi ileri derecede prematüre bebeklerde beslenme sondası ile alternatif bir teknik uygulama yararlı olabilmektedir. Yine bu bebeklerde diyaliz uygulamasının devamlılığı önemli olduğundan makine ile yaşanan sorunlar manuel uygulama ile aşılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: periton diyalizi, prematüre, akut böbrek hasarı

PP-162

Yenidoğanda fasiyal paralizi, Bir olgu sunumu

Güliden Ak, Nurcan Ünal, Betül Türen, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

AMAÇ: Yenidoğan dönemindeki fasiyal paralizi genellikle gelişimsel (konjenital) veya travmatik nedenli olarak gözlenen, bilateral veya unilateral olan ve bebeklerde yüz asimetrisine neden olabilen nadir bir durumdur. Bebeklerde doğum şekli, maternal ilaç kullanımı ve aile öyküsü sorgulanmalı; uzamış zor doğum öyküsü bulunan ve yüzde asimetrisi olan bebekler doğum travması açısından araştırılmalıdır. Doğum travmasına bağlı olarak görülen periferik sinir paralizileri içerisinde en sık fasiyal paralizisine rastlanılmaktadır ve genellikle birkaç haftada kendiliğinden düzelir. Biz makat geliş nedeniyle fasiyal paralizi gelişen olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: Gebeliğinde ilaç kullanımı veya enfeksiyon hikayesi olmayan 35 yaşındaki annenin üçüncü gebeliğinden, 39. haftasında 3390 gr kız bebek, makat geliş nedeniyle sezeryan ile doğdu. Aile hikayesinde anne-baba arasında akrabalık olmadığı, ailede doğumsal anomalileri olan herhangi bir bireyin bulunmadığı öğrenildi. Doğum sonrası yapılan muayenesinde vital bulguları stabildi. Fizik muayenede, istirahat halinde ve ağlama sırasında sol depresör anguli oris kasının depresyonunun olmadığı, alın kırıştırmanın, gözleri kapatmanın sağ tarafa göre azalmış olduğu belirlendi. Nazolabial sulkus derinlikleri sol tarafta azalmıştı. Hastada sol fasiyal paralizi düşünüldü. Genel ve kardiyak muayenede herhangi bir patoloji saptanmadı. Mevcut bulgular dışında hastada herhangi bir ek konjenital anomali saptanmadı. Hastanın beslenme güçlüğü yoktu. En son postnatal 1. ayında kontrol edilen hastanın fasiyal paralizisinin düzeldiği görüldü.

SONUÇ: Doğum travmasına bağlı gelişen fasiyal paralizi, daha nadir görülen konjenital mimik kası aplazilerinden kolaylıkla ayrılır. Konjenital mimik kası anomalilerinde yüzde izole bir kas tutulumu söz konusudur ve yüzün diğer mimik kasları normaldir. Konjenital fasiyal paralizisine multipl doğumsal anomaliler de eşlik edebileceği için bu olguların başka anomaliler yönünden de araştırılması gerekmektedir. Doğum travmasına bağlı gözlenen olgularda birkaç hafta içerisinde kendiliğinden düzelmeye gözlenir. Ancak konjenital gelişim defektleriyle birlikte olan fasiyal paralizilerde prognoz, travmatik olanlara göre daha kötüdür.

Anahtar Kelimeler: Doğum travması, Fasiyal paralizi, Yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-163

Yenidoğan Polikliniğine Başvuran Annelerin Topuk Kanı Testi Bilgi Düzeyinin Değerlendirilmesi

Muhammet Mesut Nezir Engin, Önder Kılıçaslan, Merve Aslantaş, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ VE AMAÇ: Türkiye’de tarama programı ilk olarak 1983’te Ankara’da pilot çalışma ile fenilketonüri insidansı araştırılarak başlamış, yüksek olduğunun saptanması üzerine tarama programı yaygınlaştırılmıştır. Doğumdan sonraki 5-10 gün içinde birkaç damla kan ile basit ve ucuz bir yöntem olan Topuk Kanı Testi ile hastalıklar saptanabilir. Son 20 yılda özellikle ardışık kütle spektrometrisi ve DNA analizi gibi yeni teknolojilerin taramalarda kullanılmaya başlanması ile taranan hastalıkların sayısı hızla artmakta, fenilketonüri, konjenital hipotiroidi, kistik fibrozis, orak hücre hastalığı ve dehidrojeneks eksikliği gibi hastalıklar saptanmaktadır. Bu çalışmada ailelerin Topuk Kanı Testi bilgi düzeyi değerlendirilerek yanlışların saptanması, hataların düzeltilmesi ve ailelere Topuk Kanı Testinin önemi ile ilgili verilen eğitimlerin şekillendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu kesitsel tipteki çalışmada, Ocak 2018-Nisan 2018 tarihleri arasında Düzce Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Polikliniğine başvuran annelerin alınması planlandı. Çalışma için etik kurul onayı alındı. Annelerin, demografik bilgileri, obstetrik öyküleri ve topuk kanı testi bilgi düzeyi ile ilgili sorular kaydedildi. Çalışmamız devam etmektedir, şuana kadar 100 anne çalışmaya alınmıştır.

BULGULAR: Annelerin %8’inin 20 yaşın altında, %26’sının 20-24 yaş aralığında, %27’sinin 25-29 yaş aralığında ve %23’ünün 30-34 yaş aralığında olduğu gözlemlendi. Katılımcıların %70’i Topuk Kanı Testi hakkında bilgisinin olmadığını, %74’ü Topuk Kanı Testi hakkında kendilerine bilgi verilmediğini, %76’sı önemli bir test olduğunu, %19’u bu testten bebeğin zarar gördüğünü ve %88’i bebek sağlığı açısından önemli bilgiler sağladığını belirtti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yenidoğan döneminde konjenital hipotiroidi, fenilketonüri, kistik fibrozis ve Biyotinidaz Eksikliği taraması çocuk sağlığı konusunda öncelikli sağlık hizmetleri kapsamında koruyucu sağlık hizmetleridir. Çalışmaya katılan annelerin büyük çoğunluğu Topuk Kanı Testi hakkında bilgilerinin olmadığını ve taraflarına bilgi verilmediğini söyledi, buna karşın anneler önemli bir test olduğunu belirtti. Ailelere Topuk Kanı Testi hakkında bilgilendirme yapılmasının doğum sonrası hastahanelerde ve aile hekimliklerince planlanması son derece önem arz etmektedir. Aileler bilgilendirilmeden Topuk Kanı Testi alınıp alınmamasının ailelerin kararına bırakılması olumsuz sonuçlara yol açabilir.

Anahtar Kelimeler: Topuk Kanı Testi, Yenidoğan, Tarama, Bilgi Düzeyi

PP-164

Yenidoğanda Endotrakeal Yolla Adrenalin ile Tedavi: Nadir Patoloji Matür Bebekte Pulmoner Kanama olgusu

Muhammet Mesut Nezir Engin, Önder Kılıçaslan, Kenan Kocabay
Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Düzce

GİRİŞ: Pulmoner kanama özellikle düşük doğum ağırlıklı ve erken doğan (prematüre) bebeklerde görülen ve nedeni tam olarak aydınlatılamamış olan akciğerlerde kanama ile karakterize bir klinik durumdur. Çok düşük doğum ağırlıklı prematür bebeklerde en yüksek mortalite nedenidir ve %3 ile 32 arasında görülmektedir. Matür bebeklerde çok nadirdir. Pulmoner kanama risk faktörleri düşük gestasyonel yaş ve hafta, doğum odasında resusitasyon, asfiksi, eksik antenatal steroid, patent duktus arteriosus(PDA), enfeksiyon ve surfaktan tedavisidir. Pulmoner kanama prematürelerde %50 ile 82 arasında mortaliteye sahiptir. Prematürenin yüksek mortalitesine neden olan pulmoner kanama ve risk faktörlerini değerlendiren az sayıda çalışma yapılmıştır.

OLGU: Yirmi dört yaşında anneden 39.gestasyonel haftasında sezaryan doğumla 3410 gr olarak doğdu. İnceleme, takipneik ve çekilmeli solunum ve pulmoner kanaması olması nedeniyle tarafımıza sevk edildi. Hastanın tarafımızca yapılan muayenesinde genel durumu kötü, bilinç açık, takipneik ve interkostal çekilmeleri mevcuttu. Saturasyon düşüklüğü olması üzerine entübe edilip mekanik ventilatöre bağlandı. Hasta entübe edilirken aktif taze kanaması görüldü ve mide serbest drenajdan kanlı geleni olması üzerine TDP verildi. Ek doz 1 mg K vit yapıldı. Hastaya yapılan toraks USG’de plevral sıvı gözlenmedi. Hastanın alınan kan tetkiklerinde pH:6,9(7,35-7,45), HCO₃:7,8mEq/L(22-26), pCO₂:47,0mmHg(35-45), Hemogloblin:17,0, Lökosit:16,7bin, Trombosit:207bin, INR:1,21, APTT:26,2sec, AST:95,7IU/L ve ALT:16,4U/mL olarak saptandı. Hastanın çekilen PA AC grafisinde buzlu cam manzarası vardı. Hasta entübasyon tüpünden adrenalinli mayi ile yıkandı ve soğuk Serum Fizyolojik ile mide yıkaması yapıldı. Hastanın 4 saat sonra çekilen kontrol PA AC grafisi normal olarak değerlendirildi. Takiplerinde kanaması tekrarlamayan hasta 8.gününde extübe edildi, sonrasında oksijen ihtiyacı tekrarlayan hastaya 28.gününde Bronkopulmoner Displazi protokolü uygulanarak 31.gününde şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Pulmoner kanama tedavisinde endotrakeal yol ile adrenalin ve yüksek frekanslı ventilasyon uygulanmaktadır. Bizim vakamızda tedaviden 4 saat sonra klinik ve radyolojik iyileşme hızlı bir şekilde sağlanmıştır. Etiyolojisi saptanamayan ve Gastrointestinal Sistem Kanaması ekarte edilemeyen durumlarda endotrakeal yol ile adrenalin tedavisinin yanında midenin soğuk mayi ile yıkanmasının iyileşmeyi hızlandıracağı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Pulmoner Kanama, Yenidoğan, Adrenalin



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-165

Subgrup Uyuşmazlığına Bağlı Gelişen İmmün Hidrops Fetalis:Olgu Sunumu

Burcu Cebeci¹, Demet Oguz¹, Emel Ataoglu¹, Tahir Aydın², Bengü Arslan², Murat Eylevi²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yenidogan Bölümü

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

AMAÇ: Hidrops fetalis; fetusta iki veya daha fazla kompartmanda anormal sıvı birikimi, (cilt ödemi, plevral efüzyon, perikardiyal efüzyon, asit) ile karakterizedir. Etiyopatogenezine göre temel olarak immün ve non-immün olarak ayrılmaktadır. RH immünoglobulinin bulunması ve yaygın kullanımı sonucunda fetal hidrops olgularının %90'ından immün olmayan fetal hidrops sorumlu olmaktadır. Subgrup uyuşmazlıkları değişik derecelerde yenidoğan hemolitik kansızlığına uzamış sarılığa ve nadiren immün hidropsa neden olur. Ünitimizde yenidoğan döneminde anti c subgrup uyuşmazlığına bağlı nadir olarak gelişen ve mortal seyreden bir hidrops fetalis olgusunu bildirdik

OLGU: Yirmi iki yaşında annenin beşinci gebeliğinden ikinci canlı doğum olarak plasenta dekolmanı nedeniyle 32 gebelik haftasında 2200 g sezaryen ile doğdu Doğduğunda bradikardik olan ve spontan solunumu olmayan bebek canlandırma sonrası entübe edilerek YBÜ'ne yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde vücutta yaygın ödemi mevcuttu. Kalp tepe atımı 160 dak ve kan basıncı 54/32 mm Hg idi Laboratuvar testlerinde: anne ve bebek kan grubu: BRh+ ve direkt Coombs pozitifdi Hemoglobin: 4 mg dL hematokrit: 17 lökosit: 20600 mm³ trombosit: 125000 mm³ ve retikülosit: 18 idi Periferik yaymasında 50 nötrofil 30 lenfosit 20 normoblast ve parçalanmış eritrositler onlu trombosit kümeleri vardı Biyokimyasal testlerinde patolojik olarak total protein: 3 g dL albümin: 1 g dL ve total bilirubin: 8 mg dL idi. İmmün olmayan nedenleri belirlemek için yapılan incelemede; TORCH S Parvovirüs B19 ve EBV IgM ile idrarda redüktan maddesi negatif kromozom analizi metabolik tarama testleri hemoglobin elektroforezi glükoz 6 P dehidrogenaz düzeyi, ekokardiyografi ve elektrokardiyografisi normal saptandı İmmün olmayan hidrops nedenlerinin dışlanması hemoliz bulguları ve indirekt hiperbilirübinemisi, direkt Coombs testinde pozitiflik saptanması sonucu yapılan subgrup analizinde anti c antijen uyuşmazlığı saptandı Hastaya intravenöz immün globülin 1 g/kg verildi. Kord kanında bakılan hgb düzeyi düşük ve bilirubin düzeyi yüksek olması nedeniyle kan değişimi yapıldı. Genel durumu kötü seyreden hasta 12. saatinde kaybedildi

SONUÇ: Subgrup uyuşmazlığının şiddetli kansızlık, kan değişimi gerektirecek ciddi hiperbilirübinemi ve oldukça nadir olarak hidrops fetalis kliniğine neden olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmmün, hidrops, fetalis, subgrup, yenidoğan

PP-166

PREMATÜRE BEBEKTE GEÇ DÖNEM SOLUNUM SIKINTISININ ÖNEMLİ ve NADİR BİR NEDENİ: AORT KOARKTASYONU

Mehmet Fatih İleri, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, İlkay Özmeral Odabaşı, Muhammet Karabulut, Bülent Güzel, Duygu Besnili Acar

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Postnatal adaptasyon dönemini geçiren prematüre bebeklerin izleminde gelişen solunum sıkıntısı sıklıkla kronik akciğer hastalığı zemininde gelişen enfeksiyonlar, sepsis, anemi gibi nedenlere bağlı olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmada geç neonatal dönemde pnömoni tanısı ile yatırılarak izlenen ve bu dönemde solunum sıkıntısının nadir bir nedeni olarak aort koarktasyonu tanısı alan prematüre bebek sunulmuştur.

OLGU: Sağlıklı anneden 33 gebelik haftasında nsvd ile 1970 gr doğan, dış merkezde prematürite ve solunum sıkıntısı nedeni ile yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen hasta taburculuk sonrası postnatal 50. gününde rutin kontrol amacıyla polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde takipne ve krepatasyon tespit edilen, akciğer grafisinde parakardiyak minimal infiltrasyon olan hasta pnömoni ön tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Yatışının ilk gününde non-invaziv mekanik ventilasyon desteğine rağmen izleminde CO2 retansiyonu gelişmesi üzerine entübe edilerek SIMV modunda ventile edilmeye başlandı. Kan kültür örneği alınarak uygun antibiyoterapi ve sıvı elektrolit desteği başlandı. İzleminde alınmış olan viral panelinde ve kültür örneklerinde üreme saptanmayan, ekstübe edilerek izlenen ancak solunum sıkıntısı bulguları devam eden hastaya ekokardiyografi yapıldı. Sekundum ASD, arkus aorta ve inen aorta hipoplazisi saptandı. Fizik muayenesinde alt ekstremiteler nabızları palpabl, dört ekstremiteler tansiyonu normal olan hasta BT anjiyografi ile değerlendirildi ve inen aortada subklavian arterin yaklaşık 4 santimetre altında kalan alanda aort koarktasyonu olduğu tespit edildi. Yaşamının 65. gününde aort koarktasyonu düzeltme ameliyatı için pedyatrik kalp damar cerrahisi olan merkeze sevk edilen hastanın operasyon sonrası solunum sıkıntısının kaybolduğu ve patolojik bir bulgu olmaksızın taburcu edildiği öğrenildi. Yapılan poliklinik kontrollerinde solunum sisteminde patoloji saptanmadı, klinik izlem, büyüme ve gelişmesinde anormal bulguya rastlanılmadı.

TARTIŞMA: Prematüre bebeklerin izleminde çoğu kez ekokardiyografi ile değerlendirme yapılmaktadır. Fakat erken neonatal dönemde bazı kardiyolojik hastalıklar saptanamayabilmektedir. Bu çalışmada tekrarlayan solunum sıkıntısı nedeni hastane yatışı olan yenidoğanlarda, özellikle medikal tedaviye yeterli cevap alınamayan durumlarda kardiyak muayenede bir patoloji bulunmasa dahi konjenital kalp hastalıkları ve özellikle değişik seviyelerdeki aort koarktasyonu akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: AORT, KOARKTASYON, YENİDOĞAN



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-167

Yenidoğanda Bir Pnömoni Etkeni Olarak Saptanan Human Bocavirus: Olgu Sunumu

Sevim Atakan Aksoy¹, Burcu Cebeci², Emel Ataoğlu², Demet Oğuz², Kamuran Mutluay¹, Murat Elevli¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Pnömoni neonatal dönemde hastane yatışına sebep olabilen önemli enfeksiyonlardan biridir. Neonatal pnömoni erken ya da geç başlangıçlı olabilir. Pnömonilerde etkenler sıklıkla bakteriyel olmakla birlikte viral ve mantar suşları da neden olabilir. Biz de yenidoğan yoğun bakım ünitemize pnömoni tanısıyla yatırılan ve nazofarengeal sürüntüsünde Human Bocavirüs (HBoV) saptanan hastayı, bu etken çok nadir görüldüğü için sunmak istedik.

OLGU: Postnatal 15. gününde yenidoğan polikliniğimize öksürük, hırıltılı solunum, her iki gözde akıntı şikayetleriyle başvuran erkek hastanın fizik muayenesinde solunum sayısı 65/dk, dinlemekle iki taraflı yaygın krepitan raller ve hışıltılı solunum duyulması üzerine pnömoni ön tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Öz geçmişi seziyari ile 2690 gr ağırlığında doğmuş ve sorunsuz anne yanı takibi sonrası taburcu edilmişti, soygeçmişinde özellik yoktu. Yatışında çekilen akciğer filminde bilateral infiltrasyon, havalanma artışı gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde lökosit sayısı: 8.410/mm³, hgb: 13,3 g/dl, hct: % 36,7, trombosit: 427000/mm³ ve crp: 0,5mg/dl saptandı. Hastaya ampirik olarak ampicilin, sefotaksim ve klaritromisin ve inhaler olarak adrenalın nebül başlandı. Nazofarengeal sürüntü kültürü gönderildi. Viral pnömoni etkenlerinden Human Bocavirüs (HBoV) pozitif saptandı. Antibiyoterapisi kesilerek genel durum takibine devam edildi. Klinik olarak stabil seyreden ve dinleme bulguları tamamıyla düzelen hasta yatışının 9. gününde takibe gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Yenidoğan döneminde özellikle toplum kaynaklı pnömoni nedeni olarak viral etkenler yer almaktadır. Hastalık seyri asemptomatikten ağır pulmoner yetmezlik ve ölümlerle sonuçlanabilecek şekilde ilerleyebilir. Viral suşlar arasında HBoV ilk kez 2005'te çocukluk çağı respiratuvar enfeksiyon etkeni olarak tanımlanmış ve özellikle süt çocukluğu döneminde fatal seyreden pnömonilere sebep olduğu bildirilmiştir. Olgumuz literatürde yenidoğan döneminde bildirilen ve hastane yatışı sonrası taburcu edilebilmiş ilk hasta olduğundan dolayı sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, pnömoni, Bocavirüs

PP-168

Hipotonik Bir Yenidoğan Olgusunda MTHFR Redüktaz Eksikliği

Furkan Erdoğan¹, Fatma Güliz Atmaca¹, Betül Gülşen¹, Mehmet Cihan Balcı², Nilgün Karadağ¹, Güner Karatekin¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Metilentetrahidrofolat redüktaz (MTHFR) enzim eksikliği, homosistein düzeylerinde artış ile sonuçlanan otozomal resesif kalıtsal bir metabolizma bozukluğudur. Erişkinde daha çok arteriyel ve venöz trombozlarla ortaya çıkarken, yenidoğanda hiperhomosisteinemi, homosisteinüri ve trombozun yanı sıra tekrarlayan apne, gelişme geriliği, mikrosefali, konvülsiyonlar, periferik nöropati, hipotoni ile karşımıza çıkar. Burada hipotoni ve tekrarlayan apne ile başvuran, homosistein metabolizma bozukluğu saptanan bir yenidoğan olgusu sunulmuştur.

OLGU: Anne ve babası arasında 2. dereceden akrabalık öyküsü bulunan 24 yaşındaki g3p2 anneden son adet tarihine göre 39 haftalık, 3900gr ağırlığında doğan erkek bebek, taburcu edildikten sonra postnatal 9. gününde acil servise emmede azalma şikayeti ile başvurdu. Fizik muayenesinde bilinci açık, hipotonik hastanın derin tendon ve moro refleksleri çok zayıf alınıyordu. Solunum sıkıntısı olan hasta nasale senkronize intermittan mekanik ventilasyon (n-simv modunda) alındı. Sepsis ön tanısı ile ampicilin ve sefotaksim tedavileri başlandı. Soy geçmişi annede heterozigot smn-1 geni ekzon 7 delesyonu, 5 aylık iken ex olan kardeşinde otozomal resesif geçişli homosistein metabolizma bozukluğu olduğu öğrenildi. Kan gazları normal sınırlarda olan hastadan hipotonisitesi için amonyak, kan idrar aminoasidi, tandem mass tetkikleri ile birlikte kan homosistein düzeyi, B12, folat düzeyleri tetkikleri gönderildi. Kan kültüründe üremesi olmayan hastanın antibiyotik tedavisi 7 güne tamamlandı. Tetkiklerinde homosistein: 130umol/L, folat: >20ng/ml, vitamin B12: 192 pg/ml, kantitatif aminoasit analizinde metionin düzeyi: 4,38 umol/l, klinik ve biyokimyasal verileri ile MTHFR eksikliği düşünüldü. Transfontanel ultrasonografisi normaldi. Çocuk metabolizma hastalıklarına konsülte edilen hastaya betain ve vitamin B12 tedavisi başlandı. Homosistein metabolizma bozukluğu açısından çocuk kardiyojisine konsülte edilen hastada aort kökü dilatasyonu saptandı. Göz muayenesi normaldi. Hastaya fizik tedavi programı düzenlendi. Takibinde vitamin B12: 214pg/ml, homosistein: 154umol/L, folat: >20 ng/ml geldi. Tedavisine piridoksin ve folik asit eklendi. Homosistein düzeyi 59,51umol/l'ye geriledi. İzlemede mekanik ventilatörden çıkan, tonusu daha iyi olan hasta yatışının 62. gününde izlem amacı ile çocuk yoğun bakım ünitesine sevk edildi.

YORUM: Hipotonisite ile gelen bebeklerin ayırıcı tanısında homosistein metabolizma bozuklukları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hiperhomosisteinemi, hipotonik infant, metilentetrahidrofolat redüktaz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-169

Madde Bağımlısı Anne Bebeğinde Otonomik Disfonksiyon İlişkili İntestinal Obstrüksiyon

İlker Gönen, Özge Sağlam, Hilal Karaoğlu, Emre Dinçer, Merih Çetinkaya
Kanuni Sultan Süleyman EAH

Neonatal Yoksunluk Sendromu (NYS) annenin gebeliğinin tamamı veya bir süresi boyunca bağımlılık yapıcı madde kullanmasından dolayı doğum sonrası bebekte çekilme semptomlarının görüldüğü klinik tablodur. Bulguları arasında ölü doğum, prematürite, mikrosefali, düşük doğum ağırlığı, irritabilite, tiz sesli ağlama, tremor, hipertoni, aşırı emme, beslenme zorluğu, kusma, gastrintestinal sistem motilite bozuklukları, konvülsiyon, solunum komplikasyonları görülebilir.

OLGU SUNUMU: 22 yaş eroin bağımlısı olan annenin 2.gebeliğinden 2.yaşayan olarak 26. gestasyon haftasında C/S ile 750 g ağırlığında doğrutulan doğan hasta, postnatal spontan solunumu olmaması üzerine iki kez etkin pozitif basınçlı ventilasyon uygulanmasına rağmen solunumun yüzeysel olması üzerine hasta entübe edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitesine alındı. Entübe şekilde yatırılan olguya antibiyotik tedavisi ile fentanil infuzyonu başlandı. Hastanın postnatal 24.saatinde ajitasyonun artması üzerine neonatal yoksunluk sendromu düşünülerek fenobarbital 20 mg/kg dozundan yüklemesi yapılarak 3 mg/kg/gün dozundan idameye geçildi. Hızlıca ekstübe edilerek izlemde CPAP ve sonrasında oda havasında takibe alındı. İzlemde yatışının 52. gününde tam oral olarak beslenmeye başlandı. Aralıklı olarak gaita çıkışında gecikme olan ve rektal uyarı ile gaita çıkışı olan hastanın postnatal 82. gününde fizik muayenesinde ani gelişen batin distansiyonu tespit edildi. Derin apnesi olan ve pozitif basınçlı ventilasyon ile saturasyonu düzelmeyen hasta entübe edildi. Çekilen ayakta direkt batin grafisinde yoğun gaz gölgesi ve genişlemiş barsak ansları görülen hasta çocuk cerrahisine danışılarak acil operasyona alındı. İlioçekal valvin yaklaşık 15 cm distalinde çekum ve proksimal kolonda kireçleşmiş gaita görüldü. İleostomi açılan ve kolon biyopsisi alınarak postoperatif 5. gününde beslenmeye başlandı ve biyopsi sonucunda ganglion hücreleri görüldü. Genel durumu düzelen ve tam oral beslenen hasta postnatal 100. gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Neonatal yoksunluk sendromu özellikle santral sinir sistemi ile gastrointestinal sistemi etkileyen bir klinik durumdur. Bu olgu ile neonatal yoksunluk sendromunun uzun dönemde olası gastrointestinal motilite azlığı ve fonksiyonel darlığa yol açabileceği ilk defa düşünülmüştür.

Anahtar Kelimeler: madde, intestinal, obstrüksiyon

PP-170

Yenidoğan döneminde cerrahi ile başarılı şekilde tedavi edilen infantil hemanjiyoendoteliyoma: olgu sunumu

Ümran Genç¹, Özge Kürüm Sağlam², İlker Gönen², Emre Dinçer², Merih Çetinkaya²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ:İnfantil hemanjiyoendoteliyoma (İHE), deri, intrakranial, gastrointestinal sistem ve diğer organlarda görülebilen benign vasküler bir tümördür. En sık karaciğerde gözlenen bu tümör çocukluk çağındaki üçüncü en sık hepatik neoplazidir. Olguların çoğu asemptomatik iken İHE'lerin %15'inde konjestif kalp yetmezliği (KKY) gelişmektedir. Burada, antenatal dönemde KKY gelişmesi nedeniyle terminasyon önerilmiş İHE olgusunu, postnatal dönemde cerrahi ile başarılı bir şekilde tedavi edilmiş olması nedeniyle sunmayı amaçladık.

OLGU: 20 yaşındaki anneden 36 gestasyonel haftada normal spontan vajinal yolla doğan erkek bebek solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Öyküsünden dış merkezde hepatomegali, kardiomegali, bilateral akciğer hipoplazisi, polihidramnios tanıları ile takipli olduğu ve terminasyon önerildiği ancak ailenin kabul etmediği öğrenildi. Entübe olarak yatırılan hastanın fizik muayenesinde genel durumu kötü, takipneik, taşikardik, bilateral krepitan raller, 2/6 üfürüm ve 8 cm hepatomegali saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde AST:199 U/L, GGT:807 U/L, LDH:969 U/L, total direkt bilirubin 3.8/1.2 mg/dL, CRP:43 mg/L, olup diğer biyokimyasal ve koagülasyon değerleri normaldi. Ekokardiyografide pulmoner arter akım ve genişliği normal olması ile pulmoner hipoplazi tanısı dışlandı. Batin ultrasonografisinde karaciğer sol lob hipertrofi ve sol lobta en büyüğü 40 mm çapında septalı kitleler saptandı. Abdominopelvik bilgisayarlı tomografide, karaciğer sol lob tamamını dolduran çoğunluğu yamasal tarzda, keskin sınırlı, kontrastlanma gösteren yaygın kitle lezyonları izlendi. Görüntüleme ile İHE tanısı konularak propranolol tedavisi başlandı. Kitlede gerileme olmaması üzerine postnatal 13. opere edildi. Kolesistektomi yapılarak 250 gr kitle çıkarıldı. Postoperatif 3.gün ekstübe edilerek 7.gün enteral beslenmesi başlandı. Kitlenin patolojisi İHE olarak sonuçlanan olgu postnatal 38. gününde ilgili poliklinik takiplerine alınarak taburcu edildi.

SONUÇ:Yenidoğan döneminde sık görülmesine rağmen nadiren semptomatik olan İHE, ön planda medikal tedavi önerilse de KKY'nin önüne geçilemediği veya kitlenin büyük olduğu durumlarda cerrahi ile tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Cerrahi, infantil hemanjiyoendoteliyoma, yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-171

Yeterli Fosfor Desteğine Rağmen Prematüre Osteopenisi Gelişebilir Mi? Olgu Sunumu

Fatma Ceren Kırıl¹, Aslı Okbay Güneş², Meliha Aksoy Okan², Gonca Vardar², Nilgün Karadağ², Ayla Güven³, Güner Karatekin²

¹SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

²Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği

³Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi Kliniği

GİRİŞ: Kalsiyum ve fosfor birikiminin çoğu 3.trimesterde gerçekleşir. Bu nedenle preterm doğan bebeklerin kalsiyum ve fosfor depoları yetersizdir. Otuz hafta altı gebelik yaşı, <1000 gram doğum ağırlığı, erkek cinsiyet, tam enteral beslenmeye geçişin gecikmesi, uzamış total parenteral nütrisyon (TPN), immobilité, güçlendirilmemiş anne sütü, mineral ekskresyonunu arttıran ilaçlar (kafein, diuretikler, deksametazon, sodyum bikarbonat) ve D vitamini eksikliği başlıca risk faktörlerini oluşturmaktadır. Burada yeterli kalsiyum fosfor desteğine rağmen prematüre osteopenisi gelişen bir preterm olgu sunulmuştur.

OLGU: 35 yaşında annenin ilk gebeliğinden ikiz eşi olarak son adet tarihine göre 23+3 haftasında 600 gram olarak doğan kız bebek prematürite ve solunum yetmezliği nedeniyle yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Mekanik ventilatöre (MV) bağlanan hastaya yatışının 1.gününde 100ml/kg/günden, proteini 3gr/kg/günden, lipiti 1gr/kg/günden, kalsiyumu 60mg/kg/günden içeren TPN ve 10ml/kg/günden minimal enteral beslenme (MEB) başlandı. İkinci gün TPN tedavisine 45mg/kg/günden fosfor eklendi. TPN'de proteini kademeli olarak 4gr/kg/gün, lipiti 3gr/kg/gün, kalsiyumu 80mg/kg/gün, fosforu 60mg/kg/güne çıkarıldı. Vitamin ve eser element desteği (Vitalipid 4 ml/kg, Solivit 1 ml/kg) verildi. Biyokimyasal incelemelerinde Ca:7.9 mg/dl, alkali fosfat (ALP):140 ng/ml P:5.3 mg/dl idi. Postnatal 15.günden itibaren enteral beslenmeyi tolere eden hastanın beslenmesi kademeli olarak 10-20 ml/kg/gün arttırıldı. İlk iki hafta boyunca mekanik ventilatörden ayrılamayan ve beslenme artışı ancak ikinci haftanın sonunda yapılabilen hastanın 18.gününde bakılan biyokimyasında ALP:1021ng/ml, Ca:10.3mg/dl, P:4.3mg/dl Mg: 2.3mg/dl, Parathormon(PTH): 11pg/ml, 25OH-D vitamini: 8.6ng/ml geldi. Hasta Çocuk Endokrinolojisi bölümüne konsülte edildi, prematüre osteopenisi düşünüldü ve PTH'unun da düşük olması nedeniyle 30 ng/kg/günden aktif D vitamini (Kalsitriol) başlandı ve P desteği 80mg/kg/güne çıkarıldı. Bir hafta sonra bakılan kontrol tetkiklerinde P: 3.8 mg/dl Ca: 8.1mg/dl ALP: 701ng/ml ölçüldü. Kalsitriol tedavisi 40ng/kg/güne, enteral P desteği 100mg/kg/güne arttırıldı. Beş haftanın sonunda ALP'ı 246ng/ml'e gerileyen hastanın, 25OH-D vitamini 36.3ng/ml, PTH'u 66.5pg/ml (11-67) değerlerine yükseldi. Postnatal 76.gününde tam enteral beslenen oksijen ihtiyacı kalmayan hasta taburcu edildi.

YORUM: Aşırı düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda risk faktörlerine göre arttırılmış fosfor desteği tartışılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fosfor, osteopeni, prematürite, risk faktörleri

PP-172

Yenidoğan Döneminde Konvülsiyon İle Prezente Olan Lizensefali Olgusu

Duygu Öztürk Önsal, Hasan Sinan Uslu, Bülent Güzel, Gülşen Köse, Ali Bülül, Ebru Türkoğlu Ünal, İlkay Özmeral Odabaşı, Duygu Besnili Acar, Ahmet Telloğlu, Nida Gülderen Kalay Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Yenidoğan konvülsiyonları etyoloji, klinik, tedavi ve prognostik faktörler bakımından diğer yaş grubunda görülen konvülsiyonlardan farklılık gösterirler. Yenidoğan konvülsiyonlarında etyolojinin belirlenmesi nörolojik prognoz açısından önemlidir. Bu çalışmada yenidoğan döneminde konvülsiyon ile başvuran ve erken dönemde nöroradyolojik görüntüleme ile lizensefali tanısı alan olgu ele alındı.

OLGU: 38 GH'de C/S ile doğan anne sütü ile beslenen postnatal 19. Günündeki hasta, Çocuk Acil servisine yaklaşık bir dakika süren baş sol tarafa deviyi ve gözlerde sabit bakış şeklinde afebril konvülsiyon ile başvurdu. Hastanın mikrosefali dışında diğer sistem muayanelerinde patoloji yoktu. Tek doz midazolom ile konvülsiyon kontrol altına alındı, ileri tetkik ve tedavi amacı ile Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemize yatırıldı. Hastanın kan şekeri, kan gazı ve biyokimya tetkikleri doğaldı. Konvülsiyonları devam eden hastaya fenobarbital yükleme ve daha sonra idame tedavisi uygulandı. Santral sinir sistemi enfeksiyonu açısından ampicilin ve sefotaksim tedavisi başlandı. Öncesinde hastaya lomber ponksiyon yapıldı, BOS hücre sayımı, biyokimya ve kültüründe patoloji saptanmadı. Hastanın uyku EEG'sinde fokal epileptik bozukluk görüldü. Kardeş ölüm öyküsü olan hastadan metabolik hastalıklar açısından idrar ve kan aminoasit, serum açil-karnitin profili, idrar redüktan madde ve serum amonyak tetkikleri gönderildi. Sonuçlarında patoloji saptanmadı. Hastanın çekilen kranial MR'ı inkomplet lizensefali ile uyumluydu. Takiplerinde konvülsiyonları olmayan tartı alımı iyi olan hasta önerilerle poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Lizensefali terimi düz beyin anlamındadır, beyin yüzeyinde sulkal ve giral gelişim duraklamasını tanımlamak için kullanılır. İntrauterin dönemde nöronal migrasyon kusuru sonucu gelişir. Lizensefaliler en erken tanı alan kortikal displazi grubudur ve yaklaşık %62,5 yaşının ilk bir yılında tanı alırlar. Tanıyı sağlayan ilk başvuru şikayetleri sıklıkla nöbet geçirme ve mikrosefalidir. Yenidoğan döneminde yapılan nöroradyolojik incelemelerde diffüz lizensefali, fokal pakigiri gibi belirgin displaziler kolaylıkla teşhis edilebilir. Bizim olgumuzda olduğu gibi yenidoğan dönemi konvülsiyonlarında ayırıcı tanıda nöronal migrasyon defekleri de mutlaka akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, lizensefali, konvülsiyon, yenidoğan



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-173

Konjenital Tüberküloz ve Mekonyum Aspirasyon Sendromu birlikteliği

Tahir Aydın, Emel Ataoğlu

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları
Anabilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Tüberküloz dünyanın en ölümcül bulaşıcı hastalıklarından biridir. Dünyada ve ülkemizde sıklığı giderek azalmakla birlikte halen ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Tüberküloz solunum yoluyla bulaşan bir hastalık olarak bilinse de transplasental bulaş da mümkündür. Gebelerde Tüberküloz hastalığının yükü azımsanmayacak sayıda olduğundan bu hastaların bebeklerinde Konjenital Tüberküloz tanısı akılda tutulmalıdır.

OLGU: 19 yaşında Aktif Tüberküloz hastası anneden normal spontan vaginal yol ile mekonyum boyalı doğan bebeğin solunumu deprese olması nedeniyle doğum sonrası resüsitasyona ihtiyacı oldu. Resüsitasyona yanıt veren hastanın takiplerinde belirgin solunum sıkıntısı olması üzerine hasta 3. düzey Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi izole odasına interne edildi. Hastanın akciğer grafisinde yoğun yamalı infiltrasyon saptanması ve oksijen ihtiyacının artması üzerine hasta entübe edilip derin trakeal aspirat kültürü gönderildi. Dissemine milier tüberküloz açısından hastadan alınan kan, mide içeriği ve BOS numuneleri kültür, Asidorezistan boyama ve TBC-PCR testi için laboratuvara gönderildi. Hastaya Konjenital Pnömoni tanısıyla verilen Ampisilin, Gentamisin antibiyoterapisine ek olarak Konjenital Milier Tüberküloz şüphesiyle İNH, Rifampisin, Etambutol, Pirazinamid tedaviye eklendi. Hastanın takiplerinde transaminaz ve gama glutamilttransferaz seviyeleri yükseldi. Toksik Hepatit öntanısıyla tedaviye E vitamini ve N Asetilsistein eklendi. Hastanın alınan kültürlerinde üreme olmadı. Kontrol akciğer grafisinde infiltrasyonların gerilediği izlendi. TBC PCR testi negatif geldi. Hastanın solunum sıkıntısı geriledi, transaminaz seviyeleri normal değerlere geriledi. Konjenital Pnömoni antibiyoterapisi tamamlandıktan sonra hasta ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Annesinde Aktif Tüberküloz bulunan hastamızın ciddi solunum sıkıntısıyla resüsitasyona ihtiyacının olması hastamızda Konjenital Tüberküloz tanısını düşündürdü. Hastanın transaminaz seviyelerindeki yükselme karaciğerin milier tutulumuna bağlı olabileceği gibi annenin kullandığı ilaçların bebeğe geçişiyle Toksik Hepatit tablosunun da gelişmiş olabileceği düşünüldü. Hastamızın alınan kültürlerinin hiçbirinde üreme olmaması ve TBC PCR testinin negatif gelmesi Konjenital Tüberküloz tanısını dışlamamıza sebep oldu. Hastamızdaki akciğer bulgularının tümü Mekonyum Aspirasyon Sendromu tanısına bağlandı. Hastamızda Tüberküloz hastalığı dışlandıktan sonra profilaksi ile taburcu edilip rutin kontrole çağırıldı.

Anahtar Kelimeler: konjenital pnömoni, konjenital tüberküloz, mekonyum aspirasyon sendromu, toksik hepatit, yenidoğan

PP-174

Yenidoğan döneminde boğmaca enfeksiyonu

Duygu Besnili Açar, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, İlkey Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel, Ahmet Tellioglu
Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Son yıllarda ülkemize olan yoğun göç nedeniyle görülme sıklığı artan hastalıklardan birisi de boğmaca hastalığıdır. Boğmaca; bordatella pertussisin neden olduğu özellikle küçük çocuklarda mortalite ve morbiditesi yüksek, aşı ile önleneyen bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde nadir görülen bir pnömoni etkeni olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Olgumuz postnatal 15. gününde öksürük nedeniyle ailesi tarafından hastanemiz acil servisine getirilmiş olup, pnömonisi tespit edilince yenidoğan kliniğimize yatırıldı. Aileden erkek bebeğin özel bir hastanede sezaryen ile 3355 gr ağırlığında doğurtulduğu öğrenildi. Bebek aralarında akraba evliliği olmayan 23 yaşındaki anne ve 32 yaşındaki babanın ilk çocuğuydu. Fizik bakışında takipneik, subkostal ve interkostal çekilmeleri, dinlemekle bilateral yaygın krepitan ralleri vardı, diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde hemoglobini 17 gr/dl, beyaz küresi 13500 uL, trombositleri 459000 uL, CRP: 0,1mg/dl olup biyokimyasal parametrelerinde patolojik bir değer saptanmadı. Kan gazında pH:7,32 CO2: 49, HCO3: 22 saptandı. Akciğer grafisinde parakardiyak infiltrasyonu görüldü. Bebeğe klaritromisin tedavisi 15 mg/kg/gün 2 dozda başlandı. Takipnesi olması nedeniyle oral alımı kısıtlanarak intravenöz hidrasyonu sağlandı. Kentöz ve siyanoza neden olan öksürükleri olması nedeniyle boğmacadan şüphelenilerek halk sağlığı kurumu laboratuvarına kültür örneği gönderildi. İzleminde solunum sıkıntısı artan bebek yüksek akımlı nazal kanüle izlenmeye başlandı. 3 gün bu şekilde takip edilen bebeğin solunumunun rahatlaması nedeniyle küvöz içi kontrollü oksijen desteği azaltılarak kesildi. Yaşamının 7. gününde solunum sıkıntısı gerileyen, öksürüğü azalan bebek tam enteral beslenmeye başlandı. Boğmaca için halk sağlığı kurumuna gönderilen numune sonucunda kültürde bordatella pertussis ürediği bildirildi. Antibiyoterapisi 14 güne tamamlanarak kesildi. Fizik muayene bulguları düzelen öksürüğü gözlenmeyen hasta önerilerle taburcu edildi. Poliklinik izleminde patoloji saptanmadı.

SONUÇ: Ülkemizde uygulanan genişletilmiş bağışıklama programıyla birlikte boğmaca sıklığında belirgin bir azalma görülmüştür. Ancak son yıllarda dış ülkelere göç almamız ve aşı karşıtı grupların varlığı nedeniyle aşıyla önleneyen hastalıkların sıklığında artış görülmektedir. Yenidoğan döneminde mortal olabilen boğmaca vakalarının azaltılması için aşı konusunda bilinçlendirmenin artması ve koza uygulamasına önem verilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Pertussis, Boğmaca aşısı, Yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-175

Neonatal Boğmaca enfeksiyonunda farklı bir tutulum: Miyokardit

Duygu Besnili Açar¹, Sinan Uslu¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülbül¹, Muhammed Karabulut², İlky Özmeral Odabaşı¹, Bülent Güzel¹
¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği
²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ: Boğmaca enfeksiyonu Bordatella Pertussis'in etken olduğu, özellikle erken süt çocukluğu döneminde ağır pnömonilere neden olabilen, mortalitesi yüksek bir hastalıktır. Pnömoni, apne, solunum yetmezliği, konvülsiyon ve ölüme neden olabildiği bilinmektedir. Bu çalışmada bilinen prezantasyonların dışında miyokardit tespit ettiğimiz ve tedavi sonrasında şifa ile taburcu ettiğimiz boğmaca tanılı bir yenidoğan sunuldu.

OLGU: Sezaryen ile 39 gebelik haftasında 3355 gr ağırlığında dış merkezde doğurtulan erkek bebek postnatal 15. gününde öksürük şikayetiyle polikliniğimize getirildi. Pnömoni tespit edilen hasta yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Geliş fizik bakışında tartısı 3590 gr, solunumu takipneik, ekspirasyonu uzun, bilateral yaygın kreptan ralleri saptandı, diğer sistem muayenelerinde özellik yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde hemogram, biyokimya, kan gazı tetkikleri normaldi. Periferik yaymasında lenfositozu vardı, CRP değeri negatifti. Akciğer grafisinde parakardiyak infiltrasyonu vardı. Hastaya oral klaritromisin tedavisi başlandı. Klinik izlemi sırasında öksürükten siyanozu gözlenen bebeğin boğmaca enfeksiyonu için halk sağlığı laboratuvarına nazofarenks sürüntü kültürü gönderildi. İzleminin 2. gününde solunum sıkıntısı artan bebek yüksek akımlı nazal kanülle takibe alınan ve taşikardi gözlenen bebeğin EKG'sinde sinüs taşikardi ve voltaj düşüklüğü saptandı. Kardiyoloji ile görüşülen bebeğin EKO'sunda miyokardit ve minimal perikardiyal efüzyonu saptandı. CK-MB ve troponin tetkiklerinde yükseklik tespit edildi. Diğer serolojik tetkikleri normal saptanan bebekte kalp yetersizliğine yönelik digoksin ve furosemid tedavileri başlandı. Yatışının 15. gününde öksürükleri gerileyen miyokardit tablosu düzelen bebeğin medikal tedavileri kesildi. Halk sağlığı kurumuna gönderilen örnekte bordatella pertussis ürediği bildirildi. Hasta postnatal 32. gününde şifa ile taburcu edildi. Takiplerinde kardiyolojik ve diğer sistem bulguları ile yapılan tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanılmadı.

SONUÇ: Boğmaca enfeksiyonu tanısı kesinleşen olgumuzda pnömoniye ek olarak miyokardit ve perikardiyal efüzyon tespit ettik. Literatürde yenidoğanda miyokardit etkeni olarak enterovirüsler, parekovirüs, adenovirüs bildirilmesine karşın pertussise bağlı miyokardit prezantasyonuna rastlanılmamaktadır. Son derece dikkat çekici bu saptamaya yönelik olarak pertussise bağlı pnömoni saptanan yenidoğanların taşikardi varlığında miyokardit yönünden değerlendirilmesi uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Pertussis, Yenidoğan, Miyokardit

PP-176

Yenidoğanda galen ven anevrizması ve aort koarktasyonu birlikteliği

Duygu Besnili Açar¹, Sinan Uslu¹, Ali Bülbül¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Muhammed Karabulut², Bülent Güzel¹, İlky Özmeral Odabaşı¹, Evrim Özmen³

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği
²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Kliniği
³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Radyoloji Kliniği

GİRİŞ: Galen ven anevrizması yenidoğan ve erken süt çocukluğu döneminde sıklıkla kalp yetmezliği semptomlarıyla beliren mortalite ve morbiditesi yüksek bir serebrovasküler anomalidir. Nadiren galen ven anevrizmasına eşlik eden konjenital kalp hastalıkları görülebilmektedir. Olgumuz da galen ven anevrizması ve aort koarktasyonu birlikteliği nedeniyle sunulmaya değer görüldü.

OLGU: Prenatal takiplerinde hidrosefali ve galen ven anevrizması tespit edilen bebek doğum sonrası ileri tetkik ve tedavi için yatırıldı. Bebek 39 gebelik haftasında, 3300 gr ağırlığında baş çevresi 37 cm sezaryen ile doğurtuldu. Fizik muayenesi kraniyum üzerinde duyulan sistolik üfürüm dışında normaldi. Bebeğin kraniyal ultrasonografisinde triventriküler hidrosefali ve galen ven anevrizması görüldü. Beyin MR ve MR anjiyografilerinde; posterior serebral arter dalları ve koroidal arterlerden beslenen venöz drenajı median porenselalik ven aracılığıyla sinüs rektusa olan galen ven anevrizması ve lezyonun akuaduktus serebriye basısı sonucu triventriküler hidrosefali görüldü. Kalp yetmezliği semptomları olmayan bebeğin ekokardiyografisinde aort koarktasyonu tespit edildi. Kardiyak BT anjiyografisinde aorta çıkışı 8,8 mm ölçülmüş olup, subklaviyen arter dalını verdikten hemen sonra yaklaşık 4mm'lik segmentte fokal olarak daraldığı, bu bölgenin distalinde torakal aortanın 6 mm çapında olduğu, torakal ve abdominal aortanın kalibrasyonunun normal olduğu tespit edildi. Çocuk kardiyoloji, kardiovasküler cerrahi kliniklerinden görüş alındığında semptomatik olmayan bebeğe herhangi bir girişim düşünülmeyeceği öğrenildi. Hidrosefali için beyin cerrahisi ile görüşülen bebeğe girişim düşünülmeydi. Galen ven anevrizması için girişimsel radyolojiyle embolizasyon tedavisi için görüşüldü, kalp yetmezliği bulgularının olmaması ve erken girişimin morbiditeleri artırabileceği düşüncesiyle bebeğe büyüdükten sonra uygulamanın yapılabileceği söylendi. Taburculuğu yapılan bebeğin haftalık poliklinik kontrollerinde kalp yetmezliği ve hidrosefali için takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Galen ven anevrizmasında intrauterin dönemde var olan dokunun özellikle aort yapısının gelişimine olumsuz yönde etki ederek aort koarktasyonuna nadiren eşlik edebileceği belirtilmektedir. Galen ven anevrizması ve aort koarktasyonun birlikte olduğu vakalarda tedavi yaklaşımları olgu bazında değişse de yaklaşım sıralaması genellikle aort koarktasyonu (stend) - galen ven anevrizması - aort koarktasyonu (cerrahi) şeklinde bildirilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Galen ven anevrizması, Aort koarktasyonu



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-177

Galen ven anevrizması tedavisi için semptomatik olmasını bekleyelim mi?

Duygu Besnili Açar¹, Sinan Uslu¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülbül¹, İlkay Özmeral Odabaşı¹, Bülent Güzel¹, Evrim Özmen²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği
²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Radyoloji Kliniği

GİRİŞ: Galen ven anevrizması yenidoğan döneminde veya erken süt çocukluğu döneminde sıklıkla kalp yetmezliği ile bulgu veren nadir bir serebrovasküler anomalidir. Prenatal tanı yöntemlerinin gelişmesiyle birlikte intrauterin dönemde tanı alan olguların sıklığı artmaktadır. Bu olgu sunumunda prenatal tanısı olan galen ven anevrizmasının doğum sonrası yönetimi tartışılmıştır.

OLGU: Prenatal galen ven anevrizma tanısı alan kız bebek 39 gebelik haftasında sezaryen doğum ile 3300 gr ağırlığında doğurtuldu. Doğum sonrası olağan bakımı yapılan bebekleri tetkik ve tedavisi için kliniğimize yatırıldı. Sağlıklı, aralarında akraba evliliği olmayan anne ve babanın ilk çocuğu olduğu öğrenildi. Fizik muayenesi kraniyum üzerinde duyulan sistolik üfürüm dışında normaldi. Hemogram ve biyokimyasal parametrelerinde özellik saptanmadı. Bebeğin kraniyal ultrasonografisinde triventriküler hidrosefali ve galen ven anevrizması görüldü. Beyin MR ve MR anjiyografi görüntülemelerinde yüksek debili galen ven anevrizması ve hidrosefali doğrulandı. Hidrosefali için beyin cerrahisi ile görüşülen bebeğin, baş çevresi ve aralıklı ultrasonografi ile takibi önerildi, girişim düşünülmeydi. Galen ven anevrizması için girişimsel radyolojiyle embolizasyon tedavisi için görüldü, bebeğin kalp yetmezliği bulgularının olmaması nedeniyle tartışının büyüdüktan sonra girişimin yapılabileceği söylendi. Taburculuğu yapılan bebek şu an 2 aylık olup haftalık poliklinik takibi devam etmektedir.

SONUÇ: Galen ven anevrizması yenidoğan veya süt çocukluğu döneminde bulgu veren, yüksek morbidite ve mortalite oranı olan, nadir bir serebrovasküler malformasyondur. Prenatal tanısı olmayan olgular yenidoğan veya erken süt çocukluğu döneminde genellikle kalp yetmezliği semptomlarıyla veya nadir olarak baş çevresinin hızlı büyümesine neden olan hidrosefaliyle bulgu verirler. Tanı için kraniyal ultrasonografi ilk basamakta kullanılmakta, sonrasında MR ve MR anjiyografi ile malformasyonun tipi belirlenmektedir. Tedavide açık cerrahi girişimler yerini endovasküler yöntemle venöz akımın korunmasına olanak sağlayarak, fistüllerin embolizasyonuna bırakmıştır. Galen ven anevrizmasında mortalite çocukluk döneminde %9 iken yenidoğan döneminde %50 kadar yüksektir. Ayrıca olguların %37-50'sinde nörolojik sekel görülmektedir. Asemptomatik dönemde tanı alan bebeklerin tedavi zamanlamasıyla ilgili kesin bir görüş bulunmamaktadır. Bu durum yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin yaklaşımlarını sınırlandırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Galen ven anevrizması, Erken tanı

PP-178

Yenidoğanda Trajedi: Ölümcül bir eylem ve çocuk istismarı olgusu

Duygu Besnili Açar, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, İlkay Özmeral Odabaşı, Bülent Güzel

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Çocuk istismarı; çocuğun bakımı, sağlığı ve korunmasından sorumlu kişilerin giriştiği veya girişmeyi ihmal ettiği eylemler sonucunda çocuğun her türlü fiziksel, duygusal, zihinsel veya cinsel açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur. Aynı zamanda tıbbi, hukuki, gelişimsel ve psikososyal kapsamlı ciddi bir halk sağlığı sorundur. Burada hayatının ilk dakikalarında annesi tarafından ölümcül amaçlı bir eylem ile istismara uğramış yenidoğan olgusu sunuldu.

OLGU: 20 yaşındaki kadın karın ağrısı şikayetiyle başvurduğu acil servisin tuvaletinde doğum yapıp, bebeği çantasına koymuş ve vajinal kanaması devam ettiğinden kadın doğum acile başvurmuştur. Buradaki muayenesi esnasında şüpheli bebek sesi duyulması nedeniyle annenin çantası açıldığında, siyanoze haldeki bebek bulunarak kadın doğum hekimi tarafından yenidoğan ünitesine getirildi. 3000 gr ağırlığındaki erkek bebeğin kalp atım hızı <100/dk ve spontan solunumu yoktu. Yaklaşık 45 dakika kardiopulmoner resusitasyon uygulanan bebeğin kalp atımı >100/dk ve spontan solunumu başlamıştı. Ağzından sızıntı şeklinde kanayan ve orogastrik sondası ilerletilemeyen bebeğe olası ek istismar nedeniyle laringoskop ile direk bakı yapıldığında bebeğin nazofarengeal bölgesinden su şişesi kapağı çıkarıldı. Anne ile ilgili yasal işlemler başlatıldı. Baba ile aralarında nikah olmadığı öğrenildi. Sosyal hizmetler aracılığıyla bebeğe koruma kararı çıkarıldı, bebek postnatal 60. gününde çocuk esirgeme kurumuna teslim edildi. Postnatal 9. ayındaki bebek şu an oral beslenebilmekte ve nörolojik gelişimi ayına göre normal seyretmektedir, anne ise cezaevinde tutuklu olup mahkemesi devam etmektedir.

TARTIŞMA: Çocuk istismarı ve ihmali dünyada olduğu kadar ülkemizde de çok önemli bir sorundur. Çocuğun yaşı ne kadar küçükse istismar olasılığı o kadar fazladır. Yapılan çalışmalarda; anne-babada ilaç veya alkol bağımlılığı, psikotik sorunların varlığı, istenmeyen gebeliklerden doğan, gayrimeşru olan, annenin sık aralıklarla gebe kaldığı çocukların istismar ve ihmale daha çok uğradığı saptanmıştır. Bu trajik hikayenin en çarpıcı yanı sosyolojik olarak değişim yaşayan toplumun genç bireylerinin anksiyetelerini istismarın ötesine taşıyarak ölümcül bir eylem ile çözme çabası içine girmeleridir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk istismarı, Yenidoğan, Asfiksi



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-179

Konjenital Diyafragma Hernisi ve Aort Koarktasyonu: Pretermde mortal birliktelik

Ahmet Tellioğlu, Hasan Sinan Uslu, Bülent Güzel, Ali Bülbül, Ebru Türkoğlu Ünal, Duygu Besnili Açar, İlkay Özmeral Odabaşı
SB Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Yenidoğan Kliniği

GİRİŞ: Konjenital diyafragma hernisi (KDH) abdominal organların göğüs boşluğuna fıtıklaştığı, diyafragmanın, mortalitesi yüksek gelişimsel bir defektidir. KDH 2-5/10000 sıklıkta görülür. İzole olabildiği gibi başta kardiyak malformasyonlar (kalp hipoplazisi, atrioseptal defekt, ventriküloseptal defekt, aort koarktasyonu) olmak üzere birçok anomaliyle beraber prezente olabilir. Bu çalışmada antenatal olarak KDH tanısı alan preterm bebekte, eşlik eden aort koarktasyonu birlikteliğinin mortaliteye etkisi literatür bilgisi eşliğinde ele alındı.

OLGU: Otuz gebelik haftasında (GH) plasenta dekolmanıya başvuran anneden sezaryen ile 1185 g ağırlığında 3/5 APGAR ile doğan antenatal KDH tanılı erkek bebek doğumhane bünyesinde entübe edilip surfaktan uygulandı ve bebeğe geniş orogastrik sonda eşliğinde SIMV modunda mekanik ventilasyon desteği verildi. Hedef oksijen satürasyon değerlerine ulaşamayan ve kangazında solunumsal asidozu devam eden hasta yüksek frekanslı ossilasyon (HFO) modunda izleme alındı. Fizik bakışında 3/6 üfürümü olan hastanın yapılan ekokardiyografisinde atriyoseptal defekt, uzun segment aort koarktasyonu ve pulmoner hipertansiyon saptandı. Hastaya iNO ve sildenafil tedavileri başlandı. Klinik stabilizasyonu sağlandıktan sonra postnatal üçüncü gününde diyafragma onarımı yapıldı. İzlemede tansiyonları düşük seyreden hastaya inotrop desteği verildi. Konvansiyonel ventilatörde satürasyonu düzelmeyen hasta yeniden HFO modunda izleme alındı. Preduktal satürasyon >85mmHg, ortalama havayolu basıncı >15mmHg, PAP > 40, Oksijen indeksi >30 olan, sıvı ve inotrop tedavisine cevapsız hipotansiyon ve persistan metabolik asidozu olması nedeniyle ekstra-korporeal-membran-oksijenizasyonu (ECMO) planlanarak Pediatrik Kalp Damar Cerrahi ekibiyle görüşüldü. Ancak bebeğin <2000 gr ve <34 GH olup İKK kanama geçirmiş olması ECMO için kontrendikasyon kabul edilerek uygulama gerçekleştirilemedi. Postoperatif altıncı gününde genel durumu kötüleşen hasta yoğun kardiyopulmoner destek tedavisine rağmen kaybedildi.

SONUÇ: Literatürde kardiyak anomalilerin özellikle aort koarktasyonunun eşlik ettiği KDH seri olgularda mortalite oldukça yüksek olarak bildirilmektedir (%65). ECMO'nun alternatif tedavi yöntemi olarak hayat kurtarıcı olduğu vurgulanmaktadır. Ancak bizim olgumuzda olduğu gibi prematüre bebeklerde tedaviye yanıtız aort koarktasyonu ile komplike KDH hastalarında deneyimli multidisipliner yaklaşım gerçekleştirilmesine rağmen ECMO deneyimi bildirilmediğinden hastalık fatal seyretilmektedir. Teknolojik ilerlemeler ile birlikte bu bebeklere yaklaşım rasyonelize edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Aort Koarktasyonu, ECMO, Konjenital Diyafragma Hernisi, Prematürite

PP-180

Bir Preterm Yenidoğan Olgusunda Serratia Enfeksiyonuna Bağlı Toksik Hepatit

Fatma Ceren Kiral¹, Fatma Güliz Atmaca², Hacer Aktürk³, Gonca Vardar², Nilgün Karadağ², Nevzat Aykut⁴, Güner Karatekin²

¹SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

²SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği

³SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bölümü

⁴SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

GİRİŞ: Serratia marcescens özellikle prematüre ve düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda mortalitesi yüksek önemli bir hastane enfeksiyon etkenidir. Toksik hepatit karaciğerde sitokrom p450 enzim sistemi aracılığı ile oluşan, hafif biyokimyasal anormallikten akut karaciğer yetmezliğine kadar değişen önemli bir sorundur. Burada serratia marcescens enfeksiyonuna bağlı toksik hepatit gelişen bir preterm olgu sunulmuştur.

OLGU: 27 yaşında G1P0 anneden 1330 gram, SAT'a göre 29+2 sezaryen ile haricen erkek olarak doğan üçüz eşi prematürite ve solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Bir doz sürfaktan aldıktan sonra ekstübe edilen hastaya bir hafta süre ile nasal sürekli hava yolu basıncı desteği verildi. Kültürleri negatif gelen hastanın bir haftanın sonunda ampicilin ve gentamisin ile oluşan anitibiyoetik tedavisi kesildi. Postnatal 21.gününde spontan solunumda 3 litre/dakikadan oksijen desteği alırken tekrar eden apneleri görülen hastaya septik tarama ve lomber ponksiyon yapıldı. Hemogramı normal sınırlarda, CRP 2.36mg/dl, BOS glukoz:88mg/dl, eş zamanlı kan glukozu 72mg/dl BOS protein 106, BOS hücre sayısı 40/mm³ gelen hasta menenjit kabul edilerek vankomisin ve meropenem tedavileri başlandı. İzlemede entübe edilerek mekanik ventilatöre bağlanan hastanın tedavisine pentoksifilin eklendi. Trombositopenisi gelişen hastaya trombosit desteği verildi. Kan kültürlerinde serratia marcescens üremesi oldu. Tedavisi antibiyogram sonucuna göre meropenem, gentamisin olarak düzenlendi. Ultrasonografi (US) taramalarında odak saptanmadı. Bir haftanın sonunda üremesi devam eden hastanın tedavisine siprofloksasin eklendi. Tedavinin 2.haftasında batın distansiyonu ve kolestazi (Total/direkt bilirubin= 17.1/12.4) gelişen hastanın karaciğer fonksiyon testlerinde (AST:420U/L, ALT:1962U/L, GGT:281U/L) belirgin artış görüldü. Viral seroloji testleri(-), alfa1 antitripsin (N), AFP (7164ng/ml) geldi. Tekrar edilen abdomen US'de hepatomegalisi saptandı. Çocuk gastroenteroloji bölümüne danışıldı. Hasta toksik hepatit olarak değerlendirildi. Taze donmuş plazma, trombosit, albümin, multivitamin ve k-vit desteği verildi. İzlemede karaciğer fonksiyon testleri ve CRP'si düzelen hasta postnatal 33.gününde tüm destek tedavilerine rağmen hasta kaybedildi.

YORUM: Serratia enfeksiyonlarında toksik hepatit gelişmesi mortaliteyi arttıran nadir bir komplikasyondur. Toksik hepatitte bozulmuş karaciğer fonksiyon testlerinin düzelmesi her zaman iyi prognozun bir göstergesi değildir.

Anahtar Kelimeler: Prematürite, Serratia marcescens, Toksik hepatit



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-181

Kısa barsak sendromlu yenidoğanda nadir bir sepsis etkeni olarak Candida pelliculosa

Merve Kömürcü, Özge Sağlam, İlker Gönen, Seyithan Özaydın, Merih Çetinkaya
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

AMAÇ: Kısa barsak sendromu(KBS) yenidoğan döneminde en çok nekrotizan enterokolit nedeniyle ortaya çıkan, ince barsak uzunluğunun, enteral beslenme ile normal büyüme ve gelişmeyi sağlamada yetersiz kaldığı durumdur. Besin emiliminin yetersiz olmasının yol açtığı malnutrisyon birçok probleme neden olmaktadır. Hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde KBS nedeniyle yatmakta olan bir olguda nadir görülen Candida pelliculosa sepsisi sunulmuştur.

OLGU: Otuz beş yaşındaki annenin 4. gebeliğinden 3. yaşıyan olarak 39. gestasyon haftasında sezaryan doğumla 2520 gram ağırlığında doğurtulan kız bebek kusma şikayeti ile yenidoğan polikliniğine başvurusu üzerine çekilen ayakta direkt batin grafisinde hava sıvı seviyeleri izlenmesi üzerine yatırıldı. Anamnezinde bir kardeşinin konjenital kısa barsak sendromu tanısıyla kaybedildiği öğrenildi. Yatışında oral alımı kesilerek nasogastrik sonda takılıp açık drenaja alındı. Santral venöz katater açılarak total parenteral nutrisyon(TPN) desteği verilmeye başlandı. Hastanın nasogastrik sonda izleminde yeşil safralı gelenleri olması üzerine Çocuk Cerrahisi tarafından opere edildi. Operasyonda barsak uzunluğunun pilordan çekuma kadar 34 cm ve çekumdan anüse kadar 40 cm olacak şekilde kısa barsak sendromu saptandı. Olgu, postoperatif dönemde TPN desteği ile ve nasogastrik sondadan sürekli infüzyon ile beslenmeye başlandı. İzleminde ateş yüksekliği olması üzerine çalışılan kan tetkiklerinde lökopeni, anemi ve CRP yüksekliği (30mg/L) saptanan olgunun eş zamanlı gönderilen kan kültüründe Candida pelliculosa üremesi saptandı. Tedavisine kültür antibiyogramına uygun olarak Amfoterisin B tedavisi eklendi. Antifungal tedavisi 21 güne tamamlanarak kesildi.

SONUÇ: KBS yenidoğanlarda genellikle nekrotizan enterokolit veya intestinal atrezi nedeniyle cerrahi barsak rezeksiyonu sonucu gelişmektedir. Vakamızda ise nadir durum olarak konjenital olarak geliştiği görülmüştür. Konjenital KBS nin etyolojisi bilinmemekte olup, vakaların yüksek mortalite ile seyrettiği bildirilmiştir. Yenidoğanlarda başta geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı, endotrakeal entübasyon, uzun süreli TPN uygulaması, santral venöz kateter varlığı, mantar enfeksiyonlarına neden olmakta olup, en sık etken Candida albicans'tır. Sıklıkla meyve ve sebzelerde, toprak ve ağaçlarda bulunan Candida pelliculosa'nın yenidoğanlarda çok nadiren patojen olduğu bildirilmiştir. Antifungal tedavilere duyarlı olduğu ve uygun tedaviye iyi yanıt alındığı belirtilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Kısa Barsak Sendromu, mantar sepsisi, Candida pelliculosa

PP-182

Nadir bir neonatal asit sebebi: Scimitar Sendromu

Ceren Sultan Altay, Gamze Demirel, Hande Karavar, Semra Gündoğdu, Abdullah Erdem, Binay Vatansever, Ayhan Taştekin
Medipol Üniversite Hastanesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Neonatal asitin biliyer, üriner, şilöz, hepatoselüler, pankreatik, kardiyak, TORCH enfeksiyonu, kan uyuşmazlığı, kromozom anomalisi gibi sebepleri vardır. Scimitar Sendromu konjenital nadir bir anomali olup pulmoner venlerin sol atriyum yerine vena kava inferiora dökülmesini tanımlar. Bu sendrom infantil tipteki SS'li hastalarda sağ kalp yetmezliği bulguları ile birlikte neonatal asit sebebi olabilir. Bu vakada neonatal asit sebebi olarak bir infantta arteriopulmoner kollateral arterin eşlik ettiği Scimitar Sendromu sunulacaktır.

VAKA: 26 yaşındaki anneden G4P3A1 olarak 38+ 0/7. gebelik haftasında sezaryen ile 3150 gram ağırlığında doğan erkek bebek sağ akciğer hipoplazisi, parsiyel venöz dönüş anomalisi nedeni ile ileri tetkik ve tedavi için 15 günlükken hastanemize sevk edilerek yenidoğan yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Hastanın fizik muayenesinde kalp yetmezliği bulguları ve asiti vardı. Çekilen BT anjiyografisinde geniş sağ kalp boşlukları, geniş vena kava inferior ve hepatik venler, konjestif kalp, yaygın intraabdominal serbest sıvı, her iki akciğer parenkiminde yaygın konsolidasyonlar, inferior vena kavaya açılan sağ akciğer alt lob venleri ve abdominal aortadan orjin alıp sağ akciğer alt lobu besleyen bir dal tespit edilmiştir. Aortopulmoner kollateral arterin transkateter oklüzyonu sonrası hastanın semptomlarında dramatik bir gerileme olmuştur.

SONUÇ: Neonatal asitin birçok sebebi vardır. Scimitar Sendromu bunlardan nadir görülen kardiyak bir neonatal asit sebebidir. Özellikle infantil tip Scimitar Sendromunda sağ kalp yetmezliği bulguları ve eşlik eden anomalilere göre değişen klinik semptomları ve bulguları mevcuttur. Bir yenidoğan asit açısından araştırılıyorken kardiyak bir sebep olarak SS mutlaka akla getirilmeli, bunun için gerekli tetkikler istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: asit, neonatal asit, konjesyon, pulmoner venöz dönüş anomalisi, scimitar sendromu, yenidoğan



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-183

Geniş Ensefalosel Defektinin Cerrahi ile Kombine Negatif Basıncılı Yara Tedavisi ile Kapatılması

Ecem Kahveci, Özge Kürüm Sağlam, Emre Dinçer, Merih Çetinkaya
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji
Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Nöral tüp defektleri (NTD) nöral tüpün kapanma yetersizliği sonucu gelişen konjenital anomalilerdir. Kalvaryumdaki defektten meninks ve/veya beyin dokusunun fıtıklaşması olan ensefalosel ise NTD'lerinin en ciddi tipidir. Subatmosferik basınç ortamında yara iyileşmesi esasına dayanan "Negatif Basıncılı Yara Tedavisi ya da "Vakum Yardımlı Kapama" tedavisi (VAC) özellikle erişkin dönemde yara iyileşmesinde etkili olduğu kanıtlanmış bir yöntemdir. Son yıllarda ise, yenidoğanda gastroşizis, meningomyelosel ve nekrotizan enterokolit gibi durumlarda başarılı uygulamaları bildirilmektedir. Bu olguda, literatürde ilk olduğunu düşündüğümüz, geniş oksipital ensefaloselde cerrahi ile kombine edilmiş başarılı VAC uygulaması sunulmuştur.

OLGU: 32 yaşında anneden 32 gestasyon haftasında normal spontan doğumla 1900 gram doğan kız bebek, oksipital bölgede yaklaşık 3*3 santimetre boyutlarında intakt ensefalosel olması üzerine servisimize yatırıldı. Fizik muayenesinde, baş çevresinin 30 santimetre (>90 p) olması ve oksipital ensefalosel dışında diğer sistemik muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Laboratuvar tetkiklerinde özellik olmayan, akut faz reaktanları negatif saptanan ancak beyin omurilik sıvısı (BOS) sızıntısı gözlenen hastaya ampirik amikasin sefotaksim tedavisi menenjit dozundan başlandı. Nöroşirurji konsultasyonu sonucu elektif koşullarda operasyon planlandı. Kranial ultrasonografisinde; ön boynuz genişliği sağda 11, solda 10 mm iken, ventrikül indeksi sağda 18 (>97p), solda ise 20 mm (>97p) ölçüldü. Kranio-spinal tomografide bilateral genişlemiş ventriküller ve artmış estra-aksiyel BOS mesafesi gözlemlendi. Hastanın postnatal 6. gününde nöroşirurji tarafından ensefalosel kapatma operasyonu yapıldı. Post-op 5. Gününde operasyon skarından pü ve BOS sızıntısı gözlenen (Resim 1) hastanın tedavisine intravenöz vankomisin ve rifampisinle lokal bakım eklendi. Geniş ve enfekte görünümlü yara yerine greft reddini engelleme amaçlı Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi tarafından operasyona kadar VAC uygulaması önerildi. Antibiyoterapi ve 19 günlük VAC tedavisi sonrası hastanın yara bölgesinin küçüldüğü, enfeksiyonunun gerilediği ve granülasyon dokusu oluştuğu gözlemlendi. Postnatal 38. günde rekonstrüktif cerrahi uygulanan hasta, 52. günde taburcu edildi.

SONUÇ: Primer olarak kapatılması mümkün olmayan yaralarda etkisi kanıtlanmış ve yenidoğan döneminde kullanımı giderek artan VAC tedavisinin geniş ensefalosel yarasında başarılı uygulaması sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ensefalosel, vac, yenidoğan

PP-184

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemizde Ekokardiyografi İle Değerlendirilen Olguların Retrospektif Değerlendirilmesi

İlkay Özmeral Odabaşı¹, Ali Bülbül¹, Hasan Sinan Uslu¹, Muhammed Karabulut², Ebru Türkoğlu Ünal¹, Evrim Kıray Baş¹, Duygu Besnili Acar¹, Bülent Güzel¹, Ahmet Tellioglu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

GİRİŞ:Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde ekokardiyografinin önemi ve bebeklerin erken tanı ve tedavisindeki rolünün incelenmesi amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Hastanemiz Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniğinde Ocak 2015- Aralık 2016 (2 yıllık) tarihleri arasında izlenen ve farklı sebeplerle ekokardiyografi ile değerlendirilmiş olan 200 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Hastalar cinsiyet, gebelik haftası, doğum tartısı, kardiyoloji konsültasyon nedeni, ekokardiyografi sonuçları ve taburculuk durumu bakımından değerlendirildi. Olgular hafif derecede kardiyak patoloji (periferik pulmoner stenoz, patent foramen ovale, atrial septal defekt, ince patent duktus arteriosus (PDA), orta derecede kardiyak patoloji (ventriküler septal defekt (VSD), orta-geniş derecede PDA ve hafif pulmoner hipertansiyon (PHT)) ve ağır derecede kardiyak patoloji (siyanotik konjenital kalp hastalığı, geniş VSD, orta ve ağır derecede PHT ile ventrikül hipoplazisi) olmak üzere üç grupta değerlendirildi. İstatistiksel analizler SPSS 20.0 analiz programı ile yapıldı.

BULGULAR: Değerlendirmeye alınan 200 olgunun cinsiyet dağılımı %60 erkek (n:120), ortalama gebelik haftası 35±4 hafta (23-42 hafta) ve doğum tartısı 2724±1014 gr (535-4595 gr) saptandı. Bebeklerin 125'i (%62.5) 37 gebelik haftasından büyük iken, %23'ü ileri derecede preterm %14.5'u geç pretermdi. Konsültasyon nedenleri irdelendiğinde ilk sırada solunum sıkıntısı (n=41) bulunurken; diğer nedenler sırasıyla prematürite (n=35) ve dismorfizm (n=35), üfürüm (n=29), morarma (n=25), diyabetik anne bebeği (n=11), ritm bozuklukları (n=7), asfiksi (n=5) idi. Hastaların 87'sinde (%43.5) ekokardiyografi normal saptanırken, %26.5 hafif derecede kardiyak patoloji, % 13.5 orta derecede kardiyak patoloji, %16.5 ağır derecede kardiyak patoloji bulundu. Taburcu olan bebeklerin oranı %85, kardiyolojik nedenle sevk olan bebek sayısı 8, kaybedilen bebek sayısı 21 bulundu.

TARTIŞMA: Yüksek riskli bebeklerin takip edildiği ünitemizde ekokardiyografi ile değerlendirilen bebeklerin yaklaşık yarısında yakın izlem gerektiren patoloji saptanmıştır. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde çocuk kardiyoloji konsültasyonu ve ekokardiyografi çekiminin hasta takibinde hayati rol aldığı gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: ekokardiyografi, yenidoğan, konjenital kalp hastalığı



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-185

Yenidoğanda aortopulmoner pencerenin erken dönem başarılı tedavisi: Olgu sunumu

Ebru Türkoğlu Ünal¹, Duygu Açar¹, Muhammet Karabulut², İlkay Özmeral Odabaşı¹, Bülent Güzel¹, Ali Bülül Uslu¹, Ali Can Hatemi³, H.Sinan Uslu¹, Ahmet Telliöğlu¹

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, İstanbul

³SBÜ Dr. Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kalp Damar Cerrahisi, İstanbul

GİRİŞ: Aortopulmoner pencere defekti, yenidoğan döneminde son derece nadir görülen (%0.15-%0.2) konjenital kalp hastalıklarından biridir. Proksimal çıkan aorta ile pulmoner arter (ana ve sağ) arasında meydana gelen bir konjenital komünikasyon olup, semilunar kapaklar genellikle normaldir. Yenidoğan döneminde üfürüm nedeni ile çekilen ekokardiografide aortikopulmoner pencere saptanan ve erken cerrahi müdahale ile sağkalım sağlanan hasta nadir olması ve ön tanıda akla gelmesi amacıyla sunulmuştur.

OLGU: Miadında normal spontan vaginal yol ile 2870 gram doğan olgu, postnatal 3. günde üfürüm olması nedeni ile çekilen ekokardiografide sekum ASD ve pulmoner hipertansiyon saptanması üzerine yatırıldı. Prenatal ve natal öyküde özellik saptanmadı. Fizik muayenesinde, 3/6 sistolik üfürümü olan hastaya pulmoner hipertansiyon tedavisi için sildenafil 4x1 mg/kg/doz ve antikonjestif tedavi (kaptopril ve furosemid) başlandı. Yatışından bir gün sonra takipnesi gelişen hastaya tekrarlanan ekokardiografide sekum atrial septal defekt (ASD) +Triküspit yetmezlik (TY) + patent duktus arteriosus (PDA) ve aortikopulmoner pencere 6 mm saptandı. Ancak hastanın izleminde takipnesi artması üzerine antikonjestif tedavisine milrinon infüzyonu (0,5 mcg/kg/dk) eklendi. Hastanın dakika solunum sayısı 100/dk olması üzerine sepsis taraması yapıldı. Negatif saptandı. Hastada mevcut klinik kötüleşmesinin altta yatan kalp hastalığına bağlı olduğu düşünüldü. Bu nedenle, acil cerrahi girişim için Pediatrik Kalp Damar Cerrahisi ile görüşüldü. Postnatal 11.günde Pediatrik Kalp Damar Cerrahisine sevk edilen hasta, postnatal 12.günde yama ile kapatılmıştır. Postnatal 4. ayda kontrol ekokardiografi çekilen hastada rekanalizasyona rastlanmadı. Operasyon sonrası taburcu edilen hasta Yenidoğan ve Çocuk Kardiyoloji polikliniklerinden izlenmeye devam edilmektedir.

SONUÇ: Aortikopulmoner pencere, yenidoğan döneminde oldukça nadir bir kalp anomalisidir. Yenidoğan döneminde, operasyonun geciktirildiği olgularda geri dönmeyen hastalığın hızla gelişmesi ve erken önemde inoperabiliteye ulaşılması sebebiyle erken dönemde cerrahi hayat kurtarıcıdır

Anahtar Kelimeler: aortopulmoner pencere, yenidoğan, ekokardiografi

PP-186

Yenidoğan sepsisinde Salmonella paratyphi sepsisi: Olgu sunumu

Ebru Türkoğlu Ünal¹, İlkay Özmeral Odabaşı¹, Bülent Güzel¹, Duygu Açar¹, Ahmet Telliöğlu¹, H. Sinan Uslu¹, Ali Bülül Uslu¹, Nazan Dalgıç², Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği

GİRİŞ: Gelişmekte olan ülkelerde, Salmonella enterica serovar Typhi ve paratyphi A'ya bağlı enterik ateş önemli morbidite ve mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. Yenidoğan döneminde enterik ateş nadir olmakla birlikte etken sıklıkla S.typhi'dir. Salmonella paratyphi'ya bağlı neonatal sepsis nadirdir. Erken neonatal sepsis tanısı alan, kan ve dışkı kültüründe S.paratyphi üremesi saptanan hasta, yenidoğan sepsisinde ayırıcı tanıda Salmonella sepsisinin akla gelmesi ve nadir olması nedeni ile sunuldu.

OLGU: 26 yaşında G3P2 anneden 37 +3 gebelik haftasında normal spontan vaginal yol ile 2800 gram doğan kız olgu, kardeş ölüm öyküsü olması nedeni ileri tetkik için yatırıldı. Prenatal öyküde, anne ve baba arasında akrabalık olmadığı, daha önce iki bebeği 7 günlük ve 2 aylık kaybedildiği öğrenildi. Fizik bakıda, sistem muayeneleri olağan saptandı. İzleminde oral beslenemeyen ve kusmaları olan hastanın hemogram normal, akut faz reaktanı C reaktif protein 1.2 mg/dL pozitif saptandı. Ampisilin ve aminoglikozid tedavisi başlandı. Kusma ve kardeş ölüm öyküsü nedeni ile gönderilen amonyak ve tandem mass normaldi. Ekokardiografi ve kraniyal ultrasonografide patoloji saptanmadı. Postnatal 2.günde hipoglisemisi gelişen, kontrol crp değeri 9.3 mg/dl yükselen hastada antibiyotik tedavisi ampicilin ve sefotaksim olarak değiştirildi. Metabolik hastalıklar açısından göz muayenesinde patoloji saptanmadı. BOS kültüründe üreme saptanmadı. Hastanın yatışında alınan kan kültüründe Salmonella paratyphi üremesi saptandı. Antibiyogramı duyarlı olması nedeni ile sefotaksim tedavisine devam edildi. Hastanın izleminde diyare gelişti ve dışkı kültüründe de S.paratyphi üremesi saptandı. Anne diyare açısından 3 aydır ishal olduğu öğrenildi. Hastamızda, hiç anne sütü almadığı için anneden vertikal geçişle erken neonatal salmonella sepsis geliştiği düşünüldü. Anne Enfeksiyon Hastalıkları'na gönderilerek tedavisi düzenlendi. Postnatal 23. günde taburcu edildi. Halen 3.5 aylık 5500 gram olan olgu yenidoğan polikliniğinden izlenmeye devam edildi.

SONUÇ: Yenidoğan döneminde salmonella sepsisinin literatürde de nadir olması, ağır ve fatal seyredebilmesi, yenidoğanda sepsis riski değerlendirilmesinde maternal enfeksiyöz diyarenin önemli olabileceği ve erken tedavinin önemini vurgulamak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, sepsis, Salmonella, diyare



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-187

Konjenital renal kistik hastalığa eşlik eden nadir bir antite: Tip 4 A koledok kisti

Ebru Türkoğlu Ünal¹, Bülent Güzel¹, Gül Özçelik², İlkay Özmeral Odabaşı¹, Duygu Açar¹, Ali Bülbül¹, H. Sinan Uslu¹, Ayşe Merve Usta³, Ahmet Tellioglu¹
¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji, İstanbul

³SBÜ Şişli Hamidiye Etfal eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

GİRİŞ: Siliadaki genetik defektler, siliopati olarak adlandırılan birçok farklı hastalığa neden olabilir. Silia, vücutta nerdeyse tüm hücrelerde bulunmakta ve kodlayan genlerdeki mutasyonlar, böbrek, karaciğer, retina, iskelet ve santral sinir sistemi gibi birçok organı etkileyebilir. Bilateral renal displastik böbrek hastalığı tanısı alan, direkt hiperbilirubinemi gelişmesi nedeni ile yapılan tetkiklerinde Tip 4 A koledok kisti saptanan hasta nadir olması ve konjenital böbrek hastalıklarına eşlik edebilecek safra kanal anomalileri gibi diğer siliopatilerin akla gelmesi amacı ile sunuldu.

OLGU: 38 +3 gebelik haftasında sezaryen ile doğan erkek olgu, antenatal bilateral displastik böbrek hastalığı saptanması ve solunum sıkıntısı nedeni ile yatırıldı. Spontan solunum eforu yetersiz olan hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde izleme alındı. Anne ve baba arasında akrabalık olmadığı ancak antenatal dönemde bilateral renal displastik böbrek tanısı aldığı, terminasyon önerildiği ancak ailenin kabul etmediği öğrenildi. Çekilen PA akciğer grafisinde pulmoner hipoplazi saptandı. Mekanik ventilatörde kanvansiyonel modda izlenen hastaya, saturasyon düşüklüğü nedeni ile (spO₂ %70) yüksek frekanslı ventilasyon (HFO) uygulandı. İdrar çıkışı oligoürik olduğu için furosemid infüzyonu başlandı. Biyokimyasal tetkiklerinde üre: 42 mg/dL Kreatinin: 1,97 kan sodyum: 128 meq/L potasyum: 6,3 meq/L kan kalsiyum: 7,2 mg/dl saptandı. Hiperpotasemi tedavisi düzenlenilen hastaya periton diyaliz kateteri postnatal 3. günde takıldı. Pumoner hipoplazisi olan hastada bilateral pnömotoraks gelişti ve torak tüpü bilateral takıldı. Postnatal 4.günde üre değeri: 84 mg/dl kreatinin 3,5 mg/dl olması üzerine postnatal 4. günde periton diyalizine başlandı. Postnatal 10.günde hasta ekstübe edildi ve postnatal 12. günde direkt bilirubin 4,8 mg/dl yükselmesi üzerine tetkik edildi. Karın ultrasonografisinde, intrahepatik safra yollarında ve safra kesesinde dilatasyon saptandı. Magnetik rezonans kolanjiyopankreatikografide Tip 4 A koledok kisti saptandı. Direkt bilirubin yüksekliği nedeni ile ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı. Hasta halen Yenidoğan, Çocuk Nefroloji ve Çocuk Gastroenteroloji polikliniklerinden izlenmektedir.

SONUÇ: Konjenital renal kistik hastalıklara eşlik edebilecek diğer siliopatilerin akılda tutulması, gereksiz tetkik ve erken tedavi planlanması açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: displastik böbrek, yenidoğan, diyaliz, koledok kisti

PP-188

Pozitif Basıncı Ventilasyon Nedenleri ve Uygulama Sonrası Bebeklerin Erken Dönem İzlem Sonuçları

Ezgi Dilan Yüksel¹, Ali Bülbül², Senanur Şanlı¹, Ali Ahmet Alsharafi¹, Semra Bahar¹, Hasan Sinan Uslu², Ebru Türkoğlu Ünal², Evrim Kıray Baş², Bülent Güzel², Şehrinaz Sözeri²

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Doğum odasında pozitif basınçlı ventilasyon uygulanan bebeklerin erken dönem izlem sonuçlarının değerlendirilmesi.

MATERYAL-METOD: Hastanemizde 2016-2017 yılları içerisinde doğan tüm bebeklerin dosyaları incelendi. Doğum sonrası ilk bebek bakımında pozitif basınçlı ventilasyon (PBV) uygulanan tüm bebekler çalışmaya alındı. Bu bebeklerin doğum şekli, doğumunda uygulanan anestezi modeli, bebeklerin demografik özellikleri, bebeklere PBV uygulama nedenleri ve süreleri, apgar değerleri, kısa dönem izlem süreçleri kaydedildi. PBV gereksinimindeki nedenler ile bebeklere uygulanan anestezi modellerinin PBV sıklığı üzerine etkisi karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastanemizde belirlenen süre içerisinde içerisinde toplam canlı doğum sayısı 7766 idi. Bu bebeklerin 28'i gebelik süresi 22 hafta altında ve viabilite sınırının altında olması nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Belirlenen süre içerisinde toplam 221 bebek çalışmaya dahil edildi. Tüm canlı doğumlarda PBV uygulanma sıklığı 221/7738 (%2.85) saptandı. Çalışmaya alınan bebeklerin doğum şekli %19 normal doğum idi. Sezaryan doğumların %43.4(n:96) genel anestezi, %37.6(n:83) epidural anestezi ile yapılmıştı. İkiz bebek sıklığı %20.8(n:46) idi. Bebeklerin PBV süresi değerlendirildiğinde ≤30 saniye olanların oranı %68.8(n:152), 30-60 saniye oranı %21.7(n:48), >60 saniye oranı %9.5(n:21) saptandı. Apgar skoru 1. ve 5. dakikada 4.5±1.6 ile 7.3±1.1 iken solunum desteğine devam edilen 52 bebeğin 10. dakika Apgar skoru 4.5±3.9 olarak belirlendi. PBV sonrası izlemde %20.8 oranında oda havasında takip, %14.5 hood içi oksijen ile takip, %30.8 CPAP ile takip, %31.2 entübasyon, %2.8 göğüs kompresyonu ve %2.3 ilaç uygulaması yapıldığı belirlendi. Bebeklerin %73.3'ünün yatırılarak izlendiği, %24.4 bebeğin ise 6 saatlik izlemde sonra anne yanında izleme alındığı belirlendi. Anne yanında izlenen bebeklerden iki bebeğin (sarılık 1 bebek, beslenme yetersizliği 1 bebek) yatışı gereksinimi oldu.

SONUÇ: PBV uygulamasında sezaryenle doğum sıklığının yüksek olduğu, özellikle genel anestezi uygulamasında riskin arttığı belirlendi. PBV uygulanan ve en az 6 saatlik takiplerinde sorun gelişmeyen term bebeklerin yoğun bakım ünitesine yatırılmadan anne yanında en az 24 saat izlem sonunda taburcu edilebileceği düşünüldü. Konu ile ilgili geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: anestezi, apgar, doğum, izlem, PBV



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-189

İndirekt Hiperbilirubinemi Tanılı Yenidoğan Bebeklerin Yönetiminde Bir Değişiklik Var Mı?

Senanur Şanlı¹, Ali Bülbül², Ezgi Dilan Yüksel¹, Semra Bahar¹, Ali Ahmed Alsharafi¹, Hasan Sinan Uslu², Ebru Türkoğlu Ünal², Evrim Kıray Baş², Duygu Acar², Şehrinaz Sözeri²

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonatoloji

AMAÇ: Yenidoğan kliniğine sarılık tanısıyla yatan bebeklerde, indirekt hiperbilirubineminin etyolojik nedenleri ve sarılık tedavisinin demografik özelliklerinin incelenmesi.

MATERYAL-METOD: Hastanemizde son bir yıl içerisinde indirekt hiperbilirubinemi tanısıyla yatan ve gebelik süresi ≥ 35 hafta olan tüm bebeklerin dosyaları incelendi. Bebeklerin demografik bilgileri ve laboratuvar sonuçları kaydedildi. İndirekt hiperbilirubinemi nedenleri, bebeklere uygulanan tedavi modelleri ve süreleri değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanemizde belirlenen süre içerisinde toplam 144 bebeğin sarılık ön tanısıyla yatırıldığı belirlendi. Bebeklerin cinsiyet dağılımı %54,2 erkek, doğum şekli %59,7 normal doğum şeklindeydi. Bebeklerin ortalama doğum ağırlığı ve gebelik süresi; 3177 ± 503 gram ve $38,1 \pm 1,67$ hafta idi. Getirilme şikayetleri %91,7 sarılık, %6,9 emmeme ve %1,4 solunum güçlüğüydü. Ailenin sarılığı $2,9 \pm 3,7$ gün fark ettiği ancak hastaneye getiriliş zamanının 95 ± 108 saat olduğu belirlendi. Anamnezde %21,5 oranında akraba evliliği olduğu, %4,9 bebekte fototerapi tedavisi alan kardeş hikayesi ve %41,7 ilk bebek olma özelliği vardı. Bebeklerin %81,3 oranında sadece anne sütü, %16,7 karma beslenme ve %2,1'inin mama ile beslendiği belirlendi. Sarılık nedenleri irdelendiğinde %11,8 oranında Rh uyumsuzluğu ile %43,1 ABO uyumsuzluğu saptanırken, bu bebeklerin 29'unda (%20,1) direkt coombs pozitifliği vardı. Bu bebeklerin 7'sinde (%4,3) hemoliz olduğu için IVIG tedavisi verilmişti. Hastaların takiplerinde 4 bebekte hipotiroidi tanısı konuldu. Yüksek bilirubin değerleri nedeniyle 3 bebeğe kan değişimi uygulandı. Bebeklerin ortalama $27,4 \pm 16,8$ saat fototerapi aldığı saptandı. Enfeksiyon şüphesi ile 22 bebeğe tedavi verilirken, 5 bebekte kültür üremesiyle kanıtlanmış sepsis tespit edildi. İzlemde 9 bebeğin (%6,3) tekrar fototerapi için yatırılma gereksiniminin oldu.

SONUÇ: İndirekt hiperbilirubinemi yenidoğan ünitelerinde en sık görülen hastalık olma özelliğini korumakla birlikte, erken ve uygun tedaviler ile kan değişimi ihtiyacının azaldığı görülmektedir. Sarılık gelişiminde en sık risk faktörlerinin ilk bebek olma ve erken anne sütü ile yetersiz beslenme olduğu görüldü. İndirekt hiperbilirubinemi gelişiminde enfeksiyonların, hipotiroidinin ve hematolojik sorunların önemli bir yer tutması nedeniyle, sarılık nedeni ile yatırılan bebeklerde etyolojiye yönelik tetkiklerin eksiksiz olarak yapılması kesinlik gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: indirekt hiperbilirubinemi, yenidoğan, fototerapi

PP-190

Aşırı düşük doğum ağırlığı ile doğan ve kuşkulu genitalya saptanan preterm bir bebekte nadir bir adrenal yetmezlik nedeni: 3 beta hidroksisteroid eksikliği

Mehmet Gündüz

İstanbul Medipol Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Konjenital adrenal yetmezlikte (KAH) kortizol biyosentez yolundaki değişik basamaklarda rol oynayan enzimlerdeki eksiklikler sonucu kortizol sentezi azalır veya hiç olmaz. Azalan kortizol sentezi sonucu hipotalamik-hipofizer düzeydeki azalan negatif feedback etkiyle CRH / ACTH artar. Artan ACTH'nun adrenal bez üzerindeki uyarıcı etkisiyle adrenal bezlerde bilateral hiperplazi gelişirken, mutant bloktan önceki kortizol prekürsörlerinde artışlar olur. Tüm KAH'lı olguların yaklaşık %90'nını 21-Hidroksilaz enzim eksikliği oluştururken 3-beta hidroksisteroid dehidrogenaz (3BHSD) eksikliği nadir görülen bir formdur. 3BHSD eksikliği mineralokortikoid, glukokortikoid ve seks steroidleri olmak üzere her üç grup adrenal steroidin sentezini etkiler. Burada prematürite tanısıyla yatırılan ve ambiguus genitale saptanması üzerine yapılan tetkiklerinde 3BHSD eksikliği saptanan bir vaka sunulacaktır.

OLGU: Hastamız 27+3/7. gebelik haftasında fetal distres ve intrauterin büyüme geriliği nedeni ile sezeryan ile 590 gram ağırlığında doğan erkek bebektir. Solunum sıkıntısı nedeniyle mekanik ventilatörde izleme alındı ve respiratuvar distres sendromu nedeniyle sürfaktan uygulandı. Fizik muayenesinde kuşkulu genitalyasının olması üzerine konjenital adrenal hiperplazi ön tanısıyla kortizol, mineralokortikoid, adrenal bez enzim analizleri ve kromozom analizi gönderildi. İzleminde patent duktus arteriosus nedeniyle üç kür medikal tedavi almasına rağmen duktusu kapanmayınca duktus ligasyonu yapıldı. Prematüre retinoptisi tanısıyla intravitreal antiVEGF enjeksiyonu uygulandı. Kromozom analizi 46XY olarak saptandı. Hastanın Synacten uyarı testinde kortizol düzeylerinin düşük çıkması üzerine hidrokortizon tedavisi başlandı. Hastanın kortizol biyosentez yolağı enzim analizinde 3 BHSD eksikliği saptandı. Mineralokortikoid düzeyleri normal sınırlara yakın olan hasta hidrokortizon tedavisi ile kontrole gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: 3BHSD eksikliği çok nadir görülen otozomal resesif bir steroid biyosentez eksikliğidir. Ekikliğinde kortizol, mineralokortikoid ve seks steroidlerinin sentezi engellenir. Kuşkulu genitalye olan hastalarda ayrıntılı enzim analizi ile bu tanı konulabilir ve yeterli tedavinin erken dönemde başlamasıyla adrenal yetmezlik engellenmiş olur.

Anahtar Kelimeler: kuşkulu genitalya, adrenal yetmezlik, 3 beta hidroksisteroid dehidrogenaz eksikliği



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-191

Glutarik Asidüri Tip 1 Olgusu

Şeyda Doğan¹, Edibe Pembegül Yıldız², Yakup Köylü¹

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ: Glutarik asidüri tip 1 glutaril KoA dehidrogenaz enziminin eksikliğine bağlı olarak gelişen ve otosomal resesif olarak kalıtılan bir metabolik hastalıktır. Klinik olarak ilerleyici makrosefali ilk dikkat çeken özelliğidir. Ayrıca emme ve yutma reflekslerinin kaybolması, oturamama, koreatetoz, nöbetler, rijidite ve opistotonus gibi nörolojik regresyon bulguları vardır. Kranial MR'da frontotemporal atrofi ve bazal ganglia tutulumu dikkat çekicidir. Tedavide lizinden kısıtlı diyet, riboflavin ve karnitin verilir.

OLGU: On altı aylık erkek hasta, üç aylıktan çekyattan düşmüş, altıncı ayında çekilen Kranial BT'de subdural efüzyonunun saptanması üzerine Çocuk Nöroloji kliniğine yönlendirilmişti. Soygeçmişinde, birinci derece kuzen evliliği dışında özellik yoktu. Miadında vajinal yolla 3650 gr doğan hastanın postnatal sorunu olmamış. Nörolojik muayenesinde; Makrosefal (baş çevresi: 51 cm, >97p), göz hareketleri her yöne serbestti. Gövdesele hipotonisi ve alt ekstremitelerinde tonus artışı olup DTR+/+ idi. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Düşme öyküsünden yaklaşık 13 ay sonra başvuran ve 10 ay önce çekilen BT'de subdural efüzyonu olan hastanın özellikle hipotonisi ve makrosefalisinin de olması nedeniyle ayırıcı tanıda Glutarik asidüri düşünüldü. Yapılan tetkiklerinde TANDEM MS: C5DC glutaril karnitin: 0,560 (0-0,35), C0: 6,98 (8,8-90). VLCFA: normal, idrar organik asit: normal, kan aminoasit: normal. Kranial MRI: her 2 serebral parankimde sağda daha belirgin olmak üzere atrofi ile uyumlu volüm kaybı izlenmiştir. Sağda frontotemporoparietal bölgede en geniş yerinde 16 mm kalınlığa ulaşan kronik subdural effüzyon ile uyumlu görünüm saptandı. Klinik, laboratuvar ve radyolojik bulgulara göre glutarik asidüri tip 1 tanısı alan hastaya riboflavin, karnitin başlandı. Lizin ve triptofandan fakir diyet programı hazırlandı. Takiplerine devam eden hastanın hipotonisi dışında nörolojik bulgusu yok, distonisi yok.

SONUÇ: Olgumuzu sunmaktaki amacımız, ilerleyici makrosefali, global gelişme geriliği olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka Glutarik asidüri tip 1 düşünülmelidir. Kranial görüntülemelerde subdural efüzyon saptanması bu hastalıkta önemli bir ipucudur. Erken tanı ve tedavi hastalığın mortalite ve morbiditesi açısından çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: glutarik asidüri tip 1, makrosefali, frontotemporal atrofi, C5DC glutaril karnitin yüksekliği

PP-192

Fasiyal sinir tutulumu olmaksızın başvuran Moebius Sendromu olgusu

Muhammed Sami Tufan, Semih Ayta, Murat Elevli
Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Moebius sendromu fasyal sinirin, bazen de başta altıncı kranial sinir olmak üzere diğer kranial sinirlerin parezi veya paralizileri ile seyreden nadir görülen konjenital bir hastalıktır. Kranial sinir tutulumları tek veya çift taraflı olabilir. Kas-iskelet sistemi, ağız ve yüz anomalileri eşlik edebilir. Sporadik olabileceği gibi ailesel olgular da bildirilmiştir. Moebius sendromunun tanısı klinik özelliklere dayanmaktadır. MR gibi görüntüleme yöntemleri sayesinde benzer özellikteki diğer hastalıklar ekarte edilir. Ayrıca 6. kranial sinir bölgesinde kalsifikasyonlar tespit edebilir.

OLGU: 5 yaşında hasta her iki gözde dışa bakamama şikayeti ile polikliniğe başvurdu. Aile, doğumdan itibaren 6-7. ayda bakışlarda farklılık hissetmiş ancak 3 yaşından sonra dışa bakmadığını fark etmiş. Bilateral gözlerde dışa bakma kısıtlılığı mevcut. Fasiyal sinir ve diğer kranial sinirlerin muayenesi doğal. Güç kaybı ve piramidal bulgu yoktu. Göz muayenesinde ek patoloji saptanmadı. Ayırıcı tanıda Moebius Sendromu sekansı da düşünülerek kranial MR istendi. Yapılan kranial MR normal bulundu.

SONUÇ: Klasik olarak fasyal siniri ve beraberinde altıncı kranial sinir başta olmak üzere diğer kranial sinirleri de tuttuğu bilinen Moebius Sendromu nadiren izole altıncı sinir paralizisi ile karşımıza gelebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Moebius Sendromu, fasyal sinir, altıncı kranial sinir



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-193

Melkersson-Rosenthal Sendromu: Bir Olgu Sunumu

Nesrin Kaya, Gülşen Köse, Onur Küçüközer

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Melkersson Rosenthal sendromu tekrarlayan periferik fasiyal paralizi, orofasiyal ödem ve fissürlü dil triadı ile karakterize nöromukokütan granümatöz bir hastalıktır. Çocukluk çağında nadir görülür, yaşamın 2. ve 3. dekadında daha sık görülür. Melkersson Rosenthal sendromu tekrarlayan fasiyal paralizilerin ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir hastalıktır. Bu yazıda Melkersson Rosenthal sendromu tanısı alan 16 yaşında erkek hasta sunulmuştur.

OLGU: 16 yaş 6 aylık erkek hasta, tekrarlayan yüz felci şikayeti ile Ç. nöroloji polikliniğimize başvurdu. Daha önceden bilinen bir hastalığı olmayan, özgeçmişinde ilk kez 8 yaşında, sonrasında 9 ve 15 yaşında olmak üzere üç kez sol periferik fasiyal paralizisi olduğu ve tedavi ile kısa sürede sekelsiz iyileştiği öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde ışık refleksi bilateral pozitif, göz hareketleri serbest ve göz dibi muayenesi doğaldı. Sağ nazolabial sulkus hafif silik, sağ göz kapağı tam kapanamıyor, alın hareketleri serbestti. Perioral ödemi ve dil üzerinde yarıkları vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemelerinde; tam kan sayımı, kan biyokimyası, viral enfeksiyonlara yönelik serolojik incelemeler ve otoimmün paneli negatif saptandı.

Radyolojik incelemelerde hastanın temporal kemik bilgisayarlı tomografisi, kraniyal MR ve MR anjiyografi görüntülemesi normal saptandı.

Sekiz yıl içinde orofasiyal ödem ile dil papillalarında belirginleşme eşlik eden tekrarlayan fasiyal paralizisi olan hastanın klinik, radyolojik ve laboratuvar incelemelerinde pozitif bulguya rastlanmaması üzerine diğer nedenler dışlandıktan sonra Melkersson –Rosenthal Sendromu tanısı konuldu.

SONUÇ: Tekrarlayan periferik fasiyal paralizi ile başvuran hastalarda enfeksiyonlar, travma, tümörler, metabolik bozukluklar, konjenital anomaliler ve kollagen doku hastalıkları gibi diğer nedenler dışlandıktan sonra Melkersson –Rosenthal Sendromu akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Melkersson Rosenthal Sendromu, Tekrarlayan Fasiyal Paralizi, Orofasiyal ödem, Dilde Fissür

PP-194

Nadir Görülen Epileptik Ensefalopatinin Bir Olgu Üzerinden Tartışılması

Cihan Zamur¹, Senanur Şanlı¹, Taha Yasin Akın¹, Gülşen Köse²

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji ABD, İstanbul

GİRİŞ: Epileptik ensefalopatiler (EE) erken çocukluk çağının antiepileptik ilaçlarına dirençli ve gelişme geriliği ile seyir gösteren epileptik sendromlardır. Gelişim geriliği özellikle dil ve sosyal performansın düşmesi ile karakterizedir. EE nedenleri multifaktöriyel olup altta yatan nedeni belirlemek zaman zaman oldukça zor olmaktadır.

OLGU SUNUMU: Nöbet geçirme yakınması ile başvuran 2.5 yaşında erkek olgu acil polikliniğe getirildi. Öyküsünde; 5.5 aylıktan itibaren sağ kolunda kasılma ile başlayan tüm vücuduna yayılan ve bilinçsizlik dönemi yaklaşık 5-10 dk. sürüp sonra sadece sağ kolunda devamlı titreme ile devam eden nöbetleri olduğu öğrenildi. Yaklaşık 2 yıldır çeşitli antiepileptikler kullanılmasına rağmen sadece primidon tedavisi ile 5-6 aylık dönemde nöbetsiz kaldığı öğrenildi. Özgeçmiş ve soygeçmiş öyküsünde 2 aylıkken geçirdiği araç içi trafik kazası dışında özellik yoktu. Kaza sonrası kısa süreli bilinçsizlik dönemi dışında muayene ve tetkikleri normal bulunmuştu. Nöbetlerinin devam etme sürecinde yürüme ve konuşma basamaklarında gerileme olmuş ve bu nedenle Epilepsi tanısına Atipik otizm tanısında eklenmişti.

Fizik muayene bulguları tamamen normal olup nörolojik muayenesinde; konuşma ve destesiz oturması yoktu. Sağ üst ekstremitesinde devamlı tremor, distonik postür ve artmış derin tendon refleksleri dışında başka bulgu yoktu.

Laboratuvar bulgularında; tam kan sayımı, biyokimyasal ve metabolik testleri normal sınırlarda bulundu. EEG: Sol fronto-sentral bölgede epileptik aktivite, MRG bulguları normal sınırlarda idi. Hastaya midazolam infüzyon tedavisi başlanıp klobazam 0,5 mg/kg, primidon 20 mg/kg tedavisi oral olarak başlandı. Tedavinin 10. gününde olgu nöbetsiz ve ayağa kalkıp destekle durabilir halde kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Epileptik ensefalopati açısından tüm genom taraması için kan örneği gönderildi.

TARTIŞMA: Epileptik ensefalopatiler (EE) erken çocukluk çağının antiepileptik ilaçlarına dirençli ve gelişme geriliği ile seyir gösteren epileptik sendromlardır. Gelişim geriliği özellikle dil ve sosyal performansın düşmesi ile karakterizedir. EE nedenleri multifaktöriyel olup altta yatan nedeni belirlemek zaman zaman oldukça zor olmaktadır.

Bu sunumda epileptik ensefalopati ile birlikte dil gelişimi duraklayan bir olguyu tartışmak istedik.

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel duraklama, Epileptik ensefalopati, Çocukluk çağı epileptik ensefalopatileri, İnfantil başlangıçlı epileptik ensefalopati



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-195

Akut romatizmal ateşin major bulgularından: Sydenham koresi

Ümit Gül, Duygu Güneş, Özlem Akgün, Murat Elevli, Hatice Nilgün Selçuk Duru, Semih Ayta
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Sydenham koresi akut romatizmal ateşli hastaların %10-15'inde görülen ve diğer ARA kriterlerini (JONES KRİTERLERİ) karşılamadan tek başına ARA tanısı koydurabilen bir nörolojik bozuktur. Duygusal dengesizlik, koordinasyon bozukluğu, okul başarısının düşmesi, kontrol edilemeyen hareketler ve yüzde stresle artıp uykuda kaybolan mimiklerle karakterizedir. Akut GAS enfeksiyonundan kore görülmesine kadar geçen latent periyot genellikle artrit ve karditten daha uzundur. Hastalığın akut evresi rahatsız edicidir ancak korenin kalıcı nörolojik sekeli çok nadirdir.

OLGU: 11 yaşında kız hasta yaklaşık bir haftadır devam eden el ve kollarda istemsiz hareketler ve yüzde tik benzeri şikayetlerle tarafımıza başvurdu. Kronik bir hastalığı, sürekli ilaç kullanımı, hastane yatış öyküsü olmayan hasta yaklaşık 1 ay önce ateşli bir üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş, adını hatırlamadığı ilaçlar kullanmış ve 3 gün sonra şikayetlerinin kaybolması üzerine ilaçları kullanmayı bırakmış. Hastanın artrit-artralji açısından şikayeti ve bulgusu yok. Kardiyak oskültasyonunda mitral odakta 2/6 üfürümü mevcut, vücudunda döküntü ve şişlik yok. Anne, baba, 7 kardeşi ve yakın akrabalarında ARA öyküsü yok. Hastanın tetkiklerinde WBC:8240/mm³, ESH:19 mm/saat, CRP:3 mg/L, ASO:1488 IU/mL olarak saptandı. EKG'sinde anormal bir bulgu saptanmadı. EKO'sunda hafif derece AY ve orta-ağır derecede MY saptandı. Hasta ARA-Sydenham koresi tanısıyla servisimize yatırıldı ve haloperidol tedavisi başlandı. Hastanın servisimizde yatışı hala devam etmekte.

SONUÇ: Romatizmal kalp hastalığı halen tüm yaş gruplarında en sık edinsel kalp hastalığıdır. Son yıllarda sıklığı azalsa da özellikle gelişmekte olan ülkelerde halen önemli bir halk sağlığı sorunu ve morbidite-mortalite nedeni olmaya devam etmektedir. GAS eradikasyonu açısından ve kalp tutulumu olan hastalarda penisilin profilaksisi ARA tedavisindeki yerini halen korumaktadır. ARA'nın klinik prezentasyonlarından birisi olan sydenham koresi'nin tanınması, diğer kore yapabilecek hastalıklardan (Wilson hast, SLE, Huntington koresi, ensefalitler vs) ayırıcı tanısı ve ARA'nın kardit tutulumunun ortaya çıkarılması açısından önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Akut romatizmal ateş, Sydenham koresi, çocuk nöroloji

PP-196

PANDAS Sendromu - Olgu Sunumu

Onur Küçüközer¹, Dilşat Gündoğdu¹, Meryem Yelda Tan², Gülşen Köse³

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Nöroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: Pandal sendromu (Streptokok ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar) ergenlik dönemi ve öncesinde görülen, ani başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk belirtileri ve/veya tikler ile ortaya çıkan, grup-A Streptokok enfeksiyonu ile birlikte, motor hiperaktivite ve koreiform hareketler gibi nörolojik bulgular ve alevlenip sönmelerle giden seyri olan bir sendromdur. Tanı için ayrıntılı anamnez, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesinin yanında ayırıcı tanının yapılması önemlidir. Son 1 ayda olan aşırı hareketlilik, ellerde titreme, okul başarısında düşme yakınmaları başlayan ve 1 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan Pandal sendromu ön tanıli olgumuzu sunduk.

OLGU SUNUMU: 13 yaşında erkek hasta. 2 yıl önce dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, obsesif-kompulsif bozukluk ve tik bozukluğu nedeniyle tedavi görmeye başlamış. Son 1 ayda başlayan aşırı hareketlilik, ellerde titreme, okul başarısında düşme şikayetleri başlamış ve 1 ay önce üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü. Özgeçmişte; Anne-baba arasında akrabalık yok. Prenatal, natal, postnatal öyküde özellik yok. Ailede bilinen kronik hastalık öyküsü yok. Fizik bakıda; ağırlık: 58 kg (50-75 p), boy: 160 cm (25-50 p) Nörolojik muayenede ellerde tremor ve koreiform hareketler mevcut, diğer sistem muayeneleri normal. Laboratuvar tetkiklerinde; biyokimyasal parametreleri normal; TSH:2,6 uU/mL, S. T4:0,77 ng/mL, Vitamin B12: 188 pg/mL, Folik asit: 8,4 ng/dL, Glukoz:98 mg/dL, Seruloplazmin:28 mg/dL ve ASO:586 IU/mL saptandı. Çekilen EEG'sinde ve kraniyal MRG'sinde patoloji saptanmadı. Hastaya seftriakson, metilfenidat tedavisine ek olarak 400 mg/kg 5 gün IVIG tedavisi başlandı. Tedavinin 3. gününde hastanın kore ve tremorunda gerileme izlendi.

SONUÇLAR: Ani başlangıçlı obsesif kompulsif bozukluk ve tiklerle karakterize olgularda uzun süreli yanlış tedavi ve klinik izlemin yapılmaması açısından yakın dönemde üst solunum yolu enfeksiyonu tarifleyen olgularda streptokok ile ilişkili pediatrik otoimmün nöropsikiyatrik bozukluklar (Pandal) açısından araştırma yapılması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ani başlangıç, ASO, Ataksi, IVIG, Tik



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-197

Limbik Ensefalit

Fatma Çelik, İhsan Kafadar, Gülşen Köse

Şişli hamidiye etfal eğitim araştırma hastanesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları ana bilim dalı, çocuk nöroloji, istanbul

AMAÇ: Limbik 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 veya tekrarlayan epileptik nöbetler ile başvurur. Enfeksiyon hastalıkları ve çeşitli nöronal otoantikör testleri ile doğru tanı konabilir.

OLGU: 7 yaşında kız hasta, başvurusunda 5 gündür hareketlerini kontrol edememe, konuşamama daha sonrasında ağlama, bağırma ve kendini odaya kapatma ve ağızdan salya gelme şikayetleri ile dış merkeze başvurmuş. Özgeçmişinde belirgin bir özellik saptanmayan, anne baba arasında akrabalık bulunmayan hastanın soygeçmişinde babanın 8 ay önce hızlı ilerleyen nörolojik bir hastalık(?) nedeniyle ex olduğu öğrenildi. İlk başvurusunda sistemik muayenesinde bilinç konfü, söylenenleri anlıyor ama cevap veremiyordu. Hastanın yapılan tetkiklerinde; hemogram, biyokimya, periferik yayma ve BOS biyokimyası normal saptandı. Görüntüleme tetkiklerinde beyin BT de: verteks düzeyinde ivkm sonrası leptomeningeal şüpheli kontrastlanma izlendi, beyin MR: normal, göz dibi: normal, EEG: herpes enefalitine uyumlu saptandı. BOS tan gönderilen HSV 1-2, tuberkuloz PCR, kızamık IGG ve IGM negatif saptanmış. Hastadan wilson, metabolik hastalık, tuberkuloz, malignite tetkikleri ve limbik ensefalit ön tanısı ile NMDA, GABA, AMPA gönderildi gönderildi. Takibinde dudaklarda büzme, ellerde avuç kapama elleri birleştirme ve ayırma şeklinde otomatize hareketler başlayan ve daha sonrasında kliniğinin kötüleşip, nöbetleri olan ve bilinci kapanan hasta entübe edilip yoğun bakımda bir süre takip edildi. Hastanın antiNMDA pozitif sonuçlanan hastaya limbik ensefalit tanısı konuldu. Hastaya, levatrisetam, haloperidol ve pulse steroid tedavisi uygulanıp plazmaferéz yapıldı. Plazmaferéz sonrası genel durumu düzelen yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta bir süre serviste takip edilerek taburcu edildi. Prednol, levatrisetam ve haloperidol tedavisi devam eden hasta çocuk nöroloji polikliniğinden takibine devam edildi.

SONUÇ: Davranış ve bellek bozukluğu ve dirençli nöbetler ile başvuran ve kranial MR görüntülemesi normal olan ve limbik ensefalit düşünülen hastalarda geçikmeksizin otoimmün limbik ensefalit paneli çalıştırılmalı ve pulse steroid başlanmalı.

Anahtar Kelimeler: davranış bozukluğu, limbik ensefalit, pulse steroid

PP-198

Henoch-Schönlein Purpurası Tanısı ile İzlenen Olguda Posterior Reversibl Ensefalopati Sendromu Gelişmesi

Berker Okay, Ayşe Ağbaş, Semih Ayta, Murat Elevli

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Posterior reversible ensefalopati sendromu (PRES) klinik ve radyolojik olarak tanı konan geçici bir durumdur. Klinikte baş ağrısı, mental bozukluk, görme bozuklukları, mide bulantısı, kusma ve epileptik nöbetler ile bulgu vermekte ve sıklıkla akut hipertansiyon ile beraber görülmektedir. Kollajen vasküler hastalıklar, hipertansif ensefalopati, immünsupresif ve sitotoksik ilaçlar, maligniteler, HÜS, TTP, kronik böbrek yetersizliği, sepsis, eklampsi-preeklampsi ve organ transplantasyonu belli başlı nedenler arasındadır. Beyin görüntülemesinde pariyetal ve oksipital bölgelerde daha belirgin olan beyin ödemi ile karakterize, genellikle geri dönüşlü bir durumdur.

OLGU: 10 yaşında kız hasta; bacaklarda purpurik döküntüler, karın ağrısı, kanlı ishal ve idrar miktarında azalma şikayetleri ile başvurdu. Öyküsünde nörolojik gelişiminin yaşıtlarına uygun olduğu, kronik hastalık veya ilaç kullanımının olmadığı, ailesinde hastalık saptanmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde bilateral alt ekstremitesinde palpabl purpuralar, pretibial +1 ödem, tansiyon: 100/60 mmHg saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde Wbc: 16600 mm³, Hgb: 7,5 g/dl; PLT: 409000 mm³, Üre: 81,5 mg/dl; Cre: 0,77 mg/dl; Albumin: 3,0 g/dl; CRP: 18,3 mg/L; Sedim: 72 mm/h, C3c: 73, C4: 11, idrarda 2+ proteinüri ve mikroskobik hematüri, gaitada gizli kan pozitifliği yanı sıra koagülasyon parametreleri normal saptandı. Romatolojik ve viral markerları negatif saptandı. HSP ön tanısı ile cilt ve böbrek biyopsisi yapıldı. HSP Nefriti tanısı konularak steroid tedavisine başlandı. Takibi sırasında baş ağrısı, bilinç bulanıklığı, generalize tonik-klonik nöbet geçirmesi üzerine bakılan tansiyon: 150/110 mmHg saptandı. Esmolol infüzyonu, iv furosemid ve dilaltı kaptopril ile tansiyonları kontrol altına alındıktan sonra çekilen Kranial Bt normal saptanırken Beyin MRI'da sol pariyeto-okspital bölgede hiperintens alan saptandı. Nöroradyolojik ve klinik değerlendirmeler sonucunda PRES tanısı konuldu.

SONUÇ: Ani gelişen baş ağrısı, mental durum değişikliği, epileptik nöbet ve hipertansiyon varlığında PRES'in akla gelmesi ve kranial görüntülemelerde bu durumun göz önünde bulundurulması önemlidir. Hipertansiyonun kontrol altına alınması ve semptomatik tedavi ile olguların çoğunluğu geri dönüşümlü seyretmektedir.

Anahtar Kelimeler: PRES, Hipertansiyon, HSP, Epileptik Nöbet



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-199

ATP7A ilişkili bakır transport bozukluğu: Menkes hastalığı

Tuğçe Aksu Uzunhan¹, Hatice Nur Kırar², Hasan Dursun³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi

Menkes hastalığı X'e bağlı resesif geçişli, progresif nörodejenerasyon ile giden bir hastalıktır. ATP7A geni ile kodlanan transport proteinin eksikliğinde bakır kana verilemez ve kofaktör olarak bakırı kullanan enzimlerin aktivitelerinde bozukluk görülür. Klinikte şüphe uyandırabilecek en belirgin özellik kırılğan, yünümüş seyrek saç yapısıdır. Saç, deri ve gözde renk ve yapı bozukluğu, hipotoni, epilepsi (West sendromu), üriner sistem divertikülleri, arteriyel anevrizmalar, herniler, hipotermi görülebilir. West sendromu nedeniyle tetkik edilirken muayenede kırılğan yünümüş seyrek saçları nedeniyle Menkes hastalığı tanısı konan 6 aylık erkek olgu sunulmuştur. Altı aylık erkek hasta infantil spazm düşünülen nöbetler ile polikliniğimize getirildi. 5 aylıktan beri olan her gün, günde 6-7 kez olan nöbetlerinin olduğu ifade edildi. Özgeçmişinde 38. GH'da 2940 g ağırlığında normal spontan yolla doğduğu, mekonyum aspirasyonu nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatırıldığı öğrenildi. 3. ayın sonunda göz takibi ve sosyal gülmesinin olmadığı, başını tutamadığı farkedilmişti. Soygeçmişinde anne baba arasında akrabalık yoktu, ailede benzer hastalık öyküsü bulunmuyordu. Fizik muayenesinde tartı 6800 g (10-25P), boy 62,7cm (3-10P), baş çevresi 40,8 cm (3P), baş kontrolü kısmi, göz takibi yok, göz kontağı çok kısa süreli, tonus azalmıştı, diğer sistem muayeneleri normaldi. Saçları açık sarı renkliydi, yanlardan dökülmüştü, uzunlu kısıtlı, dağınık ve ince görünüyordu ancak dokunulduğunda oldukça sert yünümüş saç yapısı dikkat çekti. West sendromu nedeniyle vigabatrin ve levitirasetam başlandı. Işık mikroskopunda incelenen saçta pili torti (kendi etrafında dönmüş saç görünümü) izlendi. Serum bakır düzeyi 34 mcg/dl (70-150 mcg/dl) ve seruloplazmin düzeyi 4.28 mg/dl (20-45 mg/dl) olarak saptandı. Menkes hastalığı ile uyumluydu. ATP7A geninde c.1870-1G>C mutasyonu hemizigot olarak saptandı. Menkes hastalığı tanısı kesinleşen olgunun bakır tedavisi planlandı, aile bireylerine genetik danışmanlık düşünüldü. İlk 12 ayda bakır yaşam için kritiktir. Menkes hastalığında yaşamın ilk günlerinde başlayan bakır tedavisi ile olumlu sonuçlar bildirilmektedir. Saç yapısı, hipotermi, West sendromu gibi klinik belirtilerin iyi bilinmesi ile erken tanı daha çok olgu için mümkün olabilecektir.

Anahtar Kelimeler: Bakır, Kırılğan saç, Menkes

PP-200

Nadir bir epileptik ensefalopati nedeni:Nonketotik Hiperglisinemi

Asuman Kırıl, Ahmet Baysal, Maral Huri Özkaya, Gülşah Pirim, Gizem Höyük, Levent Çoban

Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Mülteci olarak 1 aydır Türkiye'de bulunan 5 buçuk aylık erkek hasta başvurduğu dış merkezden status epilepticus ön tanısıyla entübe edilerek hastanemize sevk edildi. Hasta acil serviste nöbetlerinin devam etmesi nedeniyle çocuk yoğun bakıma gönderildi.5 gün mekanik ventilasyon ile takip edilen hasta servismize devredildi. Prenatal natal ve postnatal öyküsünde özellik yoktu hastanın soygeçmişinde anne babasının kuzen oldukları ailenin ilk çocuğu olduğu ve ailede benzer vakanın olmadığı öğrenildi. Serviste spontan solunumu vardı, derin tendon refleksleri hiperaktif, ışık refleksi zayıf ve ışık takibi yoktu. Diğer fizik muayene bulguları normaldi. Laboratuvar incelemesinde ilk kan gazında pH:7,10 CO2:43,4 HCO3:12,1 laktat:12,9, ürik asit:14,4, AST:294, kan şekeri:37mg/dL, amonyak:88,8 umol/L, diğer laboratuvar bulguları normaldi. Hastanın kontrol kan gazları normal sınırlar içerisindeydi. BOS viral paneli ve diğer enfeksiyon parametreleri negatifti. Kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın BT si normal sınırlar içindeydi. İnatçı nöbetleri için fenobarbital, levitirasetam ve piridoksal fosfat alan hastanın EEG si normaldi (B6 vitamini tedavisi etkisi olarak yorumlandı). Hastanın doğumsal metabolik hastalıklar açısından tandem mass sonucu plazma aminoasitlerinde glisin:231,18 µmol/l BOS glisin:83,07 µmol/l, BOS glisin/plazma glisin:0,35 (>0,08) gelmesi üzerine nonketotik hiperglisinemi tanısı hastaya kondu. Hastamızın yenidoğan döneminde yakınması olmaması nedeniyle infantil başlangıçlı tip olduğu düşünüldü. Hastaya anne sütü, ursodeoksikolik asit, piridoksal fosfat başlandı, konvülsiyonları kayboldu. Bu sunumda erken başlayan epileptik ensefalopatili hastalarda akraba evliliğinin yoğun olduğu toplumlarda etkenler arasında nadir de olsa bu hastalığın akla getirilmesinin gerektiğini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: infantil epileptik ensefalopati, nonketotik hiperglisinemi, akraba evliliği



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-201

İki Aylık Bir Hastada Joubert Sendromu: Olgu Sunumu

Çağla Öztürk, Yelda Türkmenoğlu, Tuğçe Uzunhan, Fatih Aygün, Hasan Dursun
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

JOUBERT SENDROMU: OLGU SUNUMU

Çağla Öztürk, Yelda Türkmenoğlu, Tuğçe Aksu Uzunhan, Fatih Aygün, Hasan Dursun

Joubert sendromusıklıkla otozomal resesif geçişli, hayatın erken dönemlerinde başlayan hipotoni, ataksi, apne-hiperpn e atakları, anormal göz hareketleri, nöromotorgelişim geriliği, kranial manyetik rezonans görüntülemede "molar diş" görüntüsü ile karakterize olan bir hastalıktır. Tanı sıklıkla klinik ve radyolojik olarak konmaktadır. Klinik bulgulara göre alt tipler belirlenerek spesifik genetik incelemeler yapılabilmektedir. İki aylıkken beslenememe ve solunum sıkıntısı nedeniyle tetkik edilirken kranial manyetik rezonans görüntülemede "molar diş" belirtisi ile Joubert sendromu tanısı konan bir erkek olgu sunulmuştur.

2 aylık erkek olgu beslenememe ve solunum sıkıntısı nedeniyle başvurdu. Term, 2320g olarak normal spontal yolla doğduğu yenidoğ andöneminde sepsis ve solunum sıkıntısı nedeni ile yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Anne babası arasında birinci derece kuzen evliliği mevcuttu. Fizik muayenede tartısı 3900 g (<3 persentil), boy 52 cm (3 persentil) baş çevresi 38 cm (10 persentil) idi. Dakika solunum sayısı 42, dinleme bulgusu yoktu. Nistagmusu olan olgunun baş tutması zayıftı, tonusu azalmıştı, derin tendon refleksleri alınıyordu. Hemogram, karaciğer, böbrek vetiroid fonksiyon testleri, B12, metabolik taramaları normal bulundu. Olgunun mevcut bulguları ve ara ara apne atakları olması nedeni ile çekilen kranial manyetik rezonans görüntülemelerinde molar diş görünümü saptandı. Joubert sendromu ile uyumlu olduğu düşünüldü. Alt tiplerin belirlenmesi için yapılan göz muayenesi ve batin ultrasonografisi doğal saptandı. Hastalık komplikasyonları açısından izlemi ve rehabilitasyonu planlandı. Tıbbi genetik kliniğine genetik tanısı ve danışmanlık için yönlendirildi.

Joubert sendromunun polidaktili, oküler koloboma, retinal distrofi, böbrek hastalığı, hepatik fibrozis, ensefalosel ve diğer beyin malformasyonları ile beraber olan alt tipleri mevcuttur. Hastalığın spesifik tedavisi bulunmamaktadır ancak tanı konulması genetik danışmanlık ve komorbiditelerin izlemi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hipotoni, Joubert sendromu

PP-202

Konvulsiyon ile Başvuran Çocuklarda Uyarıcı Deri Bulguları: Bir olgu sunumu

Fidan Kimyongür¹, Edibe Pembegül Yildiz², Hüseyin Aldemir¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Tüberoz skleroz, birçok organ sistemlerini etkileyen, OD geçişli bir nörokutan hastalıktır. Hastalığın major bulguları, beyin, cilt, kalp, böbrek ve akciğer tümörleri ile otizm spektrum bozuklukları ve kognitif gerilik gibi nöropsikiyatrik bozukluklardır. Sütçocuğu döneminde nöbet nedeni ile başvuran hastalarda özellikle taranmalıdır.

OLGU: 5 aylık kız hasta, son bir haftadır sıklığı giderek artan sabit bakış ve öne doğru eğilerek kasılma şikayeti ile başvurdu. Hikayesinde özellikle uykudan uyanırken art arda öne doğru kasılmalarının olduğu, ardından çığlık atarak ağıladığı, on gündür göz teması kurmadığı ve baş kontrolünün azaldığı öğrenildi. 3 ay önce gövdesinde beyaz lezyonları gelişmiş ve dış merkezde vitiligo tedavisi almış. Fizik muayenede; deride çok sayıda hipopigmente lezyonları saptandı. Göz teması ve obje izlemi yok, baş kontrolü olmayan hastanın aksiyal hipotonisi mevcut olup DTR bilateral alınıyordu. Hastanın laboratuvar incelemesinde rutin biyokimya ve hemogram değerleri normaldi. Elektroensefalografisinde (EEG) hipsaritmi paterni görüldü. Kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntülemede subependimal nodüller saptandı. Klinik ve radyolojik bulgularla tüberoz skleroz tanısı konularak hastaya vigabatrin tedavisi başlandı.

SONUÇ: Tüberoz skleroz hem deri tutulumu hem de sistemik tutulumu olan bir hastalıktır. Hastayla ilk karşılaşan hekimin yapacağı dikkatli bir dermatolojik muayene, birçok sistemi etkileyebilen hastalığın erken tanısını sağlayacaktır. Çocukluk döneminde nöbet ile başvuran hastalarda deri muayenesi nörolojik muayenenin ayrılmaz bir parçası olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tüberoz skleroz, nöbet, deri bulguları



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-203

Optik Nörit Olgusu

Şeyda Doğan¹, Edibe Pembegül Yıldız², Burcu Çil¹, Ece Orbay¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kanuni Sultan Süleyman Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Optik nörit, optik sinirin inflamasyonudur. İnsidansı 1-5 vaka/100000/yıldır. Beyaz ırk ve kadınlarda daha sık görülür. 20-49 yaş arası daha yüksek insidansa sahiptir.

OLGU: Miadında C/S ile 4100 gr doğan, natal ve postnatal sorunu olmayan 6 yaşındaki kız hasta, 3 gün önce başlayan progresif görme kaybı ve renkleri ayırt edememe şikayeti ile hastaneye başvurdu. Nörolojik muayenesinde; Göz hareketleri her yöne serbestti. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kontrastlı çekilen Orbital MRG'ında her iki optik sinir diffüz olarak kontrast tutmakta idi, optik nörit ile uyumlu olarak saptandı. Kontrastlı Spinal MRG bulguları olağandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı, BOS oligoklonal antikor düzeyi pozitif saptandı. Gönderilen diğer laboratuvar tetkikleri normal tespit edildi. Etiyolojik olarak enfeksiyöz, paraenfeksiyöz nedenler dışlandı. Otoimmün kaynaklı olduğu düşünülen optik nörit tanısı alan hastaya pulse steroid tedavisi başlandı. 5 gün 30 mg/kg/gün iv pulse steroid verildi, ardından haftada 2 gün olmak üzere 2 kez daha 30 mg/kg/gün iv pulse steroid verildi. Sonrasında ise steroid tedavisi azaltılarak kesildi. Hastanın görme bulguları tamamen düzeldi. Halen takipleri devam eden hastanın herhangi bir nörolojik problemi olmadı.

SONUÇ: Optik nöritin erken tedavisi hastalığın prognozu açısından çok önemli olduğu için akut görme kaybı olan hastada öncelikle dışlanması gereken tanıdır. Prognostik değerlendirme için BOS'ta oligoklonal band muhakkak bakılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Optik Nörit, Bos Oligoklonal Band,

PP-204

Fenitoin Bağı Gelişen Nadir Bir Durum: DRESS Sendromu

Banu Bahar Karacıba, Şeyma Köksal, Serap Cevher, Müferet Ergüven, Sertaç Arslanoğlu
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Alerjik reaksiyonlar nedeniyle hastalar acil servise çok çeşitli şekillerde başvurabilir.(1) Bunun yanı sıra yatan hasta servislerinde çeşitli ilaç kullanımlarına bağlı olarak kızarıklık ve cilt döküntüleri gelişebilir. Bunlar arasında en nadir saptanan cilt döküntüsü DRESS sendromudur.

AMAÇ: Kızarıklık ve cilt döküntüsü ile acil servise başvuran hastada; nadir olarak saptanan eozinofili ve sistemik semptomlar ile ilaç döküntüsü (DRESS) sendromuna dikkat çekmek amaçlandı. **OLGU:** 13 yaşında erkek hasta araç dışı trafik kazası ve kafa travması ile çocuk yoğun bakım ünitesine (çybü) başvurdu ve yatışı yapıldı. 3 gün çybü de takip edildikten sonra profilaktik olarak başlanan fenitoin ile taburcu edildi. Fenitoin kullanımının yaklaşık 14. gününde kızarıklık, ateş, cilt döküntüleri ile başvuran hastaya seftriakson tedavisi başlandı. 3 gün boyunca devam eden dirençli ateşi olan hastanın, eklem ağrısı ve cilt döküntülerinde artma şikayeti oldu. Fizik muayenede; tansiyon:100/60 mmHg nabız:87/dk ateş:38.3 derece yüz, gövde ve sırtta yaygın eritemli basmakla solan makülopapüler lezyonlar mevcuttu, diğer sistem muayeneleri normaldi.Tetkikleri Hb:11.1 gr/dl plt:119000 mm3 wbc:4200 mm3 Eozinofil:%11 Ast:1748 U/l Alt:1449 U/l CRP:3.81 mg/dl olarak geldi. Hastaya eozinofili ve sistemik semptomlar ile ilaç döküntüsü (DRESS) sendromu ön tanısı ile Dermatoloji konsultasyonu istendi. DRESS sendromu tanısı ile hastaneye yatışı yapılan hastanın ilaçları kesildi, antihistaminik ve sistemik steroid tedavisi uygulandı. Hasta şifa ile taburcu edildi.

TARTIŞMA: DRESS sendromu akut başlangıçlı, ateş, cilt döküntüsü ve iç organ tutulumu ile karakterize yaşamı tehdit edebilen ilaca bağlı akut bir hipersensitivite reaksiyonudur.(2) En sık (%70) cilt bulgularına rastlanır.(3) Tedaviye başlandıktan 1-8 hafta sonrasında ortaya çıkar.(4) Tedavide henüz bir standardizasyon yoktur. Şüpheli ilacın derhal durdurulması gerekir. Önlem almakta geciktirildiği durumlarda prognoz kötüleşir. Glukokortikoid tedavi ciddi vakalarda zorunludur.(5) Bizim hastamızda da bu yaklaşım temel alındı, kullanmakta olduğu ilaç kesildi ve kortikosteroid başlandı.

SONUÇ: Cilt lezyonları ve alışılmadık sistemik şikayetler ile başvuran hastada; özellikle antiepileptikler başta olmak üzere, herhangi yeni bir ilaç kullanımı saptandığında DRESS sendromu mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DRESS Sendromu, eozinofili, deri döküntüsü



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-205

Perikardiyal Efüzyon ile Prezente Olan Bir FMF Olgusu

Aybüke Kacır¹, Nalan Karabayır¹, Abdullah Erdem²

¹Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Medipol Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), tekrarlayıcı kısa süren ateşli ataklar ile seyreden, serözal membranların enflamasyonunun eşlik ettiği otoenflamatuvar bir hastalıktır. Hastalığın tanısı klinik bulgular ile konup, tipik bulguları olmayan hastalarda genetik araştırma yararlıdır. Perikardiyal efüzyon ile prezente olan, gen mutasyonu ile tanısı kesinleştirilen bir FMF olgusu sunuldu.

OLGU: Aralarında akrabalık olmayan Tokat'lı baba ile İstanbul'lu annenin tek çocuğu olan üç yaşında erkek hasta son bir haftadır ateş, karın ağrısı ve ishal şikayetleri ile polikliniğe başvurdu. Özgeçmişinde aralıklı eklem ağrıları bildirilen hastanın fizik muayenesinde cilt rengi soluk olup, kalp sesleri derinden geliyordu. Batın muayenesinde palpasyonla hassasiyeti saptanan olgunun tetkiklerinde lökosit: 21500 mm³/l, sedimentasyon: 65 mm/st, CRP: 104 mg/dL bulundu. Çocuk cerrahi konsültasyonunda akut batın lehine bulgu saptanmadı. Ekokardiogramda perikardial efüzyonu saptanan olguya hematoloji konsültasyonu yapıldıktan sonra ibuprofen, sefazolin ve steroid tedavisi başlandı. Takipte perikardiyal efüzyonu azalan olgunun romatolojik tetkikleri negatif bulunurken, genetik analizinde MEFV geninde R202Q mutasyonu saptandı. Olgu FMF tanısı ile romatolojiye yönlendirildi.

SONUÇ: Perikardiyal efüzyon çocuklarda perikardit veya geçirilmiş cerrahiye sekonder görülebildiği gibi nadiren FMF'in ilk bulgusu da olabilir. Perikardiyal efüzyon ile prezente olan olgularda ayırıcı tanıda FMF de düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: FMF, karın ağrısı, perikardiyal efüzyon

PP-206

PFAPA Sendromu olgu sunumu

Ahmet Baş, Murat Elevli

İstanbul sbü Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: PFAPA Sendromu (Periodic Fever Aphthous Stomatitis Pharyngitis Adenitis), periodik ateş, aftöz stomatit, lenfadenit ve üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları ile görülen bir hastalıktır. Hastalar tonsillit tablosu ile başvurduğundan pek çok kez gereksiz antibiyotik kullanımına maruz kalmaktadırlar. Amacımız PFAPA Sendromunu akılda tutarak gereksiz antibiyotik kullanımını azaltmaktır ve hastaların doğru tedavi almasını sağlamaktır.

OLGU: 5 yaşında erkek hasta boğaz ağrısı ve ateş şikayeti ile başvurdu. Hastanın daha öncesinde de tekrarlayan ateş şikayetleri ile başvurduğu öğrenildi. Atakların tümünde kriptik tonsillit ve servikal lenfadenopati saptanmış olup hastanın ateşi antibiyotik tedavisine yanıt vermemiş. Olgumuz 39. gestasyonel haftada normal spontan doğum ile doğmuş olup olgumuzun yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü bulunmamaktadır. Aşuları düzenli olarak yapılmış olup 1. yaş rutin çocuk sağlığı aşılamasından sonra ateşi görüşmüştür. Bu tarihten itibaren 30-40 gün periyodunda ortalama 3 gün süren ateş şikayeti olup, aftöz stomatit ve boyunda servikal lenfadenopatiler görülmesiyle PFAPA sendromu tanısı almıştır. Ataklar sırasında alınan tetkiklerde CRP ve ESR değerlerinde yükselme görülmüştür. 2 yaşında hastada boyun sol yanda vitiligo gelişmiştir. Hastaya ataklar sırasında steroid tedavisi verildiğinde ateş düşmüş olup bulgular gerilemiştir. Ataklar arasında eklem ağrısı, döküntü ve kaşıntı gibi bulgular olmamıştır. Ancak steroid tedavisi sonrası ataklar arası sürenin kısaldığı anamnezini veren hastanın ailesi steroid tedavisini reddetmiştir. Hastaya tonsillektomi önerilmiştir, ancak hastanın ailesi operasyonu reddetmiştir. Yapılan fizik muayenede tonsiller kriptik görünümde olup servikal lenfadenopati palpe edildi. Vücut sıcaklığı aksiller 38.8 derece olarak ölçüldü. 4 yaşında bir atak sırasında alınan tetkiklerde CRP: 74.01 mg/L ESR: 46 mm/saat ASO: 2 IU/ml RF: 4.6 IU/ml Toatal IgE 385.15 IU/ml olarak görülmüştür.

SONUÇ: PFAPA Sendromu steroid tedavisi ile ataklar esnasında tedavi edilebilen bir hastalıktır. Ancak steroid tedavisi ile bazı hastalarda atakların sıklığı artabilmektedir. Bu durumda tonsillektomi tedavi seçeneğidir.

Anahtar Kelimeler: PFAPA, Tonsillit, Aftöz Stomatit, Rekürren Ateş



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-207

Henoch-schönlein purpurasında *Mycoplasma pneumoniae* tetikleyici olabilir mi?

Ümit Kıyak, Ayşe Merve Usta, Nurver Akıncı, Nafiye Urgancı
Şişli Hamidiye Etfal EAH, İstanbul

GİRİŞ-AMAÇ: *Mycoplasma pneumoniae*, çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarına sebep olan önemli bir mikroorganizmadır. Solunum sistemi dışındaki kas, sinir, böbrek, sindirim sistemi, cilt, kemik, eklem, göz tutulumu ile seyreden hastalık tablolarına da neden olabilmektedir. Henoch-schönlein purpurası (HSP), küçük damarları etkileyen lökositoklastik bir vaskülitir. Çocuklarda sık tanı alan bu vaskülitin nedeni hala belirsizdir.

Bir olgu nedeniyle HSP tanısı alan, solunum bulguları da eşlik eden döküntüleri uzun süren, *mycoplasma pneumoniae* etkeni tespit edilen hasta dikkatinize sunulmuştur.

OLGU: 8 yaşında erkek bir hafta önce başlayan ateş, karın ağrısı ve kusma şikayeti ile çocuk acile getirildi. Burun akıntısı, öksürük yakınmaları da olan hastanın izleminde üç gün sonra bilateral alt ekstremitelerde gluteal bölgede ve sağ kolda polimorfik purpurik döküntüleri her iki el sırtında ödem, artralji yakınmaları ile tekrar çocuk acile getirilen hasta HSP ön tanısı ile yatırıldı. Fizik bakıda cilt döküntü ve el sırtında ödeme ek olarak 2/6 üfürümü, dinlemekle ekspiryum uzunluğu özellikle epigastriumda olan karın hassasiyeti vardı. Laboratuvar bulgularında BK: 29000/mm³ Hb:14,2 gr/dL Trombosit: 545 bin/mm³ CRP: 46,1 mg/L EÇK:9 mm/saat Koagülasyon ve idrar tetkiki normaldi. Karın ultrasonografisi normal, akciğer filminde her iki hilar bölgede bronkovasküler gölgelere doğru bronkopnömonik infiltrasyon vardı. EKO normaldi. İzleminde melenası olan karın ağrıları şiddetlenen hastaya üst GIS endoskopi yapıldı. Pangastrit ve duodenit bulguları olan hastanın tedavisine izleminde karın ağrıları şiddetlenince kortikosteroid eklendi. İzleminde solunum bulguları devam eden döküntüleri tekrarlayan hastanın ANA, immünglobulinleri C3, C4'ü normaldi. *Mycoplasma* IG M pozitifliği saptanan olgunun tedavinde Klaritromisin eklenip kortikosteroid kesildi. Melenası ve akciğer bulguları düzelen, döküntüleri gerileyen hastanın klaritromisin tedavisi iki haftaya tamamlanmak üzere taburcu edildi. Hasta normal bulgularla çocuk nefroloji izleminde.

SONUÇ: HSP, IgA ilişkili, otoimmün, hipersensitivite vaskülit olup etiolojisinde pek çok neden suçlanmıştır. *Mycoplasma pneumoniae* ilişkili HSP nadir görülen bir durum olup solunum belirtileri olan ve döküntüleri tekrarlayan HSP'li hastalarda etken veya tetikleyici olarak akılda bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Henoch-schönlein purpurası (HSP), *Mycoplasma pneumoniae*,

PP-208

Ailevi Akdeniz Ateşi: Farklı Fenotiplerle Başvuran Üçüz Kardeşler

Abdüsselam Genç¹, Nuray Aktay Ayaz², Şerife Gül Karadağ², Mustafa Çakan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Ailevi Akdeniz Ateşi (FMF), otozomal resesif kalımla tek gen üzerinden aktarılan bir otoinflamatuvar hastalıktır. Klinik bulgular ateşe eşlik eden poliserözit (peritonit, plevrit, sinovit, nadiren perikardit ve menenjit) ile karakterizedir.

OLGU 1: 6 yaşında kız olgu, 2-3 yıldır ayda 1-2 defa ortaya çıkan, 1-2 gün süren karın ağrısı ve ateş şikayetleriyle Çocuk Romatoloji Kliniği'ne başvurdu. Soygeçmişinde uzaktan akrabalarında FMF tanısı mevcut olan hastanın anne ve babası Sivas'lıydı, akraba evliliği yoktu. MEFV geninde M694V ve M680I heterozigot mutasyonları saptanan, akut faz reaktanları ve serum amiloid A düzeyi yüksek saptanan hastaya kolşisin tedavisi başlandı.

OLGU 2: Olgu 1'in üçüz eşi, kardeşinin FMF tanısı alması üzerine Çocuk Romatoloji Kliniği'nde takibe alındı. MEFV geninde M694V, M680I heterozigot mutasyonları saptanan hastanın takibinde erizipel benzeri döküntüler ve artrit gelişti. Akut faz reaktanları ve serum amiloid A düzeyi yükseldi ve hastaya kolşisin tedavisi başlandı.

OLGU 3: Olgu 1'in üçüz eşi, kardeşinin FMF tanısı alması üzerine Çocuk Romatoloji Kliniği'nde takibe alındı. MEFV geninde M694V, M680I heterozigot mutasyonları saptanan hastanın izleminde göğüs ağrısı atakları görüldü. Akut faz reaktanları ve serum amiloid A düzeyi yüksek saptanan hastaya kolşisin tedavisi başlandı.

SONUÇ: Benzer genotipe sahip üçüzlerin her birinde farklı fenotiplerin ortaya çıkması, FMF hastalığı fenotipinin ortaya çıkmasında genetik faktörlerin yanında çevresel faktörlerin de etkili olduğunu düşündürmektedir. Özellikle genetik geçişli otoinflamatuvar hastalıklarda aile hikayesi detaylı sorgulanmalı ve hastalığın, genotipleri çok benzer kişilerde bile farklı fenotiplerde seyredebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ailevi Akdeniz Ateşi, FMF, fenotip, kolşisin



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-209

Hiperimmünglobulin D Sendromu: 4 Kardeş Olgu

Abdüsselam Genç¹, Nuray Aktay Ayaz², Şerife Gül Karadağ², Mustafa Çakan²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Hiperimmünglobulin D sendromu (HIDS), otozomal resesif geçişli periyodik ateş sendromlarından olup, 4-6 haftalık periyotlarla bir hafta veya daha uzun süreli ateş epizotlarıyla birlikte karın ağrısı, artrit/artralji, döküntü, kusma, ishal ile karakterizedir.

OLGU-1: 6 yaşında erkek olgu, 4-5 senedir ayda 1-2 kez ortaya çıkan, 4-5 gün süren karın ağrısı, ateş, bacak ağrısı, eklem şişliği, döküntü şikayetleri ile FMF tanısı konulan hasta kolşisin tedavisi almaktaydı. MEFV geninde mutasyon saptanmamış olup, başlanan kolşisin tedavisiyle atakların şiddetinde azalma olmaması üzerine yapılan MVK geni incelemesinde G18R heterozigot mutasyon saptandı. HIDS tanısı konulan hastaya IL-1 reseptör antagonisti (anakinra) tedavisi başlanmasını takiben, hastanın klinik ve laboratuvar değerlerinde dramatik düzelmeye gözlemlendi. Hasta anti IL-1 (canakinumab) tedavisiyle ataksız takip ediliyor.

OLGU-2: Olgu-1'in 3 yaşında kız kardeşi, 2 senedir 2-3 ayda bir 3-4 gün süren ateş, kusma, bacak ağrısı şikayetleri olan hasta FMF tanısı ile kolşisin kullanmaktaydı, ancak ataklarında düzelmeye gözlenmemişti. Özgeçmişinde, ataklarından birinin aşı sonrasında başladığı öğrenildi. Genetik analizinde MVK geninde G18R heterozigot mutasyon saptandı. HIDS tanısıyla anti IL-1 tedavisi başlanmasını takiben atakları geriledi.

OLGU-3: Olgu-1'in 2 yaşında kız kardeşi, son 2 ayda 4 kez gözlenen 3-4 gün süren ateş, ishal, kusma ataklarıyla başvurdu. Genetik incelemesinde MVK geninde G18R heterozigot mutasyon saptandı. HIDS tanısıyla anti IL-1 tedavisi başlanan hasta, ataksız takip ediliyor. **Olgu-4:** Olgu-1'in 8 yaşında kız kardeşi, kardeşlerine HIDS tanısının konulmasının ardından kliniğimiz takibine alındı. Sık baş ağrısı şikayeti olan hastanın özgeçmişinde ateş ve karın ağrısı atakları olduğu öğrenildi. MVK geninde G18R heterozigot mutasyon saptanan hastanın baş ağrılarının HIDS'in nadir bulgularından olduğu kabul edildi. Hastaya anti IL-1 tedavisi başlandı.

SONUÇ: HIDS, periyodik ateş sendromlarından ülkemizde sıkça görülen FMF'ten klinik olarak farklılıklar gösteren hastalarda akla getirilmelidir. Ailesel özellik gösterebilmesi nedeniyle, aile öyküsünün detaylı alınması, amiloidoz gibi ciddi komplikasyonlara sahip olabilen tablonun tanınması açısından önemlidir. Bu bildiride nadir görülmesine karşın aynı ailenin 4 ferdi etkileyen Hiperimmünglobulin D Sendromu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: HIDS, Hiperimmünglobulin D Sendromu, periyodik ateş

PP-210

Still Döküntülerinin Eşlik Ettiği Sistemik Jüvenil Romatoid Artrit

Dr. Melike İrem Petan, Dr. Nurcan Solak, Doç. Dr. Hatice Nilgün Selçuk Duru, Dr. Nimet Topkaya, Prof. Dr. Murat Elevli
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul

AMAÇ: Sistemik Jüvenil İdiyopatik Artrit, çocukluk çağındaki kronik hastalıkların en sık görülenlerinden birisi olup, farklı klinik tablolar ile başvuru olabilmektedir. JİA, 6 ay- 4 yaş başlangıçlı olan, aynı eklemden 6 haftadan uzun süren, artrite neden olacak tüm nedenlerin dışlanması ile tanı konabilen bir hastalıktır. Bu vakamızda sistemik JİA'nın erişkin Still hastalığı döküntüleri ile gelebileceği ve olası bir komplikasyon olan Makrofaj Aktivasyon Sendromu vurgulanmak istenmiştir.

OLGU: 16 yaş erkek hasta, bir hafta önce boğaz ağrısı ve her iki dizde ağrı şikayeti olan hasta, antibiyotik tedavisi altındayken eklem ağrısı, ağrı olan eklemlerde hareket kısıtlılığı şikayeti devam etmesi üzerine polikliniğimize başvurdu. Fizik muayenesinde sol el bileğinde artralji, sol ayak bileğinde artralji ve hareket kısıtlılığı, orofarenks hiperemik, 1-2/6 suflı mevcuttu. Alınan tetkiklerinde crp ve sedimantasyon yüksekliği olan hastanın diğer laboratuvar tetkiklerinde bir özellik yoktu. Eklem tutulumu ile giden diğer enfeksiyöz ve romatolojik hastalıkların dışlanması için alınan otoantikör, viral ve bakteriyel panel sonuçlarında özellik yoktu. Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Yatışının 5. gününde, titreme ile yükselen, 12 saatte bir tekrar eden ateş ve ateşle birlikte olan gövde ve kollarda belirgin still benzeri ürtikeryal döküntü şikayeti oldu. Ateş antipiretik ile düşerken döküntüleri de kaybolmaktaydı. Hastaya Romatoloji polikliniğine danışılarak, sistemik JİA tanısı konularak yüksek doz steroid, ppi ve caldevit eff başlandı. Hastanın şikayetleri iki haftada belirgin gerilemeye başladı. Steroid tedavisi kademeli azaltıldı. Steroid alan Sistemik JİA lı hastalarda en sık görülen komplikasyon MAS (Makrofaj Aktivasyon Sendromu) dur. MAS, ateş, bisitopeni, hipofibrinopeni, hipertrigliseridemi, ferritin yüksekliği, lenfotiküler sistemde hemofagositosis ile giden oldukça ciddi bir tablodur. Hastanın takiplerinde ferritin yüksekliği dışında bir MAS bulgusu yoktu. Şikayetleri gerileyen ve yaşam kalitesinde belirgin düzelen hasta, romatoloji polikliniğinde uzun dönem takibe alındı.

SONUÇ: Sistemik JİA pediatrik romatolojik hastalıklar içinde, bir ekartasyon tanısı olup, ateş, artrit, döküntü ile gelen hastalarda mutlaka akılda tutulmalıdır. Tedavi edilmez ise ciddi hareket kısıtlılıkları ve yaşamsal etkilenmelere neden olan sistemik JİA da erken tanı ve tedavi çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: mas, sistemik jüvenil artrit



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-211

İlk klinik bulgusu invajinasyon olan bir Henoch-Schonlein purpuralı çocuk vaka

İlknur Sürücü Kara¹, Mustafa Yaşar Özdamar², Abdulkerim Kolkıran¹, Necla Aydın Peker¹, İsmail Topal¹

¹Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Erzincan

²Erzincan Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, Erzincan

GİRİŞ: Henoch-schonlein purpurası(HSP) çocukluk çağının en sık görülen lökositoklastik vaskülitidir. Deri, eklemler, gastrointestinal kanal ve böbrekte küçük damarlarda IgA birikir. Palpabl purpurik döküntü şeklindeki cilt tutulumu genellikle ilk bulgudur. GIS yakınmaları ise genellikle purpurik döküntülerden bir hafta sonra ortaya çıkar. Bu yakınmalar kusma, şiddetli karın ağrısı, gaytada gizli kan varlığından masif kanamaya kadar değişen şiddette kanama ya da bağırsak obstrüksiyonuna ait bulgular şeklinde görülebilir. HSP de ortak bir bulgu olan subkutan ödem, özellikle ellerde, ayak bileklerinde ve ayaklarda görülür.

Bizim vakamızda literatürde daha önce rastlamadığımız ilk önce invajinasyon olmuş ardından cilt bulguları meydana gelmiştir.

VAKA: 6 yaşında erkek hasta 10 gündür aralıklı karın ağrısı yakınması ile acil servise başvurmuş. 3 gündür artan karın ağrısı nedeniyle çocuk cerrahisi danışımı yapılmış. Çocuk cerrahisi tarafından yapılan fizik muayenede batın distandü, defans ve rebaund saptandı. Abdominal usg de sol alt kadranda 8 cm'lik ince barsak ansında duvarda kalınlaşma ve ödem, tipik target sign saptandı. Abdomen BT'de gastrik dilatasyon, ince barsak anslarında yaygın dilatasyon, rektosigmoid bölgede asimetrik mukozal ödem saptandı. Ameliyatta 10 cm'lik jejunojunal ve 5 cm'lik ileoileal invajinasyon reduksiyonu yapıldı. 200 cc reaksiyone sıvı aspire edildi. Postoperatif 3. gün skalp ödemi meydana geldi. Skalp ödeminden 4 saat sonra alt-üst ekstremiteler ve gluteal bölgede purpurik döküntüler başladı. Hastanın C3 kompleman, Ig A, CRP, sedimantasyon ve diğer tetkikler normaldi. Metilprednizolon ile yakınmaları düzeldi. Takiplerinde yakınma olmadı.

TARTIŞMA: İlk klinik bulgusu invajinasyon olan HSP vakası bildiğimiz kadar literatürde yoktur. Özellikle ileal invajinasyon nedeniyle ameliyat edilen hastamızda olduğu gibi postoperatif dönemde benzer semptomlar ortaya çıkarsa, HSP akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Henoch-schönlein purpurası, invajinasyon, purpura

PP-212

Suriyeli Mülteci Çocukların Poliklinik Başvurularının Değerlendirilmesi

Gözde Gürpınar, Neslihan Kara, Zeynep Yıldız Yıldırım
Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

GİRİŞ: Ülkemize son yıllarda Suriye'den çok sayıda mülteci gelmiştir. Yaklaşık 3,5 milyon Suriyeli mülteci ülkemizde yaşamaktadır. Suriyeli mültecilere sağlık hizmeti, Türk vatandaşlarına benzer şekilde temel ile koruyucu, tedavi edici, acil sağlık hizmetleri şeklinde Sağlık Bakanlığı'na bağlı hastanelerde ücretsiz verilmektedir. Bizim hastanemizde de Suriyeli mülteci hastalar sıklıkla başvurumaktadırlar. Biz de bu çalışmada hastanemiz çocuk polikliniklerine başvuran Suriyeli mülteci çocukların başvuruları hakkında bilgi sahibi olmayı ve bu konudaki farkındalığı arttırmayı amaçladık.

YÖNTEM: Ocak 2016-Ocak 2018 arasında Suriyeli mülteci hastaların çocuk acil, genel çocuk poliklinikleri, çocuk yandal poliklinikleri, çocuk sağlığı ve aşı merkezine başvuru sayıları ICD-10 (hastalıkların ve sağlık sorunlarının uluslararası sınıflama sistemi) koduna göre aldıkları tanımlar ve başvuru sırasındaki yaşları değerlendirildi.

SONUÇLAR: Hastaların toplam başvuru sayıları 12995 saptandı. Başvuran hasta sayısı 6295 idi. Hasta başına düşen başvuru sayısı 2,06 saptandı. Hastaların başvuru anındaki yaş ortalaması 4,3±4,6 bulundu. Başvuruların %47,2'si (6137) acil polikliniğine, %35,4'ü (4613) yandal polikliniklerine, %10,2'si (1329) genel çocuk polikliniklerine, %7'si (916) çocuk sağlığı ve aşı merkezine aitti. Yandal polikliniklerinde en sık başvuru alan poliklinik %6,7 (877) ile Çocuk Hematoloji idi. Başvuru sıklığına göre Çocuk Hematoloji'yi sırasıyla Çocuk Nöroloji %6,1 (792), Çocuk Kardiyoloji %4,4 (571), Çocuk Nefroloji %4,2 (546), Çocuk Gastroenteroloji ve Çocuk Onkoloji %3,7 (484), Çocuk Enfeksiyon %3,5 (462), Çocuk Endokrinoloji %1,7 (215), Çocuk Allerji ve İmmünoloji %1,4(182) poliklinikleri izlemektedir. Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran hastaların en sık aldığı tanı akut nazofarenjit, Genel Çocuk Poliklinikleri'nde malnütrisyon ve diğer beslenme eksikliklerinin sekeli, Çocuk Sağlığı ve Aşı Merkezi'nde rutin tıbbi muayene, Yandal Poliklinikleri'nde ise Beta Talasemi idi.

TARTIŞMA: Sonuç olarak; Suriyeli mültecilerin hastane başvuru sayıları oldukça fazladır. Bu durum yaşadıkları beslenme yetersizliği, hijyen ve tıbbi bakım eksiklikleri gibi temel sorunlardan kaynaklanıyor olabilir. Bizim çalışmamızda da özellikle beslenme eksikliklerinden kaynaklanan başvurular dikkat çekicidir. Bu çocukların kayıt altına alınıp, primer koruyucu sağlık hizmetlerinden (aile hekimliği vs.) aktif olarak faydalanmalarını sağlamak hastalık geçirme oranlarını azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Poliklinikleri, Suriyeli mülteci, Çocuk



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



PP-214

Karaciğer enzim yüksekliği ile erken tanı alan Duchenne Musküler Distrofi olgusu

Selcen Bozkurt¹, Gizem Kara Elitok², Ali Bülbül², Gülşen Köse¹, Türkan Toraman², İhsan Kafadar¹, Sinan Uslu²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Serum aminotransferaz enzimleri, karaciğer hücre hasarını gösteren ancak karaciğer dokusuna spesifik olmayan, karaciğer dışı doku hasarında da yükselebilen enzimlerdir. Serum aminotransferaz (AST, ALT) yüksekliği araştırılırken tanı alan 4 aylık Duchenne Musküler Distrofi (DMD) olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: Sağlam çocuk polikliniğinden takipli 2 aylık erkek hastanın, üst solunum yolu enfeksiyonu nedeniyle yapılan tetkiklerinde karaciğer enzim yüksekliği (AST:142 U/L, ALT:153 U/L) saptandı. Hemogram, koagülasyon ve TORCH tetkikleri normal, hepatobilyer sistem ultrasonu doğal olarak saptandı. Fizik muayenede özellik yoktu. Karaciğer enzim yüksekliği mevcut olan üst solunum yolu enfeksiyonuna bağlanarak hasta takibe alındı. Bir ay sonraki kontrol tetkiklerinde AST: 247 U/L ALT:280 U/L olarak belirlendi. Aminotransferaz yüksekliğinin ayırıcı tanısında bakılan Kreatin Fosfokinaz: 12482 U/L saptanması üzerine kas hastalıkları açısından gen analizi yapıldı. Bebekte ekzon 47'yi kapsayan delesyon (Duchenne Musküler Distrofi/Becker msküler distrofi delesyonu) saptandı.

SONUÇ: Duchenne Musküler Distrofi X'e bağlı resesif kalıtmı ve 3600 canlı doğumda bir görülen kas hastalığıdır. Ancak erken motor aktivite genellikle normaldir. Semptomların görülmesi 3-5 yaşından önce oldukça nadirdir. Musküler distrofilere serum aminotransferaz enzim düzeylerindeki artış, hasarlı kas dokusundan seruma geçişin artması nedeniyledir. Klinik bulgular ortaya çıkmadan önce çok yüksek serum CK düzeyleri görülebilmekte, erken dönemlerinde 10000-30000 IU/L seviyelerinde saptanabilmektedir. Sonuç olarak, aminotransferaz yüksekliğinin ayırıcı tanısında kas hastalıklarının akılda tutulması bu hastalıkların erken tanı ve tedavi şansını artıracaktır.

Anahtar Kelimeler: Aminotransferaz yüksekliği, Kreatin Fosfokinaz, Musküler Distrofi

PP-216

Pediyatrik Yanık Hastalarında Hemşirelik Bakımı ve Uygulamaları, Olgu Sunumu

Deniz Cantürk, Fatma Gökçe Ertav, Nagihan Eyi
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

Yanık; deri ve deri altı dokularda termal, kimyasal, elektrik ya da radyoaktif etkenlere bağlı oluşan doku harabiyeti sonucu tüm vücudu etkileyen fizyopatolojik süreçtir. Çocuklarda ölümle sonuçlanan travma nedenleri arasında üçüncü sırada yer almaktadır. Pediyatrik hastaların yanık nedenli mortalite oranının %3,9 olduğu varsayılmaktadır. Yanığın tedavisinde önemli noktalardan biri yanığın derinliği, genişliği, şiddeti ve vücut bölgesinin bilinmesidir. Yanık; deri katmanlarına göre dört derecede sınıflandırılmaktadır. Yanık yüzeyinin genişliği 0-15 yaş arası çocuklarda Lund ve Browder Kartları, adolesan ve yetişkinlerde Dokuzlar Kuralı ve pediyatrik minör yanıklarda Palmar yöntemi kullanılarak değerlendirilmektedir. Özellikle bölge yanıkları için deneyimli yanık ünitelerinde tedavi yapılmalıdır. Yanık hipovolemiye, enfeksiyona, şekil bozukluklarına, organ kayıplarına ve hatta ölümlere neden olabilmektedir. Bu sürecin yönetiminde hemşireler yanık hastasının bakımında anahtar rol oynamaktadır. 17.08.2017 tarihinde Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine solunum sıkıntısı ve hipovolemik şok ön tanısıyla entübe olarak kabulü yapılan, kızgın yağ ile 3. derece yanığı olan 10 aylık kız hastaya NANDA hemşirelik tanıları doğrultusunda; solunum fonksiyonunda etkisizlik, yanığa bağlı deri bütünlüğünde bozulma, sıvı volüm eksikliği, akut ağrı, enfeksiyon riski, anksiyete ve aile baş etmesinde yetersizlik tanıları konuldu. Sıvı elektrolit kaybını önlemek ve intravasküler sıvı volümünü arttırmak amacıyla Ringer Laktatlı mayi santral venöz kateterden takıldı. Hastaya Midazolam ve Fentanyl analjezi infüzyonu başlandı. Hastanın yanık olan bölgeleri distile su ile temizlenerek, aseptik teknikle, steril tül gras sargı ve antibiyotikli pomadlarla pansuman yapıldı. Enfeksiyon riski açısından hastanın yatak takımı değişimi steril örtülerle yapıldı. 1 hafta içerisinde mekanik ventilasyon ihtiyacı kalmayan hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nden, Yanık Ünitesine devredildi. Sistematik yaklaşım ve özenli hemşirelik bakımı ile yanık tedavisinde sağ kalım oranları artmakta, tıbbi maliyet azalmakta ve ağrı kontrolüne büyük ölçüde yarar sağlamaktadır. Pediyatrik yanık hastasına fiziksel, emosyonel ve sosyal açıdan destek olan hemşireler, akut ve sürekli bakımın her aşamasında bütüncül bir bakım sağlayarak, hastaların iyileşmelerine katkı sağlamaktadırlar.

Anahtar Kelimeler: hemşirelik bakımı, olgu sunumu, pediyatrik hemşireliği, yanık, çocuk yoğun bakım



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ
ICC İSTANBUL CONGRESS CENTER



PP-217

Larengal distoni ve Okülojirik krizi olan bir olguda Aromatik L-amino asit dekarboksilaz eksikliği

Zeynep Günal Türk, Salih Türk, Hakan Gemici, Hasan Önal
İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ: Aromatik L-amino asit dekarboksilaz enzimi 5-hidroksitriptofanın ve L-dopamin dekarboksilasyonunu katalizler. Bu enzimin eksikliği dopamin ve serotonin az üretimine bağlı olarak beslenme azlığı, letarji, hipotansiyon, hipotermi, okülojirik kriz, pitoz, trunkal hipotoni, ekstremitelerde hipertoni, ekstrapiramidal hareketler ve otonomik bozukluklar gibi belirtiler verir. Özellikle beyin omurilik sıvısında dopamin, serotonin ve metabolitlerinin azalması; 5-hidroksitriptofan, L-dopa ve metabolitleri düzeylerinin artması görülür. Anlatacağımız hastamız okülojirik krizler, larengal distoni atakları ile bulunan bir olgudur.

OLGU: Dört aylık, zamanında doğan, solunum sıkıntısı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü olan erkek hasta; öksürük ve nefes darlığı şikayetleri ile getirildiği acil servisimizde solunum sıkıntısının artması üzerine entübe edilerek yoğun bakım ünitemize yatırıldı. Fizik muayenesinde bilateral krepitan ralleri, gövdede hipotonisite ekstremitelerde hipertonisitesi mevcuttu. Anamnezinden doğduğundan beri okülojirik krizleri ve başı geriye atma hareketleri olduğu öğrenildi. Yatışında laboratuvar bulgularında anormallik saptanmadı. Takiplerinde gün içerisinde okülojirik krizleri, başı geriye atma şeklinde distonik hareketleri olan hasta tekrarlanan ekstübasyonları tolere edemedi. Ekstübe edildikten saatler sonra stridoru başlıyor ve entübasyon ihtiyacı oluyordu. Larengal stenoz ön tanısı ile yapılan bronkoskopide patoloji saptanmadı, ekstübasyon başarısızlığının nedeninin larengal distoni atakları olduğu düşünüldü. Metabolik taramaları doğaldı. Kranyal MR'da benign eksternal hidrosefali dışında patoloji saptanmadı. EEG'de yaygın organizasyon bozukluğu saptandı. Beyin omurilik sıvısında 5-hidroksiindolasetik asit ve vanil Mandelik Asit düzeyi, aromatik aminoasit dekarboksilaz eksikliği (AADC) tanısıyla uyumlu olacak şekilde düşük tespit edildi. AADC hastalığı için genetik analiz gönderildi. Hastaya levo-dopa ve 5-hidroksitriptofan tedavileri başlandı. Tedaviden fayda sağlandı ve hasta ekstübe oldu.

SONUÇ: Aromatik L-aminoasit dekarboksilaz eksikliği oldukça nadir görülen bir hastalıktır. En belirgin klinik özelliği hastamızda görüldüğü gibi hareket bozukluklarıdır. Neredeyse tüm hastalarda yine bizim hastamızda çok belirgin olan okülojirik krizler mevcuttur. Tedavinin yönetimi oldukça zorludur. B6 vitamini, monoamin oksidaz inhibitörleri, dopamin agonistleri, antikolinergikler, folinik asit ve melatonin ile tedavi edilebilir. Bu hastaların serebral palsi, epilepsi, mitokondriyal sitopati, myastenia graves, tirozin hidroksilaz eksikliği gibi diğer hastalıklardan ayırt edilmesi önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: okülojirik kriz, larengal distoni, aromatik aminoasit dekarboksilaz eksikliği

PP-218

Çocuk Yoğun Bakımda Yatan Hastaların Prognozunun Retrospektif Olarak Değerlendirilmesi

Rümeysa Akkoz, Tuğba Yıldız, Merve Yanık, Selen Bilaloğlu, Kübra Dayangaç
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Okmeydanı Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

AMAÇ: Bu çalışmayla Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk yoğun bakım ünitesine yatan hastaların klinik ve demografik özellikleri incelenerek hastalara verilen yoğun bakım hizmetinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ VE YÖNTEMLER: 01.10.2016- 31.10.2017 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitesine yatan 0 ay- 18 yaş arası 306 hastanın dosya kayıtları retrospektif olarak incelendi. Hastaların, yaşları, cinsiyetleri, uyrukları, yoğun bakım ünitesine yatış tanıları, yatış süreleri, mekanik ventilasyon ihtiyaçları, pediatrik mortalite riski (PRISM), invaziv girişimleri ve prognozları, mortalite oranları değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların 169'u (%55,4) erkek, 137'si (%44,6) kızdı. Yaş ortalamaları 48 ay (0-204 ay) olarak belirlendi. Ortalama yatış süreleri 6 gündü. Yatışı yapılan 306 hastanın 250'si (%81,4) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı, 56'sı (%18,2) yabancı uyrukluydu. En sık yatış tanıları solunum sistemi hastalıkları (n=104, %33,9), intoks (n=38, %12,4), sepsis (n=32, %10,4), status (n=30, %9,8), endokrin metabolik hastalıklar (n=25, %5,1)' dı. En sık invaziv işlem santral venöz kateterizasyondur (n=137, %44,6). Toplam 86 hastanın (%28) mekanik ventilatör ihtiyacı oldu. Toplam 306 hastanın PRISM skoru 0-66 arasında değişirken, hastaların 16 (%5,2)'sı ex oldu.

SONUÇ: Bu çalışma ile yabancı uyruklu hastaların çocuk yoğun bakım yatış sürelerinin daha uzun olduğu, hastaların en fazla sepsisten ex olduğu belirlenmiştir. Mortalite sıklığı bildirilen benzer çalışmalara göre daha düşük bulunmuş, hastaların sonuçlarının göreceli olarak daha iyi olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, yoğun bakım, prognoz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-219

2016-2017 Yılları Arasında KSSEAH Çocuk Yoğun Bakımda yatmış hastaların tanı, enfeksiyon ve antimikrobiyal duyarlılık ve direnç durumları

Hatice Baba¹, Rengin Şiraneci²

¹İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Pediatri Kliniği

²İstanbul Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmanın amacı, 2016 yılı içinde hastanemiz Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde (ÇYBÜ) tedavi gören hastaların klinik özelliklerini, nozokomiyal enfeksiyon (NE) oranını, kültürlerde üreyen mikroorganizmaları ve bunların antibiyotik duyarlılıklarını belirlemek ve ÇYBÜ için uygun antibiyotik seçeneklerimizi tartışmaktır.

GEREÇ-YÖNTEM: 01.01.2016 – 31.12.2016 tarihleri arasında Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi ÇYBÜ'nde 72 saatten uzun süre yatarak tedavi görmüş hastaların epikrizleri, ve laboratuvar sonuçları değerlendirilerek yapılan retrospektif kesitsel bir çalışmadır.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 131 hastanın 78'i erkek (%59.5) ve 53'ü kız (%40.5) idi. Hastaların %72.5 Türk vatandaşı olup, %27.5'i yabancı uyruklu idi. Çalışmamızda yoğun bakıma yatırılan hastaların %40.5'i hastanemiz çocuk acil servisine başvuran hastalardan, %48.1'i hastanemizde yatan hastalardan oluşuyordu. ÇYBÜ'ye en sık yatış nedeni solunum sistemi hastalıkları (%68.7) idi. Hastaların %64.9'unda ÇYBÜ'ye yatışları esnasında eşlik eden kronik hastalık vardı. Hastaların %76.3'ünde mekanik ventilasyon ihtiyacı vardı. Hastaların 32'sinde (%24.4) nozokomiyal enfeksiyon saptandı. Nozokomiyal enfeksiyonların %68.7'sinin (22 hasta) alet ilişkili nozokomiyal enfeksiyon olduğu belirlendi. Kültürlerde en sık üreyen mikroorganizmalar sırası ile *Acinetobacter* spp. (%25), *Stafilococcus* spp. (%23.6) ve *Candida* (%22.2) idi. Çalışmamızda *Acinetobacter* spp için hiçbir kültürde kolistin direnci saptanmadı. Kolistin yoğun bakım ünitemiz için *Acinetobacter* enfeksiyonlarında ilk tercih edilecek tedavi seçeneği gibi durmaktadır. Çalışmamızda *Klebsiella* spp için ampicilin, amoksisilin-klavulanat, seftazidim, piperasillin ve TMP-SMX direnci %100 olup, siprofloksasin ve sefepim direnci %80 idi. *Klebsiella* spp. için meropenem ve imipenem duyarlılığı %80, amikasin duyarlılığı %75, tigesiklin ve netilmisin duyarlılığı %66.6, gentamisin duyarlılığı %60 ve kolistin duyarlılığı %50 idi. Çalışmamızda *Candida* türlerinde amfoterisin B, caspofungin, micafungin ve vorikonazole direnç saptanmaz iken, fluconazol'e %21.4 ve flucytosine'ye %15.3 direnç vardı. ÇYBÜ'de mortalite oranımız %22.9 idi.

SONUÇ: Çocuk yoğun bakım ünitemizin NE ve mortalite oranları gelişmiş ülkeler ile kıyaslandığında yüksek bulunmuştur. ÇYBÜ'ne alınan hastaların çoğunluğu özellikle yan dal servislerinde izlenen ağır ve kronik hastalardan oluştuğundan bu sonuçla karşılaştığımızı düşünmekteyiz. Hastane enfeksiyonu oranlarımızı daha da düşürmek için kontrol ve önleme stratejilerimiz üzerinde yapacağımız çalışmalarımız bu çalışmanın da ışığında devam edecektir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, mortalite, nozokomiyal enfeksiyon

PP-220

Hiperkinetik Serebral Palsi Tanılı Hastada Artmış Spastisite Sonucu Gelişen Rabdomiyoliz ve Akut Böbrek Yetmezliği

Salim Can¹, Ercüment Petmezci², Nergiz Mirzeyeva¹, Senanur Şanlı¹, Gülşen Köse³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Birimi, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nörolojisi, İstanbul

GİRİŞ: Rabdomiyoliz, kas nekrozu ve hücre içi bileşenlerinin dolaşıma geçmesi sonucu miyoglobinin, elektrolit imbalansı ve çoğu kez akut böbrek hasarıyla giden klinik bir sendromdur. Hastalığın seyri; asemptomatik serum kreatinin kinaz (sCK) yüksekliğinden, elektrolit imbalansı ve akut böbrek hasarı sonucu hayatı tehdit eden hastalığa kadar değişebilir. Çocuk acil kliniğine huzursuzluk, ateş, beslenmede azalma, kasılmalarında artma nedeniyle başvuran 10 yaşındaki hiperkinetik serebral palsi (CP) tanılı ve baklofen pompası kullanan hasta; pompasındaki ilacın bitmesi nedeniyle gelişen nadir bir rabdomiyoliz olgusu olarak sunuldu.

OLGU: 10 yaşında erkek hasta prenatal, natal ve postnatal dönemde takipli ve sorunsuz olarak izlenmiş. Miadında spontan vajinal yolla doğmuş. Postnatal 7. ayda santral sinir sistemi enfeksiyonuna bağlı hidrosefali gelişmiş ve ventriküloperitoneal şant takılmış. 7 yaşından sonra hastanemiz çocuk nörolojisinden hiperkinetik CP nedeniyle takibe alınmış ve maksimum dozda oral baklofen kullanımına rağmen kasılmalarının fazla olması nedeniyle beyin cerrahisi tarafından Mayıs-2016 tarihinde baklofen pompası implante edilmiş. Çocuk acil polikliniğine huzursuzluk, beslenmede azalma ve kasılmalarında artma nedeniyle başvuran hastanın bakılan tetkiklerinde; karaciğer enzimlerinde artma, böbrek fonksiyonlarından bozulma ve kas enzimlerinde; Serum kreatin kinaz: 460.000 U/L, LDH: 11.180 U/L, CK-MB: >302 ng/ml, Troponin-I: 20 ng/ml olarak saptandı. Hasta rabdomiyolize bağlı akut böbrek yetmezliği olarak değerlendirildi. Beyin cerrahisi tarafından pompa içerisindeki ilaç yenilendi, 3.000 ml/m²'den alkali hidrasyon başlandı ve yoğun bakım şartlarında nöromusküler blokaj uygulanarak entübe edildi. Geçici hemodiyaliz katateri takılarak plazma değişimi ve hemodiyalizasyon (HDF) uygulandı. HDF'nin 4. saatinde bakılan tetkiklerinde elektrolit düzensizliği, üre ve kreatinin yüksekliği düzelmiş olmakla birlikte kas enzimlerinin yarılanma ömürlerinin uzun olması nedeniyle ALT, AST, CK, Troponin-I, CK-MB yükseklikleri devam etti. 6 gün boyunca uygulanan etkin sıvı desteği, nöromusküler blokaj, plazma değişimi ve HDF ile yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hasta servis takibine alındı. Takipli olduğu çocuk nöroloji tarafından baklofen dozu düzenlenen, takipleri sorunsuz seyreden hasta başvurusunun 16.gününde taburcu edildi.

SONUÇ: Hayatı tehdit eden rabdomiyoliz olguları nadir gözükmele birlikte ilaç kullanımı, enfeksiyonlar, yanıklar, elektrik çarpmaları, göçük altında kalma gibi nedenlerle asemptomatik ya da hayatı tehdit edecek yüksekliklere ulaşabilen kas enzim yükseklikleri meydana gelebilir. Özellikle yaygın kas nekrozu, miyoglobinin, elektrolit düzensizliği, metabolik asidoz, böbrek fonksiyonlarında bozulma ile giden olgulara yüksek hacimli sıvı replasmanı, idrarın alkalinizasyonu ve erken HDF ile plazma değişiminin uygulanması hayat kurtarıcı olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Baklofen, rabdomiyoliz, hemodiyaliz



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



PP-221

Kateter ilişkili infektif endokardit ve tromboz gelişen çocuk olguda ALTEPLAZ tedavisi

Nargiz Mirzayeva¹, Ercüment Petmezci², Muhammed Karabulut³, Abdullah Ayhan³, Salim Can³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları

GİRİŞ: 11 yaşında kronik böbrek yetmezliği (KBY) tanısı hemodiyaliz yapılan, sağ atriumda 11*17 mm kateter ile ilişkili trombüsü olan ve infektif endokardit tanısı ile takip edilen olgumuzu, alteplaz infüzyonu tedavisi sonrası trombüsün gerilemesi nedeniyle sunduk.

OLGU: 11 yaşındaki erkek hasta ani başlayan solunum sıkıntısı ve zor nefes alıp verme şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Özgeçmişinden miadında, NSVD ile 3500 gram doğmuş, 7 yaşından beri çocuk nefroloji tarafından KBY tanısıyla takip edildiği öğrenildi. Yedi yaşında 7 ay periton diyalizi yapılmış, sonrasında ise hemodiyaliz ile devam edilmiş. Soy geçmişte anne baba 2. derece kuzen, diğer kardeşleri sağlıklı ve ailede başka böbrek hastalığı öyküsü yoktu. Fizik muayenesinde genel durumu kötü, takipneik, dispneikti. Büyüme gelişme geriliği mevcuttu. Solunum sesleri sağda azalmış, bilateral kreptan ralleri mevcuttu. Taşikardiyle birlikte S1, S2 doğal, sternumun solunda 3/6 şiddetinde sistolik üfürüm vardı. Periferik nabızlar palpabildi, periferik-santral siyanozu vardı ve kapiller dolum zamanı 4 saniyeydi. Sağ subklaviyen kalıcı hemodiyaliz kateteri (10F) mevcuttu. Klinik izleminde rezervuarlı maske ile oksijen saturasyonu %80 olan hasta entübe edildi. Hipotansiyon gelişmesiyle dopamin ve noradrenalin infüzyonu başlanarak çocuk yoğun bakım servisine yatırıldı. Hastanın kültürleri alınarak seftriakson ve vankomisin tedavisi başlandı. Ekokardiyografisinde kateterin vena cava superior girişinde kateter ile ilişkili 11*17mm boyutlarında trombüs saptandı. Hastaya enoksiparin 1 mg/kg /12 saatte başlandı. Seri kan kültürlerinde tekrarlayan S. aureus üremesi olduğu bildirildi. Hasta infektif endokardit olarak değerlendirildi. Kateterin çekilmesi planlandı. Kontrol ekokardiyografisinde trombüs boyutlarında küçülme olmayan hastaya alteplaz infüzyonu 0,01 mg/kg/saat dozunda başlandı. Dört gün alteplaz tedavisine devam edildi, trombüs boyutları 11*12 mm ye gerileyen hastanın kateteri EKO eşliğinde çekildi. Alteplaz sonrasında enoksiparin tedavisine devam edildi. Yatışının 14. Gününde genel durumu iyi olan, oda havasında takip edilen trombüs boyutları 11*5.5 mm ye gerileyen hasta infektif endokardit tedavisine devam edilmek üzere servise devir edildi.

SONUÇ: Bu olguyu alteplazın düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisine yanıtız trombüs olgularında cerrahi tedavi öncesinde düşünülebiyecek bir seçenek olduğunu düşündüğümüz için sunduk.

Anahtar Kelimeler: trombüs, kateter, alteplaz, enoksiparin, infektif endokardit

PP-222

Meningoensefalit ile Başvuran Olguda Santral Sinir Sistemi Ampiyemi

Zeynep Karakaya, Muhterem Duyu, Aslı Nur Ören
Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi-
Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

AMAÇ: Meningoensefalit çocukluk çağının mortalitesi yüksek hastalıklarından biridir. Klinik bulguları geniş bir spektrumda gözlenmekte olup nonspesifik bulgulardan daha spesifik olan ense sertliği yüksek ateş baş ağrısı nöbet ve bilinç bulanıklığı gibi bulgulara kadar değişebilmektedir. Klinik şüphe varlığında hastanın araştırılması ve erken dönemde tedavisi komplikasyonlarının engellenmesi ve prognoz açısından önem taşımaktadır. Beyin apsesi, ödem, ampiyem, sağırılık ve kalıcı nörolojik hasarlar bu komplikasyonlardan sadece bazılarıdır.

OLGU: 14 yaşında, bilinen sağlık problemi olmayan, gelişimi yaşı ile uyumlu erkek hasta, 1 hafta önce başlayan kulak ağrısı nedeniyle Otit tedavisi gördükten sonra başlayan kusma baş ağrısı oral beslenememe ve son 1 gündür eklenen ateş nedeni dış merkeze başvuruyor. Hastaya IV sıvı replasmanı yapıldıktan sonra tedavisi düzenlenerek taburcu ediliyor ancak hasta artan baş ağrısı kusma ve halsizlik şikayetleri ile beraber bilinç bulanıklığı olması nedeniyle tekrar acil servisine başvuruyor. Başvuru GKS: 9 olan hastaya acil BT çekiliyor BT'si normal olarak yorumlanıyor. Müşahade takiplerinde nöbet aktivitesi olan hastaya antiepileptik tedavi veriliyor hava yolu sağlanılarak ileri takip ve tedavi amaçlı tarafımıza sevk ediliyor. Hastaya tarafımızca devralınıp ABC sağlandıktan ve hemodinamik destek verildikten sonra Kranyal MR görüntülemesi yapıldı. LP planlandı. Ancak Hastanın MR'ında serebrit meningoensefalit ve beyin ödemi bulguları dışında tonsiller herniasyonu saptandı. Hastaya antiödem tedavisi ve acil egzisyon ve dekompresyon cerrahisi uygulandı. Antibiyotik tedavileri düzenlenen hastanın tetkiklerinde lökositoz ve trombositopeni mevcuttu CRP yüksek, koagulopatisi yok, biyokimyasal parametreleri normaldi. Viral seroloji çalışıldı ve negatif saptandı. Hastanın ilk alınan kan kültüründe Stafilokok Capitis saptandı. Hasta hala Çocuk Yoğun Bakım ünitemizde takip edilmektedir.

SONUÇ: SSS ampiyemleri tüm intrakranyal enfeksiyonlar içinde %20 oranında görülür. Mortalitesi %10'dur. Sinüzit Otit ve Mastoidit gibi enfeksiyonlara sekonder olabileceği gibi travma ve cerrahi girişime sekonder de gelişebilir. SSS enfeksiyonlarında hastanın hızlı klinik kötüleşmesinin altında ampiyem olabileceği akla gelmelidir. Erken tanı ve klinik şüphe ile uygun antibiyoterapi ve cerrahi egzisyonun sağlanması mortalite açısından önem arzeder.

Anahtar Kelimeler: Ampiyem, Meningoensefalit, SSS Enfeksiyonları



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



KONUŞMACI İNDEKSİ



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



A

Ahmet Yağmur Baş
Alis Onar
Ayhan Taştekin
Ayşegül Zenciroğlu
Aysel Kökcü Doğan
Ayşe Merve Usta

B

Bülent Hacıhamdioğlu
Burçe Can Kuru

C

Çağrı Çövenler Özçelik
Canan Aygün
Cengiz Kara

D

Dildar Bahar Genç
Döndü Koçak Kaymaz
Duygu Demir
Duygu Gözen

E

Ebru Türkoğlu Ünal
Ela Erdem Eralp
Engin Tutar
Eren Alkan

F

Figen Şahin Dağlı
Fuat Emre Canpolat

G

Gül Karaçetin
Günsel Kutluk

H

Hanifi Soylu
Hilal Özkan
Hülya Bingöl Çağlayan

I

İhsan Kafadar
İ. Kemal Yücel
İlker Devrim

K

Kaya Horasanlı
Kürşad Aydın
Kübra Özkan

M

Mehmet Nevzat Çizmeci
Melek Selalmaz
Merih Çetinkaya
Mesut Demir
Mücahit Öztürk

N

Nagihan Eyi
Nilay Baş
Nilüfer Gökna
Nuran Aydın
Nurver Akıncı

O

Özgür Kasapçopur
Özgür Kuzdan
Özlem Durmaz Uğurcan
Özlem Mutluer
Osman Sağdıç

P

Petek Feriha Arıoğlu

S

Selda Karaayvaz
Sema Kuğuoğlu
Sevgi Yavuz
Sevil İnal
S. Songül Yalçın
Ş. Suna Oğuz
Şükrü Hatun

T

Tanyel Zübarioğlu
Tufan Kutlu
Tuğba Gürsoy

Y

Yakup Ergül
Yeliz Doğan Merih

Z

Zerrin Çiğdem

62
130
133

130
125
77, 80
89
131

118
113
116
122
59

84
87
101
124
133

48

110
120
134
127
133
75
39

42, 47
51
130

57
133

68



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



YAZAR İNDEKSİ



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Abanoz Banu Özata	PP-066, PP-094	Alkan Eren	TP-33, PP-081
Acar Duygu	TP-32, TP-54, TP-56, PP-155, PP-156	Alkan Gülsüm	PP-069
	PP-157, PP-158, PP-189	Alkım Canan	PP-073
Acar Nurcan	PP-004	Almaz Zülfiye	PP-004
Açar Duygu	PP-185, PP-186, PP-187	Alsharafi Ali Ahmed	PP-189
Açar Duygu Besnili	PP-179	Alsharafi Ali Ahmet	TP-32, PP-188
Adal Erdal	SS-16	Altay Ceren Sultan	TP-22, PP-182
Adal Servet Erdal	PP-030, PP-031, PP-041, PP-042, PP-043	Altinel Nazan	PP-015
Adam Aykut	SS-23	Aras Seda	TP-40, PP-027
Ağbaş Ayşe	SS-23, TP-36, PP-034, PP-075, PP-136, PP-142, PP-144, PP-145, PP-198	Arat Cem	TP-19
Ak Gülden	PP-082, PP-162	Arı Zeynep	PP-042
Akay Tayfun Gülsen	TP-09	Arica Vefik	TP-48, PP-018, PP-019, PP-020
Akbaş Ayşen	PP-036		PP-021, PP-022, PP-024, PP-025, PP-026
Akçay Arzu	PP-015	Arıkan Çiğdem	PP-081
Akgün Abdurrahman	TP-21, PP-030, PP-031, PP-037, PP-040	Arsan Bengü	PP-075, PP-165
Akgün Özlem	PP-034, PP-061, PP-124, PP-195	Arsan Selda	TP-05
Akgün Demir Işıl	TP-01, TP-30, TP-46, TP-47, TP-51	Arsanoğlu Sertaç	PP-204
Akıcı Fahrinnisa Ferhan	PP-103	Arsantaş Esra	PP-110
Akıcı Ferhan	PP-097	Asadova Chinara	PP-093
Akın Melih	TP-14, PP-016, PP-073	Aslantaş Merve	PP-163
Akın Onur	SS-14	Atakan Aksoy Sevim	PP-167
Akın Taha Yasin	PP-012, PP-032, PP-033, PP-081, PP-194	Ataoglu Emel	PP-165
Akinci Fahrinnisa Ferhan	PP-105, PP-106	Ataoglu Emel	SS-23, PP-159, PP-167, PP-173
Akinci Nurver	SS-08, PP-033, PP-139, PP-140, PP-141, PP-161, PP-207	Atasever Aslı Kübra	TP-09
Akkaş Merve	PP-117	Atash Funda	PP-129
Akkoz Rümeysa	PP-218	Atay Zeynep	PP-041, PP-043
Akpınar Melis	TP-19	Atmaca Fatma Güliz	PP-168, PP-180
Aksoy Meliha	PP-154	Avcı Özgecan	TP-28, PP-084
Aksoy Okan Meliha	TP-37, TP-38, PP-151, PP-153, PP-171	Avcı Rıdvan	PP-117, PP-119
Aksu Bağdagül	SS-23, TP-36, PP-034, PP-136, PP-142, PP-145	Avcil Sibelnur	TP-17
Aksu Uzunhan Tuğçe	PP-199	Ay Gizem	PP-053
Aktaş Alev	PP-154	Ayçiçeği Ali	PP-110
Aktay Ayaz Nuray	SS-12, TP-39, PP-208, PP-209	Ayçicek Ali	PP-101
Aktuğlu Zeybek Ayşe Çiğdem	TP-50	Ayçiçek Ali	SS-20, PP-092, PP-098, PP-099, PP-115
Aktürk Hacer	PP-050, PP-062, PP-063, PP-151, PP-180	Aydemir Numan Ali	PP-009
Akyol Büşra	PP-032, PP-033	Aydın Banu	PP-030, PP-031, PP-040, PP-048
Aladağ Çiftedemir Nükhet	TP-43	Aydın Mustafa	TP-44
Aldemir Hüseyin	PP-202	Aydın Sevilay	PP-004
		Aydın Tahir	PP-165, PP-173
		Aydınlı Nur	SS-26
		Aydoğan Gönül	SS-20, PP-097
		Aydoğan Müzeyyen Gönül	PP-103, PP-105, PP-106
		Aygün Fatih	TP-19, TP-40, PP-027, PP-201
		Ayhan Abdullah	TP-04, PP-011, PP-221
		Ayhan Aylin	TP-45
		Aykut Nevzat	PP-180



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Ayta Semih	PP-034, PP-117, PP-125	Bolaç Leyla Gizem	TP-57
	PP-192, PP-195, PP-198	Böncüoğlu Elif	PP-037, PP-092, PP-098, PP-099
Ayyıldız Ebru	SS-29, TP-42	Bör Özcan	PP-091
Ayyıldız Pelin	PP-130	Borazan Furkan	SS-21, PP-132
Ayyıldız Civan Hasret	PP-015	Bornaun Helen	SS-07, SS-21, PP-118, PP-131
Baba Hatice	TP-25, PP-219		PP-132
Bahar Semra	SS-08, TP-32, TP-54, PP-188, PP-189	Bozaykut Abdulkadir	TP-09, PP-058, PP-146
Bakal Ünal	TP-44	Bozaykut Abdülkadir	PP-036, PP-054, PP-062
Bakır Ferhat	TP-13	Bozkurt Selcen	PP-214
Bal Berna	PP-144, PP-145	Boztuğ Kaan	PP-070
Balcı Mehmet Cihan	PP-168	Budan Çalışkan Ayşe Bahar	PP-088
Balkozak Tan Turna	PP-059	Bülbül Ali	SS-09, SS-29, TP-02, TP-03, TP-05
Barut Saime Gül	PP-075		TP-26, TP-27, TP-29, TP-32, TP-42, TP-50, TP-54, P-56
Baş Ahmet	PP-206		TP-58, PP-152, PP-155, PP-156, PP-157, PP-158,
Baş Cansu	PP-007		PP-161, PP-166, PP-172, PP-174, PP-175, PP-176
Başaran Ümit Nusret	TP-43		PP-177, PP-178, PP-179, PP-184, PP-186, PP-187
Başarır Günce	PP-146		PP-188, PP-189, PP-214
Bato İrem	SS-01, PP-089	Bülbül Lida	TP-29, PP-015, PP-111
Batur Çalış Zeynep Aslı	PP-095	Büyükavcı Mustafa	PP-053
Bayrak Hasanefendioğlu Aylin	TP-28	Büyükale Gökhan	TP-24
Bayrakdaroğlu Ezgi	PP-098	Çağan Appak Yeliz	TP-34, TP-41
Bayraktar Banu	PP-060	Çağlar İlknur	PP-067
Bayraktar Süleyman	PP-125	Çağlayan Ahmet Okay	PP-086
Bayram Cengiz	PP-101, PP-110	Çakan Mustafa	SS-12, PP-208, PP-209
Bayram Nihan	TP-39	Çakır Deniz	PP-057
Bayram Süleyman Nuri	PP-067	Çakır Şafak	TP-46
Baysal Ahmet	PP-200	Çakmak Erkan	PP-039, PP-136
Baysoy Gökhan	TP-22	Çakmak Esen Leyla	PP-045, PP-061, PP-117
Bektaş Gonca	SS-26	Çalışkan Mine	SS-26
Belde Doğan Beyza	TP-21, PP-037	Çam Sebahat	SS-04, TP-45
Berksoy Emel	SS-13	Can Ahmet	PP-003
Beşer Ömer Faruk	TP-40, PP-027, PP-083	Can Salim	PP-079, PP-220
Besnili Acar Duygu	TP-03, TP-29, PP-152	Can Salim	PP-221
	PP-161, PP-166, PP-172, PP-184	Canda Ebru	SS-15
Besnili Açar Duygu	SS-09, TP-02, TP-26, TP-27	Candan Çelik Tuğçe	PP-067
	TP-58, PP-174, PP-175, PP-176, PP-177, PP-178	Cantürk Deniz	PP-216
Beygirci Abdülvehhap	PP-105	Çaran Bahar	PP-047, PP-083
Biçer Işıl	PP-062	Cebeci Burcu	PP-165, PP-167
Bıkmazer Bilgihan	PP-028	Çelebi Cemile	PP-004
Bilaloğlu Selen	PP-218	Çelebi Mahmut	TP-22
Bilgin Leyla	TP-57	Çelik Döndü	PP-004
Bilgin Nurbanu	PP-014, PP-060, PP-080, PP-126	Çelik Fatma	PP-197
Birşen Gökhan	PP-107	Çelik Seda	PP-013
Boğa Aysun	TP-55, PP-023, PP-028, PP-035	Çelikboya Ezgi	PP-011, PP-012, PP-014, PP-108
	PP-087, PP-160		PP-109
Böke Gizem	PP-008	Cengiz Gülşen	PP-064



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Çetinkaya Merih	SS-10, SS-25, TP-24, PP-169	Duyu Muhterem	PP-222
	PP-170, PP-181, PP-183	Düzenli Kar Yeter	PP-091
Cevher Serap	PP-204	Egici Memet Taşkın	PP-059
Çevik Ayşe Mine	PP-125	Eldeş Hacıfazlıoğlu Nilüfer	SS-11, TP-09, PP-063
Ceyran Hakan	PP-017	Elevli Murat	SS-23, TP-36, PP-029, PP-034, PP-039
Çiçek Rumeysa Yasemin	PP-138, PP-148		PP-045, PP-061, PP-075, PP-088, PP-104, PP-117
Ciğerci Günaydın Nursen	PP-090		PP-119, PP-124, PP-125, PP-129, PP-136, PP-142
Çil Burcu	PP-203		PP-144, PP-145, PP-159, PP-165, PP-167, PP-192
Çitoğlu Görkem	PP-017		PP-195, PP-198, PP-206, PP-210
Çivilabal Nazlıcan	SS-21	Elli Murat	TP-22
Çivilibal Nazlıcan	PP-118, PP-131, PP-132	Elmas Bahri	PP-053
Çoban Levent	PP-200	Emiroğlu Melike	PP-069
Coşkun Cihan	PP-104	Engin Muhammet Mesut Nezir	PP-005, PP-163
Çulha Işıl	PP-044, PP-046, PP-100		PP-164
Dalgıç Nazan	TP-52, PP-011, PP-060, PP-066	Eraslan Emine	SS-26
	PP-068, PP-077, PP-127, PP-155, PP-186	Erdede Özlem	PP-054, PP-102
Daştan Taha	PP-003	Erdem Abdullah	PP-041, PP-182, PP-205
Dayangaç Kübra	PP-218	Erdem Gülsen	PP-103
Değirmenci Adem	TP-37	Erdem Eralp Ela	PP-090
Değirmenci Serpil	TP-09, PP-054, PP-102	Erdoğan Furkan	PP-168
Demir Mesut	TP-14, PP-016, PP-073	Erdur Cahit Barış	PP-089
Demirci Pelin	TP-38	Eren Elif Ece	PP-080
Demirel Gamze	PP-182	Erfidan Erkan	TP-10, PP-048
Demirhan Salih	TP-37, PP-050	Ergin Şahin Sibel	PP-058
Deveci Mihriban	PP-099	Ergül Ayşe Betül	SS-30
Devrim İlker	PP-067	Ergül Yakup	SS-22, PP-133
Dilber Sümeyye	SS-29, TP-42	Ergüven Müferet	PP-204
Dincer Emre	TP-24	Erkesim Remzi	PP-042
Dinçer Emre	PP-169, PP-170, PP-183	Erkun Olena	PP-053
Doğan Beyza Belde	PP-030, PP-031, PP-040	Ermiş Tekkuş Kübra	PP-122
Doğan Güzide	PP-075, PP-142, PP-144, PP-145	Eroğlu Meryem	PP-127
Doğan İbrahim Öner	PP-103	Erolu Elif	PP-120, PP-121, PP-128
Doğan Mehmet Sait	PP-097	Ersoy Doç. Dr. Hamit	TP-13
Doğan Murat	TP-48, PP-018, PP-020	Ersoy Gizem	PP-099
	PP-021, PP-022	Ersoy Olbak Melike	PP-015
Doğan Özlem Öçal	PP-043	Ertaş Eda	PP-116
Doğan Aktepe Duygu	SS-17	Ertav Fatma Gökçe	PP-216
Doğanay Levent	PP-122	Eviz Elif	PP-015
Doğantan Şeyda	PP-040, PP-137, PP-191, PP-203	Eybek Buşra	PP-121
Doğru Mahmut	SS-11, PP-050, PP-063	Eyi Nagihan	PP-216
Dokucu Ali İhsan	TP-14, PP-016, PP-073	Filiz Selin	PP-097, PP-105, PP-106
Dolu Kazım Okan	TP-49		
Dönmez Mehmet	PP-053	Filiz Şeyma	PP-073
Durmaz Özlem	TP-28		
Dursun Hasan	TP-19, PP-093, PP-199, PP-201	Gemici Hakan	TP-08, PP-037, PP-097
Dut Raziye	PP-047		PP-103, PP-217



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Genç Abdüsselam	PP-208, PP-209	PP-157, PP-158, PP-161, PP-166, PP-172, PP-174
Genç Bahadır	TP-08	PP-175, PP-176, PP-177, PP-178, PP-179, PP-184
Genç Dildar Bahar	PP-095, PP-096, PP-100, PP-108	PP-185, PP-186, PP-187, PP-188
	SS-19, PP-094	Güzeltaş Alper SS-22, TP-35, PP-123, PP-133
Genç Fatih Alparslan	PP-064	Hacıseyitoğlu Demet PP-064
Genç Gökçe	PP-010	Hasbal Akkuş Canan PP-015, PP-111
Genç Hamide Sevinç	PP-037	Hatemi Ali Can PP-017, PP-185
Genç Nimetullah Mete	TP-14	Hatipoğlu Nevin PP-015, PP-111
Genç Ümran	PP-115, PP-170	Hatipoğlu Sami PP-015, PP-111
Genel Ferah	SS-01, PP-089	Haydin Sertaç TP-08, TP-35, PP-123
Gezdirici Alper	PP-074	Höyük Gizem PP-112, PP-200
Gezici Alper	PP-118	İkizceli Türkan PP-145
Göknaç Nilüfer	PP-136	İleri Mehmet Fatih PP-166
Gönen İlker	PP-169, PP-170, PP-181	İmamoğlu Ebru TP-57
Gördü Zülfiyar	PP-015, PP-111	İmdadoğlu Timuçin TP-12, TP-55, PP-028
Gözüküçük Davut	SS-21, PP-131, PP-132	PP-035, PP-160
Güçer Tuğbanur Tahtakesen	PP-040	İnci Yıldırım Ayşe TP-31
Gül Ümit	PP-029, PP-195	İrdem Ahmet TP-40
Güldür Ayşe	TP-42	İrmak Fatih TP-01, TP-30, TP-46, TP-47, TP-51
Güleç Elif Yılmaz	PP-048, PP-118	İşık Merve Nur TP-52
Güllüelli Hatice	PP-058	İspir Zeynep SS-04
Gülşen Betül	PP-168	Kaba Meltem TP-14, PP-016, PP-073
Gültekin Başboğa Derya	TP-09, PP-102	Kaçar Alper TP-19
Gümüş Meltem	PP-070, PP-071, PP-072	Kacır Aybüke PP-205
Gümüşay Meltem	TP-04	Kaçmaz Ebru Aydın PP-023
Güenal Türk Zeynep	TP-08, PP-217	Kaçmaz Hülya PP-001, PP-148
Gündoğdu Dilşat	PP-044, PP-046, PP-196	Kafadar İhsan PP-197, PP-214
Gündoğdu Semra	PP-182	Kafalı Hasan Candaş PP-133
Gündüz Mehmet	PP-190	Kahraman Nefise PP-114
Gündüz Nermin	TP-10	Kahveci Ecem PP-038, PP-183
Günel Murat	PP-086	Kalay Nida Gülderen PP-076, PP-077, PP-172
Güvenç Ali Can	TP-51	Kalaycı Didem PP-149
Güneş Duygu	TP-36, PP-195	Kalkan Şahin PP-037
Güneş Çakmak Meltem	PP-146	Kanık Mehmet Kemal PP-060
Gunher Arica Seçil	PP-018	Kara İlknur Sürücü PP-211
Günher Arica Seçil	TP-48, PP-019, PP-020	Kara Neslihan PP-109, PP-212
	PP-021, PP-022, PP-024, PP-025, PP-026	Kara Elitok Gizem SS-29, TP-42, TP-50, PP-214
Güran Ömer	TP-57	Karaaslan Ayşe PP-064
Gürel Duygu	PP-016	Karaaslan Fatih PP-024, PP-025, PP-026
Gürpınar Gözde	PP-212	Karabayır Nalan PP-041, PP-205
Güven Ayla	PP-171	Karabulut Muhammed SS-06, TP-56, PP-126,
Güven Şirin	TP-12, TP-55, PP-023, PP-028	PP-127, PP-158, PP-175, PP-176, PP-184, PP-221
	PP-035, PP-087, PP-160	PP-166, PP-185
Güvenç Ünal	PP-074	Karacan Mehmet PP-120, PP-121, PP-122, PP-128
Güzel Bülent	SS-09, TP-02, TP-03, TP-05, TP-26	Karaçuha Banu Bahar PP-204
	TP-27, TP-29, TP-56, TP-58, PP-152, PP-155, PP-156	Karadağ Çetin Ali TP-14, PP-016, PP-073



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Karadağ Nilgün	TP-38, PP-153, PP-168, PP-171 PP-180	Köksal Şeyma	PP-204
Karadağ Şerife Gül	SS-12, PP-208, PP-209	Koldaş Macit	SS-02, PP-104
Karagöz Kıymet	PP-089	Kolkıran Abdulkerim	PP-211
Karakaya Zeynep	PP-222	Kömürcü Merve	PP-065, PP-110, PP-181
Karakayalı Burcu	PP-056	Korkut Arzu Yasemin	PP-096
Karakoyun Miray	TP-53	Köse Gülşen	TP-50, PP-032, PP-033, PP-076 PP-080, PP-172, PP-193, PP-194, PP-196, PP-197 PP-214, PP-220
Karakuş Ali	PP-129	Köse Selmin	SS-05
Karaoğlu Hilal	SS-21, PP-131, PP-132, PP-149, PP-169	Köylü Yakup	PP-191
Karaoğlu Hilal	TP-21	Kozacıoğlu Behiye	PP-051, PP-052
Karasoy Yeşilada Ayşin	TP-01, TP-30, TP-51	Küçük Nuran	PP-147
Karataş Özge	PP-147	Küçüközer Onur	PP-193, PP-196
Karatekin Güner	TP-12, TP-37, TP-38, PP-151 PP-153, PP-154, PP-168, PP-171, PP-180	Kültürsay Nilgün	SS-24
Karatoprak Elif	TP-18	Kurnaz Dilek	SS-25
Karavar Hande	PP-182	Kurt İlknur	PP-002, PP-037, PP-103, PP-110
Kariminikoo Mandana	PP-122	Kuru Gökçe	PP-032, PP-044, PP-046
Karkıner Ökkeş Aytaç	PP-067	Kürüm Sağlam Özge	PP-170, PP-183
Karşıdağ Semra	TP-46, TP-47, TP-51	Kutlu Ayşe	SS-01
Kasar Taner	SS-22, PP-123	Kutluk Günsel	TP-10, TP-25, PP-074, PP-078
Kaya Ayşenur	SS-17, TP-04, TP-33, TP-52, PP-011 PP-012, PP-013, PP-014	Macit Ülkü	PP-068
Kaya Nesrin	PP-011, PP-012, PP-193	Memiş Recep	TP-15, PP-006
Kaya Özgün Başaran	PP-142	Meral Cihan	PP-086
Kaya Narter Fatma	PP-064, PP-147	Mercan Kadir	PP-052
Kaymakçalan Çelebiler Hande	PP-086	Mirzayeva Nargiz	PP-221
Kazancı Sefa	PP-087	Mirzayeva Jale	PP-094, PP-096
Kılıç Betül	SS-27	Mirzayeva Nergiz	PP-220
Kılıçarslan Işın	PP-136, PP-138	Murat Mehmet	PP-015
Kılıçaslan Önder	PP-005, PP-082, PP-163, PP-164	Mutluay Kamuran	PP-167
Kılınç Derya	TP-15, PP-006	Öcal Topcu Didem	PP-088
Kılınç Suna	SS-03	Odabaşı İlkey Özmeral	PP-179, PP-185, PP-186 PP-187
Kimyongür Fidan	PP-202	Odaman Al Işık	TP-08, PP-097, PP-103, PP-105 PP-106
Kıral Asuman	PP-112, PP-200	Oğuz Demet	SS-23, PP-159, PP-165, PP-167
Kıral Fatma Ceren	PP-146, PP-171, PP-180	Okay Berker	PP-029, PP-198
Kırar Hatice Nur	PP-009, PP-093, PP-199	Okbay Güneş Aslı	PP-171
Kıray Baş Evrim	SS-09, TP-03, TP-05, TP-32 TP-58, PP-152, PP-184, PP-188, PP-189	Okuyan Betül	TP-52
Kiremitçi Yılmaz Seniha	PP-039, PP-045	Ölçülü Cemile Büşra	SS-11
Kıyak Aysel	TP-39, TP-49, PP-137, PP-138 PP-143, PP-148	Önal Hasan	SS-16, TP-21, PP-030, PP-037, PP-040 PP-048, PP-217
Kıyak Ümit	PP-207	Öner Çağatay	TP-47
Kocabay Kenan	PP-005, PP-162, PP-163, PP-164	Öngel Gökten	PP-083
Koçak Kaymaz Döndü	PP-116	Oral Rıdvan Mete	PP-154
Koçaslan Furkan	PP-147	Orbay Ece	PP-065, PP-203
		Ören Aslı Nur	PP-134, PP-135, PP-222



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Ören Ayşe Ceyda	PP-003	Paslı Uysalol Ezgi	SS-20, PP-101, PP-110
Örnek Tara	PP-088	Peker Necla Aydın	PP-211
Osmanova Fatmakhanım	PP-033	Peker Bulğan Zeynep İzem	PP-089
Osmanova Fatmakhanım	PP-113	Pempegül Yıldız Edibe	SS-26, PP-097, PP-202
Özağarı Ayşe Ayşim	TP-16, PP-136	Petan Melike İrem	PP-029, PP-210
Özalkaya Elif	PP-153	PetmezciERCüment	PP-127, PP-139, PP-220, PP-221
Özalkaya Elif	PP-154		
Özata Abanoz Banu	PP-141	Pirim Gülşah	PP-112, PP-200
Özaydın Seyithan	PP-143, PP-181	Pişmişoğlu Kemal	PP-160
Özbek Erhan	PP-089	Polat Esra	TP-10, PP-078
Özbilek Belkis Deniz	PP-067	Pop Serdar	PP-159
Özbingöl Doruk	TP-16	Rzayeva Ramina	PP-066
Özcabı Bahar	PP-036	Sağlam Özge	SS-10, SS-25, TP-24, PP-169
Özceker Deniz	TP-06		PP-181
Özceker Deniz	PP-009	Şahin Ayşe	PP-060, PP-066, PP-068, PP-113
Özçelik Gül	SS-08, SS-18, PP-139, PP-140, PP-187	Şahin Ebru	TP-55, PP-028, PP-035, PP-087
Özçelik Gül	PP-141	Şahin Gözde	SS-08
Özdamar Mustafa Yaşar	PP-211	Şahin Gülhan Tunca	PP-133
Özdemir Gül Nihal	SS-20, PP-101	Şahin Kamil	SS-02, PP-061, PP-104
Özdemir Öner	PP-003, PP-008, PP-010, PP-051		PP-119, PP-129
	PP-052, PP-053	Şahin Murat	PP-017
Özdemir Zeynep Canan	PP-091	Şahin Özlem	TP-57
Özden İlgin	TP-28	Şahin Çetinkaya Rahşan	PP-002, PP-074
Özdoğan Orhan	PP-101	Şahin Keskin Lutfiye	PP-013
Özdrama Yıldız Emine Gözde	TP-04	Şalcıoğlu Osman Zafer	TP-08, PP-105, PP-106
Özel Alper	PP-079		SS-20, PP-097
Özgür Senem	PP-133	Sancar Mesut	TP-52
Özgürhan Gamze	PP-047, PP-083	Sander Mehmet Halit Serdar	PP-137, PP-143
Özkaya Maral Huri	PP-112, PP-200	Şanlı Senanur	TP-32, PP-014, PP-188, PP-189
Özkaya Ozan	PP-023		PP-194, PP-220
Özlük Yasemin	PP-136, PP-138	Saraç Fatma	SS-02, TP-14
Özmen Evrim	PP-079, PP-176, PP-177	Saraç Mehmet	TP-44
Özmen Meral	SS-26	Sarı Erdal	PP-050, PP-054, PP-146
Özmeral Odabaşı İlkey	SS-09, TP-02, TP-03, TP-26	Sarı Gizem	SS-18
TP-27, TP-56, TP-58, PP-152, PP-155, PP-156, PP-157		Sarı Yunus Emre	PP-111
PP-158, PP-161, PP-166, PP-172, PP-174, PP-175		Sarsu Sevgi Büyükebeşe	SS-02
PP-176, PP-177, PP-178, PP-184		Şavluk Ömer Faruk	PP-017
Özoğuz Aslıhan	PP-086	Seçinti İnci Pınar	SS-19, PP-095
Özpınar Esra	PP-040, PP-099, PP-143	Şeker Elif	PP-003, PP-051, PP-052
Öztarhan Kazım	SS-21, TP-08, PP-118, PP-131	Selçuk Duru Hatice Nilgün	PP-029, PP-061
	PP-132		PP-119, PP-124, PP-145, PP-195, PP-210
Öztürk Çağla	PP-201	Şen Hilal Susam	PP-093
Öztürk Erkut	SS-22, TP-35, PP-123, PP-133	Şenates Ebubekir	TP-45
Öztürk Önsal Duygu	PP-172	Şengör Aysun	TP-15, PP-006
Palalıoğlu Batuhan	PP-120	Sert Ahmet	PP-069
Parlak İbiş İpek Burcu	PP-089	Sever Nihat	TP-14, PP-016, PP-073



Çocuk Dostları 6. Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Sevim Kamuran Zeynep	TP-01, TP-30, TP-46	Türk Zeynep	PP-110
Sevinç Şengül Fatma	PP-130	Türkmen Karaağaç Aysu	TP-31
Sezer Rabia Gönül	PP-062	Türkmenoğlu Yelda	PP-027, PP-201
Şimşeker Seda	PP-139	Türkoğlu Recep	PP-038, PP-097, PP-138
Şiraneci Rengin	PP-065, PP-103, PP-219	Türkoğlu Ünal Ebru	SS-09, TP-02, TP-03, TP-05
Şirvan Selami Serhat	TP-51		TP-26, TP-27, TP-29, TP-32, TP-54, TP-56, TP-58
Sızmaç Mert	TP-01		PP-152, PP-155, PP-156, PP-157, PP-158, PP-161
Solak Nurcan	PP-061, PP-210		PP-166, PP-172, PP-174, PP-175, PP-176, PP-177
Söylemez Yasin	PP-031		PP-178, PP-184, PP-188, PP-189
Sözeri Betül	PP-056	Türköz Azime	SS-05
Sözeri Şehrinaz	TP-32, PP-188, PP-189	Tüten Abdülhamit	PP-153
Sünnetçi Silistre Eda	PP-047	Uçar Ahmet	PP-044, PP-046
Tahtakesen Güçer Tuba Nur	SS-20, PP-099, PP-092	Üçkardeş Diana	SS-23
Tan Meryem Yelda	PP-196	Uğurlar Özge Yapıcı	PP-093
Tan Recep Berra Zümrüt	PP-017	Ulak Ozkan Melis	SS-26
Tanıdır İbrahim Cansaran	SS-22	Ulukaya Durakbaşa Çiğdem	TP-45
Tartar Tugay	TP-44	Ünal Ebru Türkoğlu	PP-179, PP-185, PP-186
Taşkın Necati	TP-21, PP-031		PP-187
Taşlıdere Hasan	PP-046	Ünal Nurcan	PP-162
Taştekin Ayhan	PP-182	Ünal Özlem	PP-047
Tekin Uğur	SS-26	Ünlü Aysel Karaca	TP-36
Telhan Leyla	TP-22	Urgancı Nafiye	SS-17, SS-18, TP-16, TP-28, TP-33
Tellioğlu Ahmet	TP-03, TP-26, TP-56, TP-58, PP-152		TP-52, PP-076, PP-077, PP-079, PP-080, PP-081
	PP-156, PP-158, PP-161, PP-172, PP-174, PP-179		PP-084, PP-207
	PP-184, PP-185, PP-186, PP-187	Uslu Ayşegül	TP-05
Temel Özlem	PP-054, PP-102	Uslu Hasan Sinan	PP-186, PP-187, TP-32, TP-54,
Temizkan Ramazan Cahit	PP-005		PP-185, TP-03, PP-152, PP-161, PP-166,
Terek Demet	SS-24		PP-172, PP-179, PP-184, PP-188, PP-189, SS-09,
Timur Furkan	PP-082		SS-29, TP-02, TP-05, TP-26, TP-27, TP-29, TP-42,
Ton Özlem	PP-095, PP-096		TP-50, TP-56, TP-58, PP-155, PP-156, PP-157, PP-158,
Topaktaş Eylem	PP-056, PP-057		PP-174, PP-175, PP-176, PP-177, PP-178, PP-214
Topal Ezgi	PP-012	Usta Ayşe Merve	SS-17, SS-18, TP-16, TP-33,
Topal İsmail	PP-211		PP-013, PP-079, PP-080, PP-081, PP-084, PP-187,
Topal Neval	PP-040		PP-207, PP-076, PP-077
Topçuoğlu Sevilay	TP-37, TP-38, PP-151, PP-153	Uygur Külcü Nihan	SS-11, PP-054, PP-146
Topkaya Dr. Nimet	PP-210	Uyur Yalçın Emek	SS-11, PP-063
Toraman Türkan	TP-50, PP-214	Uzunhan Tuğçe Aksu	PP-093, PP-201
Tosun Öykü	TP-18, PP-134, PP-135	Uzunlulu Nail	TP-49
Tufan Muhammed Sami	PP-029, PP-045, PP-192	Vardar Gonca	TP-38, PP-153, PP-171, PP-180
Tülpar Sebahat	PP-111	Varlı Yusuf Ziya	SS-21, PP-030, PP-078, PP-131
Tunca Şahin Gülhan	PP-130		PP-132
Tunçer Tunç	TP-38	Vatansever Binay	PP-182
Turan Burhan	SS-19, TP-04	Velioğlu Haşlak Gökçe	TP-19
Türen Betül	PP-162	Vural Sema	SS-19, PP-094, PP-095, PP-096
Turgut Nurgül	TP-42		PP-100, PP-114
Türk Salih	TP-08, PP-148, PP-217	Yakut Kahraman	SS-28, PP-121, PP-128, PP-150
		Yakut Nurhayat	SS-28, PP-150
		Yalçın Bedia Deniz	PP-063



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018
İSTANBUL KONGRE MERKEZİ



Yamaç Dilaver Pinar	PP-041, PP-042, PP-043	Zeyrek Dost	PP-019
Yaman Yöntem	TP-22	Zübarioğlu Tanyel	TP-50, PP-013, PP-032
Yanık Merve	PP-218		PP-033, PP-156
Yapıcı Uğurlar Özge	PP-009	Zübarioğlu Umut	TP-05, TP-29, TP-54
Yasa Olcay	TP-45		
Yavuz Sevgi	TP-39, TP-49, PP-097, PP-137, PP-138 PP-143, PP-148, PP-149		
Yazar Memet	TP-30, TP-47		
Yektaş Çiğdem	PP-005		
Yeniocak Selman	SS-02		
Yeşil Gözde	PP-032, PP-033		
Yeşil Yakup	PP-001, PP-002		
Yıldırım Gülay	SS-05		
Yıldırım Güler	PP-140		
Yıldırım Tarık	PP-065		
Yıldırım Kaplan Meltem	PP-067		
Yıldırım Zeynep Yıldız	PP-060, PP-108, PP-109 PP-113, PP-212		
Yıldız Abdullah	TP-14, PP-016, PP-073		
Yıldız Bülent	PP-003, PP-053		
Yıldız Edibe Pembegül	PP-191, PP-203		
Yıldız Feyza Mediha	SS-11, PP-054, PP-102		
Yıldız Melek	SS-16, PP-030, PP-031, PP-040 PP-048		
Yıldız Okan	TP-35, PP-123		
Yıldız Refika	PP-082		
Yıldız Semra	PP-004		
Yıldız Tuğba	PP-004, PP-218		
Yıldız Yıldırım Zeynep	TP-52		
Yılmaz Abdullah Arif	PP-017		
Yılmaz Banu	TP-33		
Yılmaz Ebru	SS-20, TP-08, PP-097, PP-103 PP-105, PP-106		
Yılmaz İsmail	PP-086		
Yılmaz Türkan	TP-15, PP-006		
Yılmaz Zeynep	TP-23		
Yılmaz Güleç Elif	SS-16, PP-085		
Yilmazer Ahmet	PP-135		
Yolcu Canan	PP-122, PP-124, PP-125, PP-129 PP-029, PP-124		
Yörük İrem	PP-070, PP-071, PP-072		
Yorulmaz Alaaddin	TP-12, PP-023		
Yüce Necla	PP-070		
Yücel Aylin	TP-06, PP-009		
Yücel Esra	SS-02		
Yücetaş Esma	PP-070		
Yüksekkaya Hasan Ali	TP-32, PP-188, PP-189		
Yüksel Ezgi Dilan	PP-147		
Yükselmiş Ufuk	PP-011, PP-194		
Zamur Cihan	TP-23		
Zeren Öztürk Güzin			

İSTANBUL İLİ
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 Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi
İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kartal Lütfi Kırdar Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas 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



T.C. Sağlık Bakanlığı
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü



6. Çocuk Dostları Kongresi

8-10 Mart 2018

İSTANBUL
KONGRE
MERKEZİ



Organizasyon Sekreteryası



FIGÜR KONGRE VE ORGANİZASYON SERVİSLERİ A.Ş.

19 Mayıs Mah. 19 Mayıs Cad. Nova Baran Center

No: 4 34360 Şişli / İstanbul - Turkey

Tel: 0 212 381 46 00 / Fax: 0 212 258 60 78

cocukdostlari@figur.net