

ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM ve ARAŞTIRMA HASTANESİ

1.ve ÇOCUK DOSTLARI YENİDOĞAN KONGRESİ



19 – 20 Nisan 2013

Harbiye Askeri Müze ve Kongre Merkezi
İstanbul



KONGRE ÖZET KİTABI



Sağlık Bakanlığı
Türkiye Kamu
Hastaneleri Kurumu

İÇİNDEKİLER

Bilimsel Kurallar	sayfa.1
Ön sözler	sayfa.2-3
Bilimsel Program	sayfa.4-12
Konuşma Özetleri	sayfa.13-179
19 Nisan Sözlü Sunumlar	sayfa.180
20 Nisan Sözlü Sunumlar	sayfa.195
Poster Bildiriler	sayfa.210
Dizin	sayfa.445

KURULLAR

KONGRE ONURSAL BAŞKANLARI

Hüseyin Avni Mutlu
Güven Bektemur
Halil Alış

KONGRE BAŞKANI

Asiye Nuhoğlu

KONGRE SEKRETERLERİ

Ali Bülbül

H. Sinan Uslu

KONGRE DÜZENLEME KURULU

(İsim Alfabetik Sıra ile)

Abdülkadir Ünsal
Ahmet Çakır
Ali Bülbül
Ali İhsan Dokucu
Asiye Nuhoğlu
Ebru Türkoğlu Ünal
Emine Türkkkan
Fahri Ovalı
Gülşen Köse
H.Sinan Uslu
İbrahim Hayrullah Sun
Mehmet Taşkın Egici

Mesut Dursun
Muhittin Çelik
Mustafa Taşdemir
Nafiye Urgancı
Nazan Dalgıç Karabulut
Orhan Koç
Ömer Güran
Serkan İskender
Türkan Dağoğlu
Uğur Dilmen
Umut Zübarioğlu
Yıldız Yıldırım

Değerli Meslektaşlarım,

114 yıllık köklü geçmişe sahip, ülkemizin ilk çocuk hastanesi "Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi" olarak uluslararası katılımlı 1. Çocuk Dostları ve Yenidoğan Kongresi'ni 19-20 nisan 2013 tarihleri arasında düzenliyoruz.

Bebek ölümlerinin büyük kısmını oluşturan yenidoğan ölümlerinin son yıllarda ülkemizde azaltılmasında, yenidoğan sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesi ve bu alanda hizmet veren sağlık personelinin eğitiminin katkısı büyüktür. Sağlıklı nesillerin yetişmesinde temel basamak olan aile hekimi ve yenidoğan bakımı verecek pediatri hekimlerinin eğitimi için son derece yararlı bir program hazırlandı. Ülkemizin ve değişik ülkelerden konularında uzman bilim adamlarının katılımı ile şekillenecek bilimsel programın genç meslektaşlarımızın beklentilerini karşılayacağını ümit ediyoruz.

Ayrıca, katılımcılar için son derece yararlı olduğunu düşündüğümüz "Yenidoğan Temel Bakım Kursu", " Neonatal Resüsitasyon Kursu" ve "Yenidoğanda Mekanik Ventilasyon ve Kateter Uygulamaları Kursu" nu düzenledik.

İlk kez düzenlenen kongremizin, siz değerli meslektaşlarımızın katılımı ile sıcak, bilimsel ve keyifli geçeceğini ümit ediyor, sizlere saygı ve sevgilerimizi sunuyoruz...

Dr.Güven Bektemur

İstanbul Beyoğlu Bölgesi Genel Sekreteri

BİLİMSEL PROGRAM

SALON A

19 Nisan 2013

09:00 - 10:30	Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Merkezi Organizasyonu Oturum Başkanları: <i>Türkan DAĞOĞLU , Ahmet ÇAKIR</i> İstanbul’da Kamu Hastaneleri Birliğinde Çocuk Kliniklerinin <i>Güven BEKTEMUR</i> İstanbul’da Kamu Hastaneleri Birliğinde Yenidoğan Kliniklerinin <i>Asiye NUHOĞLU</i>
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:30	Türkiye ve İstanbul’da Çocuk Sağlığı Stratejileri Oturum Başkanları: <i>Orhan KOÇ , Halil ALIŞ</i> Yüksek Riskli Hizmet Bölgelerinde Yer Alan Çocuk Hastaneleri ile <i>Uğur DİLMEN</i> İstanbul’da Çocuk Sağlığını Geliştirme Projeleri <i>Mustafa TAŞDEMİR</i>
13:00 - 14:00	UYDU SEMPOZYUMU Prematüre Bebeğin Enteral Beslenmesi Oturum Başkanları: <i>Ayşe Sevim GÖKALP , Ali BÜLBÜL</i> Konuşmacı: <i>Suna OĞUZ</i>
14:00 - 15:30	Aşılama ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri Oturum Başkanları: <i>Mustafa BAKIR , Haydar SUR</i> Güncel Aşılamanın Geldiği Nokta <i>Mehmet Ali TORUNOĞLU</i> Gelecekte Planlanan Aşılar <i>Ahmet SOYSAL</i>
16:00 - 18:30	KONGRE AÇILIŞ SERAMONİSİ ve PROTOKOL KONUŞMALARI
18:30 - 19:30	KONGRE AÇILIŞ KOKTEYLİ

BİLİMSEL PROGRAM

SALON A

20 Nisan 2013

09:00 - 10:30	Çocuk Cerrahisi Oturum Başkanları: <i>Ali İhsan DOKUCU, Ayşegül CELAYİR</i> Spina Bifidalı Çocuklarda Cerrahi ve Ürolojik Destek <i>İbrahim ULMAN</i> Spina Bifida; Cerrahi Özellikler <i>Tufan HİÇDÖNMEZ</i> Spina Bifidalı Çocukların İzlemi <i>Nazan DALGIÇ KARABULUT</i>
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:15	Geçmişten Günümüze Sağlıklı Beslenme Oturum Başkanları: <i>Asiye NUHOĞLU, Nilgün KÜLTÜRSAY</i> Geçmişten Günümüze Doğru Beslenme <i>Funda ELMACIOĞLU</i> Term Bebeğin Enteral Beslenmesi <i>H. Sinan USLU</i>
12:15 - 12:45	ÖĞLE YEMEĞİ
12:45 - 14:00	UYDU SEMPOZYUMU "Delivery Room Handling of Newborn Babies" Oturum Başkanları: <i>Fahri OVALI, H. Sinan USLU</i> <i>Ola Didrik SAUGSTAD</i>
14:00 - 15:30	Sağlık ve Kaliteli Yaşam Oturum Başkanları: <i>Sami HATİPOĞLU, Nedim SAMANCI</i> Evde Sağlık Hizmetleri Organizasyonu <i>Ömer AKÇAĞIL</i> Obezite – Sağlık <i>Teoman AKÇAY</i>
16:00 - 18:30	Kongre Kapanış AKLIMIZDA KALANLAR ve SONUÇ BİLDİRGESİ (YUVARLAK MASA OTURUMU) Asiye NUHOĞLU "Tüm oturum sorumlularının katılımı ile gerçekleşecektir."

BİLİMSEL PROGRAM

SALON B

19 Nisan 2013

08:30 - 09:30	Çocuk Hakları Oturum Başkanları: <i>İbrahim Hayrullah SUN, Mehmet Taşkın EGİCİ</i> Çocuk İstismarı <i>Murat Koçak</i> Yenidoğan Hakları <i>Arif AKŞİT</i>
09:30 - 10:30	Akılci İlaç Kullanımı Oturum Başkanları: <i>Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU , Yıldız PERK</i> Konuşmacı: <i>Solmaz ÇELEBİ</i>
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:00	Konjenital Enfeksiyonlar Oturum Başkanları: <i>Tuğba GÜRSOY, Mehmet SATAR</i> Intrauterin Enfeksiyonu Olan Bebeğe Yaklaşım <i>Ali BÜLBÜL</i> Konjenital Enfeksiyon Tarama Programları <i>Nazan DALGIÇ KARABULUT</i>
12:00 - 13:00	Sık Enfeksiyon Geçiren Çocuğa Yaklaşım Oturum Başkanları: <i>Nuran SALMAN , Feyzullah ÇETİNKAYA</i> Konuşmacı: <i>Ayper SOMER</i>
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	Kronik Hasta Çocuk İzleminde Hekimlik Sanatı Oturum Başkanları: <i>Yıldız YILDIRMAK , Uğur DİLMEN</i> Konuşmacı: <i>Mehmet ERTEM</i>
15:00 - 16:00	Sözlü Poster Oturumu Oturum Başkanları: <i>Behzat ÖZKAN, Çağatay NUHOĞLU</i> Serbest Poster Bildirimi

BİLİMSEL PROGRAM

SALON B

20 Nisan 2013

08:30 - 09:30	Prematüre Bebeğin İzlemi Oturum Başkanları: <i>Esin KOÇ , Asiye NUHOĞLU</i> <i>Asuman ÇOBAN</i>
09:30 - 10:30	Prematüre Sorunları Oturum Başkanları: <i>Yıldız ATALAY , Eren ÖZEK</i> Prematüre Bebeğin Erken Dönem Sorunu: Intrakraniyal Kanama <i>Rahmi ÖRS</i> Prematüre Bebeğin Geç Dönem Sorunu: Bronkopulmoner Displazi <i>Ayşegül ZENCİROĞLU</i>
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:00	Çocuk Beslenmesinde Tartışmalı Konular Oturum Başkanları: <i>Nafiye URGANCI , Yasemin AKIN</i> Çocuklarda Probiyotik Kullanımı <i>Merve USTA</i> Diyetisyen Gözü ile Süt Çocuğunda Beslenme <i>Muazzez GARİPAĞAOĞLU</i>
12:00 - 12:45	Çocuklarda Sık Rastlanılan Ortopedik Problemler Oturum Başkanları: <i>Ünal KUZGUN , Müferret ERGÜVEN</i> Konuşmacı: <i>Mücahit GÖRGEÇ</i>
12:45 - 13:15	ÖĞLE YEMEĞİ
13:15 - 14:00	Türkiye' de Çocuk Yoğun Bakım Birimlerinin Tarihçesi ve Güncel Durumu Oturum Başkanları: <i>Metin KARABÖCÜOĞLU, Tugcin Bora POLAT</i> Konuşmacı: <i>Agop ÇITAK</i>
14:00 - 15:00	Engelliliğin Önlenmesi ve Rehabilitasyonu Oturum Başkanları: <i>Gülşen KÖSE, Güner KARATEKİN</i> Konuşmacı: <i>Kalbiye YALAZ</i>
15:00 - 16:00	Sözlü Poster Oturumu Oturum Başkanları: <i>Engin ARISOY, Sultan KAVUNCUOĞLU</i> Serbest Poster Bildirimi

BİLİMSEL PROGRAM

18 Nisan 2013

SAAT	NEONATAL RESUSİTASYON KURSU Kurs Sorumlusu: <i>H. Sinan USLU</i> Yer: ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
08:15 - 09:00	AÇILIŞ
09:00 - 10:00	1.Ders: Canlandırmaya Genel Bakış ve İlkeler <i>H. Sinan USLU</i>
10:00 - 10:15	KAHVE MOLASI
10:15 - 11:15	2. Ders: Canlandırmanın Başlangıç Basamakları – Pratik Uygulama <i>Özgül SALİHOĞLU</i>
11:15 - 12:30	3. Ders: Pozitif Basıncılı Ventilasyon Uygulamaları – Pratik Uygulama <i>Özden TURAN</i>
12:30 - 13:30	ÖĞLE YEMEĞİ
13:30 - 14:45	4. Ders: Göğüs Kompresyonu – Pratik Uygulama <i>Derya BÜYÜKAYHAN</i>
14:45 - 15:00	KAHVE MOLASI
15:00 - 16:15	5.Ders: Endotrakeal Entübasyon ve Larengeal Maske Yerleştirilmesi Pratik Uygulama <i>Mesut DURSUN</i>

19 Nisan 2013

SAAT	NEONATAL RESUSİTASYON KURSU Kurs Sorumlusu: <i>H. Sinan USLU</i> Yer: Harbiye Askeri Müze SALON E
09:00 - 10:30	6.Ders:İlaçlar <i>Nilgün KÖKSAL</i>
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI
11:00 - 12:30	7.Ders:Canlandırma da Özel Durumlar <i>Mehmet VURAL</i>
12:30 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	8.Ders:Preterm Doğan Bebeklerin Canlandırılması <i>Ebru TÜRKOĞLU ÜNAL</i>
15:00 - 16:00	Pratik ve Genel Tekrar <i>Emrah CAN, Fatih POLAT, Ebru TÜRKOĞLU ÜNAL</i>

BİLİMSEL PROGRAM

20 Nisan 2013	
SAAT	NEONATAL RESUSİTASYON KURSU Kurs Sorumlusu: <i>H. Sinan USLU</i> Yer: Harbiye Askeri Müze SALON E
09:00 - 10:00	Yazılı Sınav
10:30 - 13:30	Sözlü Sınav Sınav Görevlileri: <i>Emrah CAN, Fatih BOLAT, Dilek BURBUT, Selda ARSLAN, Muhittin ÇELİK</i>
13:30 - 15:00	ÖĞLE YEMEĞİ
15:30	Sertifika Töreni ve Kapanış <i>H. Sinan USLU</i>

BİLİMSEL PROGRAM

19 Nisan 2013

SAAT	YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU Kurs Sorumluları: <i>Asiye NUHOĞLU , Serdar CÖMERT</i> Yer: Harbiye Askeri Müze SALON D
09:00 - 09:30	Bir Tarama Aracı Olarak Yenidoğan Muayenesi <i>Asım GÜLTEKİN</i>
09:30 - 10:00	Bebeğin Antenatal Değerlendirilmesi <i>Sibel GÜLOVA</i>
10:00 - 10:30	Baş, Boyun Muayenesi ve Gelişimsel Kalça Displazisi <i>Fatma KAYA NARTER</i>
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:30	Hasta Bebek <i>Umut ZUBARİOĞLU</i> Cilt Lezyonları <i>Okcan BASAT</i> Olgularla Pratik Uygulama <i>Serdar CÖMERT</i>
12:30 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	Doğumsal Kalp Hastalıkları <i>Lida BÜLBÜL</i> Genital Organ Muayenesi <i>Yasemin AKIN</i>
15:00 - 15:45	Etkin İletişim <i>Pemra Cöbek ÜNALAN</i> Olgularla Pratik Uygulama <i>Serdar CÖMERT</i>

BİLİMSEL PROGRAM

20 Nisan 2013	
SAAT	YENİDOĞAN TEMEL YAKLAŞIM KURSU Kurs Sorumluları: <i>Asiye NUHOĞLU , Serdar CÖMERT</i> Yer: Harbiye Askeri Müze SALON D
09:00 - 10:00	Bir Tarama Aracı Olarak Yenidoğan Muayenesi Bebeğin Antenatal Değerlendirilmesi <i>Asiye NUHOĞLU</i> Aile Hekimliği Gözüyle Yenidoğana Bakış <i>Mehmet Taşkın EGİCİ</i>
10:00 - 10:30	Baş, Boyun Muayenesi ve Gelişimsel Kalça Displazisi <i>İlke MUNGAN AKIN</i>
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI
11:00 - 12:00	Hasta Bebek <i>Mesut DURSUN</i> Cilt Lezyonları <i>Semra KAYAOĞLU</i>
12:00 - 13:00	Olgularla Pratik Uygulama <i>Serdar CÖMERT</i> Doğumsal Kalp Hastalıkları <i>Ayşegül USLU</i>
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	Genital Organ Muayenesi <i>Yasemin AKIN</i> Etkin İletişim <i>Dilek Toprak</i>
15:00 - 16:00	Olgularla Pratik Uygulama <i>Serdar CÖMERT</i>

BİLİMSEL PROGRAM

19 Nisan 2013	
SAAT	YENİDOĞANDA MEKANİK VENTİLASYON KURSU Kurs Sorumlusu: Ali BÜLBÜL Yer: Harbiye Askeri Müze YENİDOĞANDA MEKANİK VENTİLASYON ve KATETER UYGULAMALARI KURSU
09:30 - 10:30	Solunumun Temel Fizyolojisi ve Mekanik Ventilasyona Giriş Ömer GÜRAN
10:30 - 11:00	KAHVE MOLASI
11:00 - 12:30	Konvansiyonel Ventilasyon Yöntemleri Selda ARSLAN
12:30 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	Nazal CPAP ve Noninvaziv Ventilasyon Evrin KIRAY BAŞ
15:00 - 15:45	Ventilatördeki Hastanın İzlemi ve Monitörizasyonu Betül ACUNAŞ
20 Nisan 2013	
SAAT	YENİDOĞANDA MEKANİK VENTİLASYON KURSU Kurs Sorumlusu: Ali BÜLBÜL Yer: Harbiye Askeri Müze YENİDOĞANDA MEKANİK VENTİLASYON ve KATETER UYGULAMALARI KURSU
09:30 - 10:30	Ventilatörden Ayırma Zeynep İNCE
10:30 - 11:00	KAHVE ARASI
11:00 - 12:00	Hibrid Modlar ve Volüm Garantili Ventilasyon Fusun OKAN
12:00 - 13:00	Yüksek Frekanslı Ventilasyon Hülya BİLGİN
13:00 - 14:00	ÖĞLE YEMEĞİ
14:00 - 15:00	Santral Kateter Uygulamaları Umut ZÜBARİOĞLU
15:00 - 16:00	Periferik Santral Venöz Kateter (PICC) Uygulamaları Ali BÜLBÜL

Saygıdeğer Meslektaşlarımız,

Türkiye'nin ilk Çocuk Hastanesi olan 114 yıllık köklü çınarımız, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanemiz adına siz değerli meslektaşlarımız ile birlikte ilkinin gerçekleştireceğimiz "1.Sisli Etfal Çocuk Dostları ve Yenidoğan Kongremizi " duyurmaktan büyük bir gurur, mutluluk ve heyecan duyuyum.

Geleceğimizi şekillendirecek nesillerimizin varlığı için elele veren büyük bir aile olan pediatri camiamızın, toplum sağlığımız için gün geçtikçe önemleri artan aile hekimlerimizin ortak paydaşlığında konularında son derece deneyimli akademisyenlerce gerçekleştirilecek kongremizde ufkumuzu genişletmek ve bilgilerimizi samimi bir ortamda paylaşmak en önemli amacımızdır.

İlk defa yapacağımız ama gelenekselleşeceğine inandığımız kongremizin konuları pediatri bütünselliğinde ele alınarak özenle seçildi. Öncelikle planlı sağlık politikalarının temelinde Kamu Hastaneler Birliğinde Çocuk Kliniklerinin mevcut durumu ve planlamaları gözden geçirilirken bölgeselleşme modelinin yenidoğan sağlığı ve bakımının merkezileştirilmesine yansımaları tartışılacaktır.

Kongremizde ağırlıklı olarak güncel genel pediatri konuları yanı sıra giderek önemini arttıran Aile Hekimlerine yönelik çocuk sağlığı konuları işlenecektir. Kongremizin temel saçı ayağını oluşturan yenidoğan bölümünde ise özellikle ülkemizde yenidoğan sağlığı açısından en önemli konuların ele alınması hedeflenmiştir. Düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin izlem ve takibinin önemli ayağını oluşturan ve giderek ilgi uyandıran gelişimsel pediatri bölümü ile ortak verilerin sunulması amaçlanmıştır.

Kongremizde konunun uzmanı olan akademisyen hocalarımızın katılımıyla düzenleyeceğimiz kurslarda; "Yenidoğanda Mekanik Ventilasyon ve kateter uygulamaları Kursu" ile pediatri hekimleri için yenidoğanda solunum destek tedavilerinin ele alınması, aile hekimleri için ülkemizde ilk kez gerçekleştirilecek "Yenidogan Temel Yaklaşım Kursu (Glasgow Modeli)" ile yenidoğanların muayene standartlarının geliştirilmesi ve aile hekimlerinin yenidoğan konusunda farkındalıklarının ortaya konması amaçlanmıştır. Tüm hekimlerimizi ilgilendiren Neonatal Resusitasyon Programı (NRP) ayrı bir kurs olarak sunulacaktır.

Katılımcıların konunun uzmanı akademisyenlerin öncülüğünde tartışacağı poster çalışmalarının ve sözlü bildirilerinin meslektaşlarımızın bilimsel heyecanını arttıracaklarını düşünmekteyiz. Güzel bir bahar mevsiminde, güzel İstanbul'un, güzel insanların buluşacağı güzel kongremizin bilimsel tualinize renk katacağını ümit ediyoruz. Geleceğimiz çocuklarımız için "Hep Destek Tam Destek" felsefesini bizlerle paylaşacak tüm çocuk dostlarımızı kongremize bekliyoruz.

Saygı ve sevgilerimizle...

Dr. Asiye NUHOĞLU
Kongre Başkanı

KONUŞMA ÖZETLERİ

19 NİSAN 2013 / SALON A

09:00 - 10:30

**Türkiye’de Çocuk Sağlığı Hizmetlerinin Merkezi
Organizasyonu**

Oturum Başkanları: *Türkan DAĞOĞLU, Ahmet ÇAKIR*

**İstanbul’da Kamu Hastaneleri Birliğinde
Çocuk Kliniklerinin Organizasyonu**

Güven BEKTEMUR

**İstanbul’da Kamu Hastaneleri Birliğinde Yenidoğan
Kliniklerinin Organizasyonu**

Asiye NUHOĞLU

İSTANBUL’DA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE ÇOCUK KLİNİKLERİNİN ORGANİZASYONU

Uz. Dr. Güven BEKTEMUR

XXXXXXXXXXXX

Tüm dünya toplumlarında olduğu gibi ülkemizde de Sağlık Politikalarının yönetimi ve geleceğe yönelik planlamaları çağdaşlaşma sürecinin en önemli basamaklarını oluşturmaktadır. Özellikle Sağlık Bakanlığının son yıllardaki “**Sağlıkta Dönüşüm Programı**” çerçevesinde gerçekleştirdiği yaklaşımlar ve sağlık çalışanlarının üstün çabaları sayesinde hem hizmet alanında hem de bilimsel platformda önemli adımlar atılmıştır. Bu yönü ile Sağlık Hizmetleri, vazgeçilmez saç ayakları olan planlanma, yönetim ve icrasının uyumu ile ülkemizin dünya perspektifinde farkındalığını ortaya koyan kuşkusuz en değerli yönünü oluşturmaktadır.

Sağlık Bakanlığımız 663 sayılı KHK ile “Türkiye Kamu Hastaneler Kurumu”nun kurulmasını ve dolayısıyla yeni bir yapılanma sürecini başlatmıştır. Bu duruma istinaden İstanbul 5 ayrı bölgeye (Beyoğlu, Fatih, Bakırköy, Kuzey Anadolu ve Güney Anadolu) ayrılarak her bölgenin ayrı bir Genel Sekreterliği oluşturulmuştur. Çocuk Klinikleri hizmetlerinin bölgeselleştirilmiş rol-model kavramı çerçevesinde planlanması tüm yönleriyle birlikte değerlendirildiğinde zaruriyet teşkil etmektedir. Bu öncü projedeki temel amaçlar; Etkin çocuk sağlığı organizasyonunu gerçekleştirmek, sağlıklı çocuk ve sağlıklı toplum kavramını benimsetmek ve bu kavramları uluslararası istenilen düzeylere yükseltmeye yönelik çalışmalara katkı sağlamaktır. Böylelikle güncel çocuk sağlığı yaklaşımlarını standardize ederek yaşam kalitesini artırmak, tüm çocukların sağlık hizmetlerine kolay, kaliteli ve maliyet etkin olarak ulaşmasını sağlamak, sağlık hizmetinin kalitesinin artırılarak kaynakların daha etkin ve verimli kullanılmasını sağlamak, sağlık birimleri arasında koordinasyonu teşkil etmek, ikinci ve üçüncü basamak sağlık birimlerinin

etkin bir biçimde işletilmesini temin etmek, sağlık hizmet gruplarının planlanması, eğitimin standardizasyonu ve sağlık birimleri arasında mali yapının daha etkin biçimde kullanılmasını sağlamak mümkün olacaktır.

Peki bu yaklaşımın oluşturulması için gerekçelerimiz nedir?

- Yenidoğandan sonra, yaşamın en hassas ve en dinamik dönemi bebeklik ve çocukluk dönemidir.
- Yaşam boyu morbiditeye neden olan hastalıkların büyük kısmı çocukluk dönemindeki sorunlara bağlıdır
- Bu dönemde, mortaliteye neden olan hastalıkların (kazalar, ishal ve solunum yolu enfeksiyonu) büyük kısmı önlenebilir
- Sağlıklı bireylerin yetişmesinde ve mortalitenin azaltılmasında bebeklik ve çocukluk dönemi son derece önemlidir
- Çocuk klinikleri hizmet basamaklarına uyumun sağlanması önemli bir husustur
- Etkin transport sisteminin işlevselliğinin ve standardizasyonunun sağlanması gereklidir.

Tüm dünyada ve ülkemizde çocuk sağlığı ile ilgili mevcut durum nedir?

Dünyada her yıl 7 milyon çocuk 5 yaşına gelmeden ölmekte!!!

Ne zaman?

%43'ü yenidoğan döneminde, yenidoğan ölümlerinin ise %75'i ilk haftada, %50'si ilk gün

Niçin?

Prematürite ve düşük doğum ağırlığı (%29), Enfeksiyonlar (%25), Doğum asfiksisi ve travması (%23)

Nerede?

%99'u düşük ve orta gelirli ülkelerden bunun da yarısı sadece 5 ülkede meydana gelmekte;

Hindistan, Pakistan, Kongo Cumhuriyeti, Nijerya, Angola

Milenyum Hedefine ulaşma yolunda neredeyiz?

Tablo 1: Dünyada ve Türkiye’de Milenyum hedefleri

	Dünya			Türkiye			Milenyum Hedefi
	1990	2011	Azalma %	1990	2011	Azalma %	
5 yaş altı mortalite (1000’de)	87	51	%41↓	96	20	%79	%66
Yenidoğan mortalitesi (1000’de)	32	22	%32↓	29	9	%68	%50

Tablo 2: Türkiye’de Çocuk Sağlığı ile ilgili 1993 ve 2008 TNSA verileri

	1993-TNSA (1000’de)	2008-TNSA (1000’de)	Azalma Oranı
Neonatal ölüm hızı	29,2	13	%55
Bebek ölüm hızı	52,9	18	%67
Çocuk ölüm hızı	8,8	7	%20
5 yaş altı ölüm hızı	60,9	24	%60

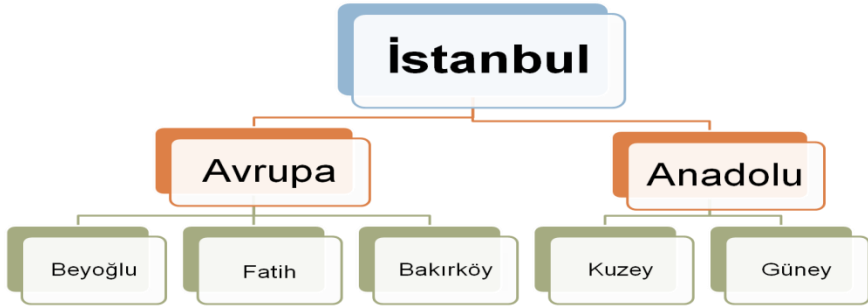
Tablo 3: İstanbul ve Türkiye’de Bebek ölüm oranları

İstanbul Ve Türkiye’de Bebek Ölüm Oranları			
YILLAR	İSTANBUL BEBEK ÖLÜM SAYISI	İSTANBUL (BİNDE)	TÜRKİYE (BİNDE)
2006	2.277	19,9	-
2007	2.393	10,7	-
2008	2.607	11,9	17,0*
2009	1.958	8,7	13,1**
2010	1.717	7,5	10,1**
2011	1.485	6,5	-
2012***	1.181	7,8	-
*TNSA verileridir. ** Sağlık Bakanlığı verileridir. *** 2012 Ağustos ayı dahil verilerdir.			

Dünya ve Türkiye’de güvenilir istatistiki veriler irdelendiğinde;

- Son 20 yılda 5 yaş altı çocuk ölümlerinin azaltılmasında Türkiye’de Dünya verilerine göre 3 kat daha fazla iyileşme olduğu görülmektedir. (WHO-2012: Dünya’da %28, Türkiye’de %74)
- Türkiye dünyada son 10 yılda en fazla düzelme gösteren ilk 5 ülke arasındadır.
- İstanbul verileri Türkiye ortalamasına göre daha iyidir. (TNSA-2008: Türkiye’de ortalama bebek ölümü 17/1000 iken, İstanbul’da 11,9/1000)
- Ancak Türkiye ve İstanbul’da kırsal kesim ve riskli bölgelerde öncelikli hizmetler planlanmalıdır.

İstanbul Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği yapılanması ve Çocuk Klinikleri adına yapılanması



Şekil 1: İstanbul Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreterliği bölge yapılanması

Tablo 4: İstanbul Avrupa Bölgesindeki 3. Düzey hastaneler

BAKIRKÖY	BEYOĞLU	FATİH
Bakırköy Dr. Sadi Konuk EAH	Şişli Etfal EAH	Haseki EAH
Kanuni Sultan Süleyman EAH	Okmeydanı EAH	Süleymaniye EAH
Bağcılar EAH	Taksim EAH	İstanbul EAH

Tablo 5: İstanbul Anadolu Bölgesindeki 3. Düzey hastaneler

KUZEY BÖLGESİ	GÜNEY BÖLGESİ
Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH	Fatih Sultan Mehmet EAH
Ümraniye EAH	Göztepe EAH
Marmara Üniv. Pendik EAH	Kartal Dr. Lütfi Kırdar EAH
Haydarpaşa Numune EAH	
Paşabahçe Devlet Hast.	

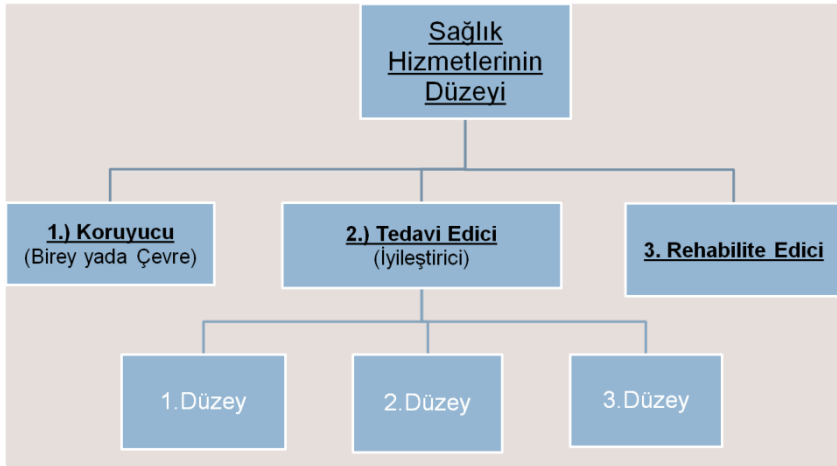
Tablo 6: İstanbul Avrupa Bölgesindeki 2. Düzey hastaneler

BAKIRKÖY	BEYOĞLU	FATİH
Dr. Necmi Ayanoğlu Silivri Devlet Hastanesi	Eyüp Devlet Hastanesi	Yedikule Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi EAH
Esenyurt Devlet Hastanesi	Sarıyer İstinye Devlet Hastanesi	Arnavutköy Devlet Hastanesi
Başakşehir Devlet Hastanesi	Kağıthane Devlet Hastanesi	Bayrampaşa Devlet Hastanesi
Çatalca İlyas Çokay Devlet Hastanesi	Beşiktaş Sait çiftçi Devlet Hastanesi	Lütfiye Nuri Bulat Devlet Hastanesi
Büyükcçekmece Devlet Hastanesi		
Halkalı Mehmet Akif Ersoy Kalp ve Damar Cerrahisi EAH		

Tablo 7: İstanbul Anadolu Bölgesindeki 2. Düzey hastaneler

KUZEY BÖLGESİ	GÜNEY BÖLGESİ
Dr.Siyami Ersek Göğüs Kalp ve Damar Cerrahisi EAH	İstanbul Süreyyapaşa Göğüs Hastalıkları ve Cerrahisi EAH
Beykoz Devlet Hastanesi	Kartal Koşuyolu Yüksek İhtisas EAH
Üsküdar Devlet Hastanesi	Pendik Devlet Hastanesi
Şile Devlet Hastanesi	Tacirler Eğitim Vakfı Sultanbeyli Devlet Hastanesi
	Yakacık Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi
	Meslek Hastalıkları Hastanesi
	Maltepe Devlet Hastanesi
	Tuzla Devlet Hastanesi

Çocuk sağlığı ve Hastalıkları Hizmet Basamakları:



Temel (İyileştirici/Tedavi edici) sağlık hizmetlerinde sınıflama



Kısa Vadede planlananlar

- Kaynakların etkin şekilde kullanımı
- Personel
- Ekipman
- Maliyet
- Uygulamalı eğitim programları
- Bakım hizmet basamaklarının koordinasyonu
- Pediatrik transport sisteminin standardizasyonu

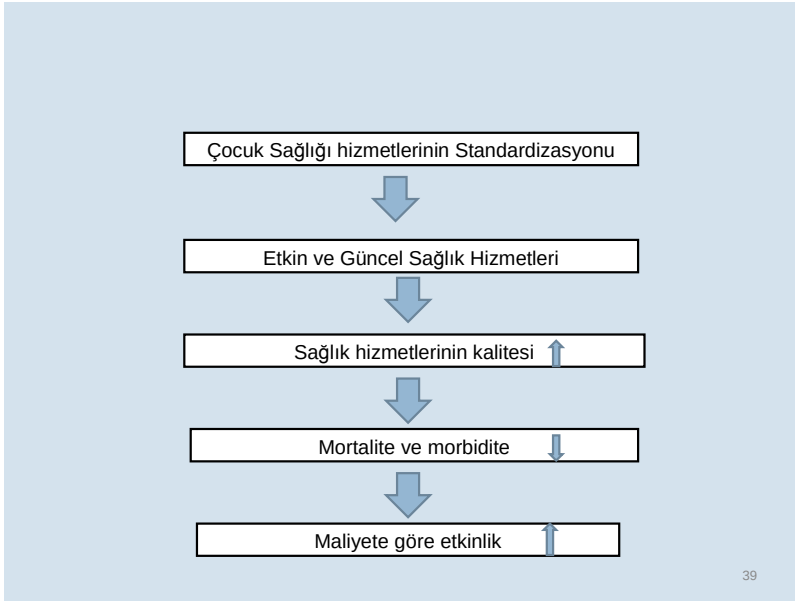
Orta-Uzun Vadede planlananlar

- Eksik yandal branşlarının (*Acil, Genetik, Metabolizma, Adolesan sağ. vb*) tamamlanması
- Bebek ve  ocuk cerrahisine yönelik branşlaşmaların sağlanması (*Nöroşirurji, kalp-damar cerrahisi,  roloji, KBB vb*)
- Tüm eğitim hastanelerinin belirli konularda öncülük etmesinin sağlanması

- İstanbul'da Çocuk Sağlığının tüm yandallarını ilgilendiren branşlarda *multidisipliner örnek çocuk kliniklerinin* oluşturulması

Sonuçlar

- Çocuk haklarının ana ilkelerinden olan sağlıklı ve kaliteli yaşama hakkı her çocuğa sunulmuş olacaktır.
- Sağlık hizmet basamaklarının standardizasyonu doğrultusunda her çocuk kendisi için en uygun birimde sağlık hizmeti alacaktır.
- Sağlık kurumları ve sağlık personeli en uygun şekilde istihdam edilecektir.
- Maliyete göre etkinlik yükseltilecektir.
- Ana hedefimiz olan çocuk ölümleri azalacak ve yaşam kalitesi artacaktır.



Sonsöz



Multisektöryel ve multidisipliner yaklaşım esastır...

41

KAYNAKLAR:

1. Levels & Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. WHO, Report 2012.
2. UNICEF: The State of the World's Children. New York, UNICEF, 2012.
3. <http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
4. Raju T, Signore C. Chapter 14 – Prematurity: Causes and Prevention. Avery's Diseases of the Newborn, 9th Edition.2012.
5. Ola Didrik Saugstad. Reducing Global neonatal Mortality is Possible. Neonatology 2011;99:250-57
6. Maternal perceptions of factors contributing to severe under-nutrition among children in a rural African setting. Abubakar A, Rural Remote Health. 2011 Jan-Mar;11(1):1423
7. Oral rehydration salts, zinc supplement and rota virus vaccine in the management of childhood acute diarrhea. Telmesani AM, J Family Community Med. 2010 May;17(2):79-82.
8. Wall SN, Lee AC, Carlo W, Goldenberg R, Niermeyer S, Darmstadt GL, Keenan W, Bhutta ZA, Perlman J, Lawn JE. Reducing intrapartum-related neonatal deaths in low- and middle-income countries-what works? Semin Perinatol. 2010 Dec;34(6):395-407.
9. Lorch SA, Myers S, Carr B. The regionalization of pediatric health care. Pediatrics. 2010 Dec;126(6):1182-90. doi: 10.1542/peds.2010-1119. Epub 2010 Nov 1.

İSTANBUL'DA KAMU HASTANELERİ BİRLİĞİNDE YENİDOĞAN KLİNİKLERİNİN ORGANİZASYONU

Prof. Dr. Asiye Nuhoglu

Ülkelerin çağdaşlaşma kriterlerini belirleyen güvenilir istatistik verilerinin başında yenidoğan sağlığı ile ilgili bilgiler gelmektedir. Bu noktadan hareketle ülkelerin neonatal mortalite ve morbidite sonuçlarını iyileştirmeye yönelik sağlık politikaları ve stratejiler üretmesi zaruriyet halini almıştır.

Ülkemizde de, Sağlık Bakanlığı'nın desteğiyle yürütülen anne sütünün yaygınlaştırılması ve bebek dostu hastane programları, demir eksikliğini önlemeye yönelik yaklaşımlar, aşılama, pnömoni ve ishalli hastalıkları önleme ve tedaviye yönelik kampanyalar sayesinde, 1 aylıktan büyük çocuklardaki ölüm oranları anlamlı şekilde azaltılabilmektedir. Buna karşılık, yeni doğan dönemi ölümlerin oranı, göreceli olarak yüksek kalmıştır. Bu nedenle, yeni doğan dönemi sorunlarına daha ciddiyetle eğilmek ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Gerçekte yeni doğan ölümlerini azaltabilmek için sadece yüksek teknolojiye dayalı, pahalı, spesifik uzmanların işgücü ile yönetilen bir hastane bakımı gerekmemektedir. Temel yeni doğan bakım hizmetlerinin tüm dünyada uygulanması halinde, yeni doğan ölüm hızlarının % 41-72 arasında azalabileceği hesaplanmıştır.

Ülkemizde mevcut durumu saptamaya yönelik çalışmalar çerçevesinde elde edilen verilerin en çarpıcı olanı, saptanan mortalite hızlarının bölgeler arasında büyük farklılıklar göstermesidir. Bölgeler, iller, hatta aynı ilin farklı semtlerinde büyük farklılıklar gösteren bu önemli sorunun tek bir bakış açısı ve merkezi yönetimle çözülmesinin uygun olmadığı düşüncesi Amerika Birleşik Devletlerinde 1970'li yılların sonundan itibaren perinatal bakımın rejyonalizasyonu (bölgeselleştirilmesi) programları ile ortaya konmuştur. Bu yaklaşımın ülkemizde yansımalarının temel ayağı Kamu Hastaneler Birliğinin kurulması olarak dikkat çekmektedir.

İstanbul kozmopolit yapısı ile gerek idari ve sosyal gerekse sağlık stratejilerinin gerçekleştirilmesi ve hayat geçirilmesi oldukça zor bir yerleşim alanıdır. Bu nedenle özellikle yenidoğan ile ilgili sunulacak sağlık hizmetinin rol-model kavramı oluşturulmak üzere örneklenme yöntemi ile gerçekleştirilmesine çalışmak esas amacımız olacaktır.

Son 20 yılda Türkiye ve İstanbul’da güncel yenidoğan ve çocuk sağlığı yaklaşımları doğrultusunda sağlık istatistiklerinde çok belirgin düzelmeler kaydedilmiştir.

Türkiye’de son 15 yılda (1993-2008) çocuk ölümleri (TNSA 2008)

	1993-TNSA (1000’de)	2008-TNSA (1000’de)	<i>Azalma Oranı</i>
Neonatal ölüm hızı	29,2	13	%55
Bebek ölüm hızı	52,9	18	%67
Çocuk ölüm hızı	8,8	7	%20
5 yaş altı ölüm hızı	60,9	24	%60

Ülkemizde bebek ölümleri halen oldukça yüksek olup
yaklaşık her **12 dakikada 1 bebek** kaybedilmektedir.

TNSA 2008

* T.C Sağlık Bakanlığı verilerine göre 2012 yılında neonatal ölüm hızı
binde 7.7 dir.

26

İstanbul Ve Türkiye’de Bebek Ölüm Oranları

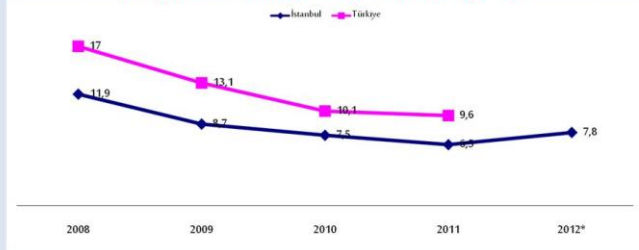
YILLAR	İSTANBUL BEBEK ÖLÜM SAYISI	İSTANBUL (BİNDE)	TÜRKİYE (BİNDE)
2006	2.277	19,9	-
2007	2.393	10,7	-
2008	2.607	11,9	17,0*
2009	1.958	8,7	13,1**
2010	1.717	7,5	10,1**
2011	1.485	6,5	-
2012***	1.181	7,8	-

* TNSA verileridir.
 ** Sağlık Bakanlığı verileridir.
 *** 2012 Ağustos ayı dahil verilerdir.

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bebek Ölümleri Değerlendirme Toplantısı, 27 Eylül 2012.

27

Türkiye ve İstanbul'da Bebek Ölüm Oranları (Binde)



2008: TNSA verileridir.
 2009-2012 Sağlık Bakanlığı verileridir.
 *2012 Ağustos ayı dahil verilerdir.

İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bebek Ölümleri Değerlendirme Toplantısı, 27 Eylül 2012

28

Tablolar incelendiğinde önemli ölçüde pozitif ilerlemeler olduğu dikkat çekicidir. Hatta resmi olmayan Sağlık Bakanlığı verilerine göre yenidoğan ölümlerinin binde 7,7 olduğu ifade edilmektedir. Hedef ise bu rakamı binde 5'in altına çekilmesidir.

Bebek ölümlerini azaltmak ve yaşam kalitesini yükseltebilmek için ülkemizde gerçekleştirilmesi planlanan program ve stratejiler aşağıda sıralanmıştır;

- A. Yenidoğan alt yapı standardizasyonu
- B. Yenidoğan hizmet basamaklarının organizasyonu
- C. Neonatal ve intrauterin transport sistemleri
- D. Bölgeselleşmiş perinatal hizmet programının oluşturulması ve uygulanması

A.Yenidoğan alt yapı standardizasyonu

Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri Standartları

Sınıflama	Standart Sayısı	özet
1. Servis Fiziki Yapısı	4	Genel Fiziki Koşullar
2. Odaların Yapılandırılması	9	Oda dizaynı ve büyüklükleri
3. Aydınlatma	3	Işıklandırma ve güneş ışığı
4. Zemin ve Yüzeyleri	4	Zemin ve yüzeylerin yapısı, fonksiyonu ve temizlenebilirliği
5. Isı-Ses ve Havalandırma	3	Ortam ısısı, gürültü ve havalandırmanın standartları
6. Güvenlik	2	Bebek güvenliği için alınması gereken önlemler
Diğer	2	Doğa, ameliyathane koşullarının düzenlenmesi

B.Yenidoğan hizmet basamaklarının organizasyonu

1. DÜZEY I (Temel Bakım)

	IA	IB
Hedef bebekler	•Term, AGA (2500 gr üstü) •Tekiz bebekler •Sağlıklı bebekler •Sezeryan yapılamaz	•34. GH 'dan büyük •2500 gr üstü •Sınırdan preterm •Sezeryan yapılır
Ekip	Pediatrist,(opsiyonel) Jinekolog, Aile hekimi uzmanı Konusunda deneyimli pratisyen hekim Hemşire (8-12 hastaya 1 hemşire)	Pediatrist, Jinekolog, Aile hekimi uzmanı Konusunda deneyimli pratisyen hekim Hemşire (eğitilmiş ve 6-8 bebeğe 1 hemşire)
Teknik Donanım	•Radyant ısıtıcı •Oksijen maskeleri •Resusitasyon ekipmanı •Tartı	.Oksijen tüpü .Süt pompası .Etüv .Kardiak monitör .Fototerapi .Acil çağrı sistemi .Fetal tanı .Monitorizasyon
Laborat.	•Tam kan sayımı •Glukoz •İdrar analizi	.Kan grubu tayini .Coombs testi .Kan gazları .Pıhtılaşma testleri .Kültür .Biyokimyasal analiz

2. Düzey II (Uzmanlaşmış Bakım)

	II-A	II-B
Hedef bebek	•>1500 gr preterm •> 32 GH preterm •ikiz bebekler •Yoğun bakım sonrası preterm	>1200 gr doğum ağırlığı > 30. gestasyon haftasından büyük bebekler Riskli bebek Düzey III ve Düzey I' den bebek transport edilebilir.
Ekip	•Yan dal uzmanı (telefonla konsültasyon) •Pediatrist -,Jinekolog •Yenidoğan Hemşiresi (eğitilmiş) (4 hastaya 1 hemşire)	•Neonatolog •Jinekolog, •Pediatrist(Neonatoloji sertifikalı) •Pediatrik yan dal uzmanı olabilir, •Yenidoğan Hemşiresi (Yenidoğan deneyimli) •(2-3 hastaya 1 hemşire)
Teknik Donanım	Küvöz, Pulse oksimetre Röntgen Ultrason	Ventilatör donanımı Monitör
Laborat.	Ekokardiografi, EEG	Riskli gebe ve bebekteki testlerin tamamı

3. Düzey III (İleri Uzmanlaşmış Bakım)

	III-A	III-B
Hedef bebek	>28. gestasyon haftası, > 1000 gr bebekler Orta yüksek riskli gebeler ve bebekler	< 28. gestasyon haftası < 1000 gr bebekler Yüksek riskli bebekler İleri yaşam destek uygulamaları
Ekip	•Neonatolog •Sürekli pediatrist, •Yenidoğan hemşiresi (2 hastaya 1 hemşire) •Sosyal hizmet uzmanı ve diyetisyen	Neonatolog. Neonatal özellikli cerrahi ekip
Teknik Donanım	Mekanik ventilasyon, Cerrahi girişimler	Yüksek frekanslı mekanik ventilasyon Nitrik oksit tedavisi yapılabilir. Laser koagülasyon (ROP için) İleri görüntüleme merkezi, Girişimsel radyoloji
Laborat.	.idrar elektrolitleri .spesifik amniotik sıvı testleri (L/S oranı)	Ek olarak <u>moleküler sitogenetik</u> , <u>biyokimyasal genetik</u> testler.

4. Düzey III (İleri Uzmanlaşmış Bakım)

	III-C
Hedef bebek	•Preterm (ileri derecede) <28 GH tüm bebekler •DA: <800 gram tüm bebekler •Üst düzey yoğun bakım gerektiren yüksek riskli yenidoğanlar •Viabilite sınırındaki tüm yenidoğanlar. •Kardiak cerrahi gerektiren yenidoğanlar
Ekip	•I., II. Düzey ve IIIA, IIIB Düzey ekibi ve •Tüm yan dallar(pediatrist ve erişkin) •Pediatrik cerrahi yan dal uzmanları •Nöroşirürji •İleri düzey cerrahi yan dallar.
Teknik Donanım	•I., II. Düzey ve IIIA, IIIB Düzey teknik donanımı ve •En üst düzey teknik donanım, •Major cerrahi girişim imkanı, •ECMO imkanı •Kompleks cerrahi girişim imkanı(pediatrik kardiak kateterizasyon9
Laborat.	•I., II. Düzey ve IIIA, IIIB Düzey laboratuvar olanakları ve - Perinatal organizasyon çerçevesinde en üst düzey tetkikler.

C. Neonatal ve intrauterin transport sistemleri

Yenidoğan transportu ilk kez 20. Yüzyılın başında başlamış ve bu amaçla birçok sistem geliştirilmiştir. Daha sonra gelişen teknolojiye paralel olarak özel donanımlı ambulanslar, helikopter ve uçaklar da yenidoğan transportunda kullanılmaya başlanmıştır. Yenidoğan transportu esnasındaki temel amaçlar şu şekilde sıralanabilir:

- Hastayı stabilize edip daha fazla kötüleşmesini önlemek
- Hastayı, daha iyi bakılacağı merkeze ulaştırmak
- Transport sırasındaki risklere rağmen, hastaya, gideceği ünitelerine benzer bir bakım sağlamak ve hastanın genel durumunun daha fazla kötüleşmesini önlemek.

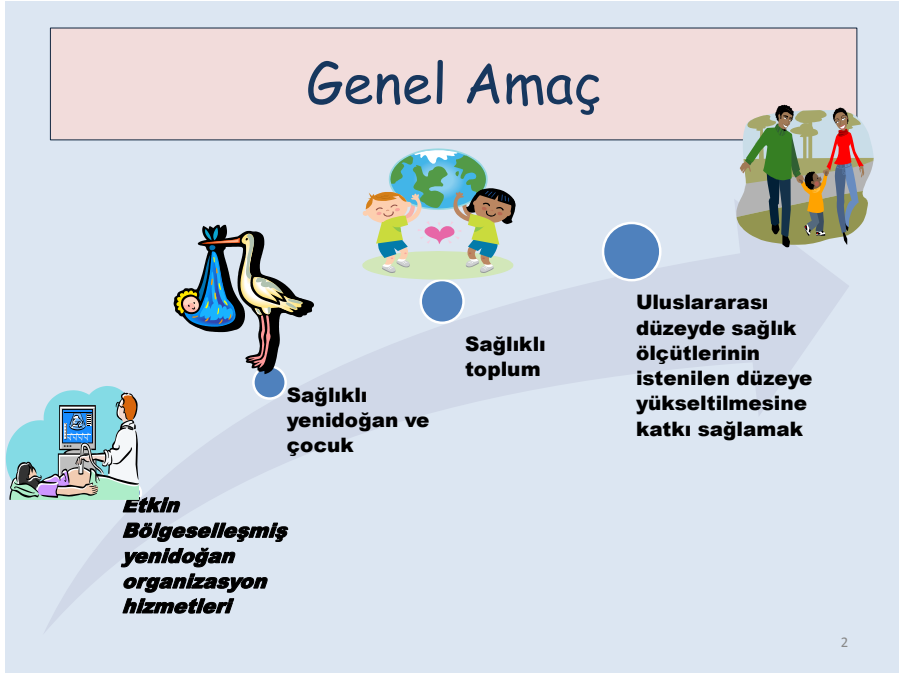
Bu amaçlara ulaşabilmek için, yenidoğanlarda problemler önceden tahmin edilmeli, yenidoğanlara zamanında optimal yaklaşım yapılmalı ve sağlık personeli düzeyi, teknolojik donanım, alt yapı vb. doğrultusunda yenidoğana yaklaşım standartları belirlenmelidir.

D.Bölgeselleşmiş perinatal hizmet programının oluşturulması ve uygulanması

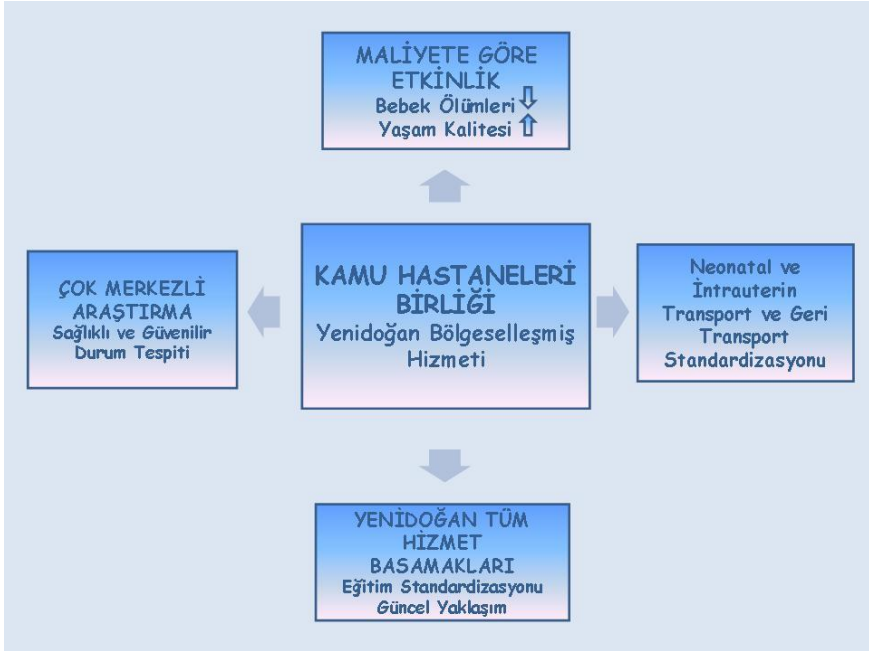
Geçtiğimiz yüzyılın son çeyreğinde Amerika’da başlatılan ve gelişmiş ülkelerde yaygınlaşan bölgeselleştirilmiş perinatal hizmet organizasyonları çevresinde ülkemizde de adımlar atılmasına karşın henüz resmiyet kazanan gerçekçi bir yaklaşım mevcut değildir. Ancak perinatal organizasyon standardize edildiğinde ve yukarıda ana başlıklarını özetlediğimiz sistemler hayata geçirildiğinde (Yenidoğan alt yapı standardizasyonu, yenidoğan hizmet basamaklarının organizasyonu ve neonatal ve intrauterin transport sistemleri) ana hedefimiz olan bebek ölümlerinin engellenmesi ve yaşam kalitesinin artırılmasına büyük ölçüde katkı sağlayacağı düşünülmektedir. Bu yaklaşımların standardize edilmesi ile 1. Basamak yenidoğan hizmetleri güçlendirilecek, 2. Basamak yatak sayısının artırılması sonucu ise maliyeti yüksek 3. Basamak hizmet önemli ölçüde azalacaktır. Böylelikle maliyete göre etkinliği yüksek bir program hayata

geçirilerek bölgemizde bebek sağlığı standartları istenilen düzeye yükseltilmiş olacaktır. Bu programın gerçekleşmesi ile il genelinde bölgesel program yaygınlaşacak ve hatta Türkiye için örnek bir model oluşturulabilecektir.

Sonuç olarak sağlıklı toplum için ilk öncelikli adımlar anne ve bebek sağlığında bölgeselleşmiş hizmet programıdır.



Yenidoğan döneminin insan yaşamının en hassas ve dinamik olduğu gerçeğinden hareket ederek bu konuda multidisipliner ve multisektöryel yaklaşım ve bölgeselleşmiş hizmet standardı son derece önemlidir.



Her şey bebek ve annelerin sağlığı için...

Kaynaklar

- 1.Levels & Trends in Child Mortality. Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. WHO, Report 2012.
- 2.UNICEF: The State of the World's Children. New York, UNICEF, 2012.
- 3.<http://www.hips.hacettepe.edu.tr/TNSA2008-AnaRapor.pdf>
- 4.Raju T, Signore C. Chapter 14 – Prematurity : Causes and Prevention. Avery's Diseases of the Newborn, 9th Edition.2012.
- 5.Ola Didrik Saugstad. Reducing Global neonatal Mortality is Possible. Neonatology 2011;99:250-57
- 6.Maternal perceptions of factors contributing to severe under-nutrition among children in a rural African setting. Abubakar A, Rural Remote Health. 2011 Jan-Mar;11(1):1423
- 7.Oral rehydration salts, zinc supplement and rota virus vaccine in the management of childhood acute diarrhea. Telmesani AM, J Family Community Med. 2010 May;17(2):79-82.
- 8.Wall SN, Lee AC, Carlo W, Goldenberg R, Niermeyer S, Darmstadt GL, Keenan W, Bhutta ZA, Perlman J, Lawn JE. Reducing intrapartum-related neonatal deaths in low- and middle-income countries-what works? Semin Perinatol. 2010 Dec;34(6):395-407.
- 9.Lorch SA, Myers S, Carr B. The regionalization of pediatric health care. Pediatrics. 2010 Dec;126(6):1182-90. doi: 10.1542/peds.2010-1119. Epub 2010 Nov 1.
- 10.Neogi SB, Malhotra S, Zodpey S, Mohan P. Does facility based newborn care improve neonatal outcomes? A review of evidence. Indian Pediatr. 2012;49:651-658.
- 11.Lorch SA, Baiocchi M, Ahlberg CE, Small DS. The differential impact of delivery hospital on the outcomes of premature infants. Pediatrics. 2012;130:270-278.
- 12.Saugstad OD. Reducing global neonatal mortality is possible. Neonatology. 2011;99:250-257.
- 13.Lasswell SM, Barfield WD, Rochat RW, Blackmon L. Perinatal regionalization for very low-birth-weight and very preterm infants: a meta-analysis. JAMA. 2010;304:992-1000.

19 NİSAN 2013 / SALON A

11:00 - 12:30

Türkiye ve İstanbul'da Çocuk Sağlığı Stratejileri

Oturum Başkanları: *Orhan KOÇ , Halil ALIŞ*

**Yüksek Riskli Hizmet Bölgelerinde Yer Alan Çocuk
Hastaneleri ile Kardeş Hastane Projeleri**

Uğur DİLMEN

İstanbul'da Çocuk Sağlığını Geliştirme Projeleri

Mustafa TAŞDEMİR

YÜKSEK RİSKLİ HİZMET BÖLGELERİNDE YER ALAN ÇOCUK HASTANELERİ İLE KARDEŞ HASTANE PROJELERİ

*Dr Uğur Dilmen**

**Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan
Kliniği Eğitim Görevlisi*

Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Stratejik Plan 2013-2017’de çocuk sağlığı ve hastalıkları konusundaki hedefler şu şekildedir.

HEDEF. Anne, çocuk ve ergen sağlığını korumak ve geliştirmek

Hedefe Yönelik Stratejiler

1. Anne sağlığını korumak ve geliştirmek

- Hamilelik ve doğumla ilgili sürveyans sistemini iyileştirmek
- Güvenli annelik hizmetleri kapsamında mevcut bakım yönetim rehberlerini iyileştirmek ve uygulamak
- 15-49 yaş kadın izlemlerine yönelik hizmet sunumunu iyileştirmek
- Hamile ve emziren kadınlara vitamin ve mineral takviye programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Misafir anne programını iyileştirmek ve sürdürmek
- Acil obstetrik bakım programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Tüm doğumların güvenli ortamda yapılmasını sağlamak amacıyla anne dostu doğum ve hastane programını yaygınlaştırmak
- Tıbbî endikasyonsuz sezaryen doğum oranını azaltmak için yapısal (altyapı, insan kaynağı, teknoloji vb.) düzenlemeler yapmak
- Bebeklerin ilk 6 ay sadece anne sütü alması, 6 ay-2 yaş arasında ise .Ek gıdalarla birlikte anne sütüne devam edilmesi farkındalığını artıracak eğitimler ve kampanyalar düzenlemek

2. Yenidoğan ve bebek sağılığını korumak ve geliştirmek

- Yenidoğan ve bebek izlem protokollerini güncellemek
- Akut beslenme bozukluğunu önlemek için anne sütü bankacılığı programını geliştirmek ve uygulamak
- Bebeklere vitamin ve mineral takviye programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Yenidoğan ve bebek tarama ve tedavi programlarını iyileştirmek ve sürdürmek
- Yenidoğan yoğun bakımı ve resusitasyon uygulamalarını iyileştirmek ve personel kapasitesini artırmak
- Konjenital anomaliler ve bunlara bağlı ölümlerin düşürülmesi için programlar geliştirmek ve uygulamak
- Prematüre doğumlar ve buna bağlı mortalitenin düşürülmesi için uygulanan programları iyileştirmek ve sürdürmek

3. Birinci basamak sağıık hizmetlerine erişimi artırmak

- Bağışıklama hizmetlerini bilimsel gelişmelere paralel güncelleyerek sürdürmek
- Yeni doğan tarama programlarını bilimsel gelişmelere paralel güncelleyerek sürdürmek
- Aile hekimi sayısını artırmak
- Mobil sağıık hizmetlerini geliştirerek sürdürmek
- Mobil eczane uygulamalarını kırsal kesimde yaygınlaştırmak
- Aile hekimliği hizmetlerinin önemi konusunda farkındalığı artırmak için eğitim ve destek programları düzenlemek

4. Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin kullanımını artırmak

- Koruyucu diş sağlığı programını iyileştirmek ve uygulamak
- Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık oluşturmak için toplumda rol model olan kişilerin destek vereceği etkinlikler düzenlemek
- Koruyucu diş sağlığı hizmetlerinin önemi konusunda farkındalık oluşturmak için özel gün ve haftalarda etkinlikler düzenlemek

5. Koruyucu ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek

- Çocukluk ve ergenlik dönemine yönelik ruh sağlığı hizmetlerini iyileştirmek için altyapı, eğitim ve teknoloji kapasitesini artırmak
- 0-6 yaş çocuğun psikososyal destekleme programlarını iyileştirmek
- Hamilelere psikososyal destek sağlama programlarını iyileştirmek

6. Aile hekimliği uygulamalarını iyileştirmek

- Sağlığın teşviki ve sağlıklı hayat programlarının aile hekimliği uygulamalarına entegrasyonunu sağlamak
- Aile sağlığı elemanı ebe/hemşirelerin anne ve çocuk sağlığı programlarının uygulanmasında rollerini güçlendirmek
- Aile hekimlerinin kırsal bölgede verdikleri gezici sağlık hizmetlerini güçlendirmek
- Aile hekimlerinin akılcı ilaç kullanımını sağlayacak programlar oluşturmak
- Aile hekimlerinin hastalarına ait diğer sağlık kuruluşlarındaki tıbbi işlem ve bilgilere ulaşmasını sağlayacak geri bildirim sistemi oluşturmak
- Kronik hastalık yönetimini aile hekimi merkezli yürütmek

7. Sağlık insan kaynağı dağılımını iyileştirmek

- Makro ve mikro düzeyde sağlık insan kaynağı planlaması için simülasyon modelleri oluşturmak
- Sağlık hizmet sunumu ile uyumlu dinamik personel dağılımı programlarını iyileştirmek
- Bölgeler arası hakkaniyeti gözeten sağlık personel istihdam modelini sürdürmek

8. Sağlık insan gücünün yetkinliğini artırmak

- Sağlık mesleklerinin görev yetki ve sorumluluklarını güncelleştirmek
- Yeni sağlık mesleklerinin görev yetki ve sorumluluklarını tanımlamak
- Sağlık çalışanlarının kişisel gelişim ve mesleki eğitimlerini sürdürebilecekleri programları iyileştirmek
- MEB ve YÖK'le işbirliği yaparak sağlık mesleklerinin eğitim müfredatını sağlık politikaları ile uyumlu hale getirmek, güncellemek ve sürdürmek
- Sağlık insan gücünün mesleki tecrübelerini yurtdışında geliştirecek programlar oluşturmak
- Sağlık insan gücünün yetkinliğini artırmak için ulusal ve uluslararası ölçekte tele-tıp uygulamaları oluşturmak
- Sağlık yöneticilerinin bilgi ve deneyimlerini artırmak için uluslararası organizasyonlarda çalışmasını sağlayacak programları artırmak
- Sağlık yöneticilerinin yönetim yetkinliğini artıracak statülerine özel dinamik eğitim programları yapmak

9. Sağlık insan gücünün motivasyonunu iyileştirmek

- Sağlık personelinin saygınlığını artıracak eğitim ve bilgilendirme programları düzenlemek
- Yönetişim esaslı sağlık kurumları yönetim sistemini iyileştirmek
- Performansa dayalı ek ödeme sistemini hakkaniyeti geliştirerek sürdürmek
- Sağlık çalışanlarının özlük haklarındaki iyileştirmeleri sürdürmek

10. Akılcı ilaç ve tıbbî cihaz kullanımını sağlamak

- Akılcı ilaç ve tıbbî cihaz kullanımı konusunda farkındalık oluşturacak etkinlikler yapmak
- Akılcı ilaç ve tıbbî cihaz kullanım kılavuzlarını iyileştirmek
- Akılcı ilaç ve tıbbî cihaz kullanımını izlemek ve değerlendirmek

11. Düşük ekonomik düzeye sahip bireylere sunulan sağlık hizmetlerini iyileştirmek

- Düşük ekonomik düzeye sahip bireylerin sağlık ve sosyal refah düzeyini yükseltmek için ilgili sektörlerle işbirliği yapmak
- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı ile işbirliği yaparak 0-6 yaş grubu çocuklar ve hamilelere yapılan şartlı sağlık yardımlarını iyileştirmek
- Sağlık kampüslerindeki hasta yakını otellerinin düşük ekonomik düzeye sahip bireyler için ücretsiz olmasını sağlamak

Üçüncü basamak hizmeti veren tüm çocuk hastaneleri ve klinikleri aynı sağlık bölgesinde bulunan tüm hastane ve çocuk kliniklerini kardeş hastane olarak görmeli bunların hizmetlerinin gelişmesi için uygun şekilde koordinasyon ve eğitim görevlerini üstlenmelidir.

19 NİSAN 2013 / SALON A

14:00 - 15:30

Aşılama ve Koruyucu Sağlık Hizmetleri

Oturum Başkanları: *Mustafa BAKIR , Haydar SUR*

Güncel Aşılamanın Geldiği Nokta

Mehmet Ali TORUNOĞLU

Gelecekte Planlanan Aşılar

Ahmet SOYSAL

ULUSAL AŞI PROGRAMINDA SON GELİŞMELER

Dr. Mehmet Ali TORUNOĞLU

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkan Yardımcısı

Türkiye’de etkin ve sürekli aşı uygulamaları 1930 yılında çiçek aşısı uygulanmasını zorunlu kılan yasa ile başlamıştır. İlerleyen yıllarda, aşıyla korunulabilir hastalıkları ve bu hastalıklardan ölümleri azaltmak amacıyla Dünya Sağlık Örgütü tarafından “1990 yılına kadar çocukların aşı ile korunulabilir altı hastalığa karşı bağışıklanması” hedefinin gerçekleştirilmesi için “Genişletilmiş ve Hızlandırılmış Aşılama Programı (Kampanya)” benimsenmiştir.

Ülkemizde yürütülmekte olan Genişletilmiş Bağışıklama Programı (GBP)’nin amacı; boğmaca, difteri, tetanoz, kızamık, kızamıkçık, kabakulak, tüberküloz, poliomyelit, Hepatit B, hepatit A, suçiçeği, hemofilus influenza tip b’ye bağlı hastalıkların ve invaziv pnömokokal hastalığın morbidite ve mortalitesini azaltarak, bu hastalıkların kontrol altına alınması, hatta tamamen ortadan kaldırılmasıdır.

2002 yılından bu yana aşı ile korunulabilen hastalıklar için Ülkemizde yürütülen hastalık kontrol programlarına yeni kontrol programları eklenmiştir. Bunlar; Kızamıkçık Eliminasyon ve Konjenital Rubella Sendromu kontrol programı, Kabakulak, Hemofilus influenza tip b ve Streptokokus pnömoniya’ya bağlı invaziv pnömokokal hastalıklar kontrol programlarıdır. Bu programların temel stratejileri aşı uygulamalarıdır. Bu kapsamda çocukluk dönemi aşı takvimine; 2006 yılında Kızamıkçık, Kabakulak ve Hib aşıları ile 2008 yılı Kasım ayından itibaren Pnömonokok aşısı eklenmiştir. Ocak 2008 tarihinde ise ülkemizde daha önce kullanılan üçlü kombine aşı (Difteri, Boğmaca, Tetanoz) yerine asellüler boğmaca içeren beşli karma aşı (Difteri, asellüler Boğmaca, Tetanoz, İnaktif Polio, Hemofilus

influenza tip b) takvime alınmıştır. Bu şekilde bir seferde 5 hastalığa karşı aşılama yapılması sağlanmıştır. İlköğretim ve adolesan çağda artan boğmaca vakalarının önlenmesi amacıyla ilköğretim birinci sınıfta bir doz daha boğmaca aşısının yapılmasına karar verilmiş ve 2010-2011 ilköğretim döneminde DaBT-İPA aşısı uygulanmasına başlanmıştır. Nisan 2011 tarihinden itibaren de 7 bileşenli aşı yerine 13 bileşenli zatürre aşısı uygulanmaya başlanarak daha geniş koruyuculuk sağlanmıştır. 2012 yılında Hepatit A aşısı, 2013 yılında da suçiçeği aşısı uygulanmaya başlanmıştır.

Aşılama hızımız, 2007 yılından itibaren %96-97 düzeyinde seyretmektedir. Aşılama hızlarında Cumhuriyet tarihimizin en yüksek hızlarına ulaşılmıştır.

Polio Eradikasyon Programı çalışmaları ile Türkiye, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi tarafından 21 Haziran 2002’de “**Poliodan Arındırılmış Bölge**” Sertifikası ile belgelendirmiştir.

Türkiye’de, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesinin Kızamık Eliminasyon hedefine paralel olarak 2015 yılı sonuna kadar kızamık ve kızamıkçığın eliminasyonu hedef olarak benimsenmiş olup 2002 yılından bu yana **Kızamık Eliminasyonu Programı**yürütülmektedir. Bakanlığımız tarafından **Kızamık Eliminasyon Programı** başlatılmışve 2003–2005 yılları arasında uygulanan “Kızamık Aşı Günleri” ile 15 yaş altı18,5 milyon çocuk aşılanmış ve % 96,3 aşılama oranına ulaşılmıştır. 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 yıllarında sırasıyla rutin kızamık aşı oranı %91, %98, %96, %97, %97, %97 ve %98 olmuş ve son 6 yılda aşılama tarihinde en yüksek oranlara ulaşılmıştır.

Son yıllarda yürütölen yoğun aşılama kampanyaları ve yüksek rutin aşılama oranları ile kızamık vaka sayılarında çok büyük düşüşler kaydedilmiştir. **Kızamık vaka sayıları 2001 yılında 30.509 iken, gittikçe azalmış ve 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011 ve 2012 yıllarında sırasıyla 3, 4, 4, 7, 111 ve 349 olarak gerçekleşmiştir.**

Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölgesi'nde 2005 yılından bu yana çeşitli ölkelerde salgınlar yaşanmaktadır. Ölkemiz, bulunduğu konum ve günümüzde artan insan hareketleri sebebiyle importasyon riski altındadır.

Maternal ve Neonatal Tetanoz (MNT) Eliminasyon Programı kapsamında yürütölen çalışmalar sonucunda Mayıs 2009 yılında MNT eliminasyonu hedefine ulaşıldığı belgelenmiştir.

Sonuç olarak son yıllarda ölkemizde aşılama yüzdeleri sadece sayısal olarak artmakla kalmamış, kullanılan aşılar itibariyle de daha önce 7 antijene karşı korunma sağlanırken bu sayı modern aşıların takvime girmesi ile 13 antijene yükselmiştir. Kaliteli ve güvenilir ürünlerin kullanımına özen gösterilmekte olup, ölkemizde yürürlükte bulunan aşı takvimi gelişmiş Avrupa ölkeleri ile eş düzeye getirilmiştir. Dünyada hepatit A aşısı 12. ve suçiçeğı aşısını ise 16. ölkö olarak rutin aşı takvimine ölkemizde eklenmiştir. Aşı programındaki bu başarıda politik kararlılık yanı sıra sosyal devlet ilkesine uygun olarak koruyucu sağlık hizmetlerine verilen öncelikte önemli rol oynamaktadır. Son on yılda aşılama bütçesi yaklaşık 22 kat artırılmıştır.

GELECEKTE PLANLANAN AŞILAR

Doç.Dr. Ahmet SOYSAL

Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Aşı bir mikroorganizmanın tümü veya bir kısmı veya bir ürünü (tokzoid, saflaştırılmış protein veya antijeni) ile doğal enfeksiyonu geçirmiş gibi bağışıklık elde edilmesini sağlayan ürünlerdir. Aşının bilinen tarihçesi eski çin tıbbında çiçek aşısı için uygulamalar (Variolasyon) ile karşımıza çıkmaktadır. Lady Mary Wortley Montagu' 1716-1718 yılları arasında İstanbul'da Osmanlıların çiçekten korunmak için variolasyon yöntemini kullandıklarını ve bunda başarılı olduklarını fark etmiş ve bu metodu İngiltere'ye taşımıştır. Edward Jenner ise 14 Mayıs 1796 tarihinde bu metoda dayanan ilk aşı uygulamasını James Phipps'e sütçü Sarah Nelmes'in elindeki sığır çiçeği lezyonundan aldığı örneği uygulaması ile hayata geçirmiştir. Bu aşı uygulaması ile dünyada aşı çalışmaları başlamış ve günümüze dek gelmiştir. Edward Jenner'in başlatmış olduğu çiçek savaşı dünya çapında aşılama ile 26 Kasım 1977 yılında Somalili Ali Maow Maalin ile son bulmuştur. Bağışıklama öncesi dönemlerde ve hatta günümüzde binlerce insan aşı ile önlenemeyen hastalıklardan ölmektedir. Örnek olarak 20. Yüzyıl başlarında çiçeğe bağlı 50 bin, difteriye bağlı 175 bin, boğmacaya bağlı 150 bin, tetanoza bağlı 16 bin, poliyomiyelite bağlı 16 bin, ve kızamığa bağlı 500 bin insan ölümü rapor edilmiştir. Bu enfeksiyonlara bağlı morbidite 2004 yılında neredeyse %100 azalmıştır. Bunun yanında hepatit A, hepatit B, rotavirüs, pnömokok gibi aşılardan rutin uygulamaya girmesiyle birlikte bu hastalıklara bağlı morbiditede bağışıklama öncesi döneme göre %55-94 oranında azalmalar tespit edilmiştir. Günümüzde rutin uygulamada 20'den fazla aşı mevcuttur. Bazı aşılarda ise rutin uygulamada olmayıp özel hasta gruplarına veya kişilere önerilmektedir. Louis Pasteur tarafından 1885 yılında kuduz aşısının keşfedilip uygulanması insanlığın tarihinde ikinci aşı olarak görülmektedir. Ülkemizde 1887'de Miriye Alexander Zuercher idaresinde, kuduz

aşısı üretilip uygulanmaya başlanmıştır. Dr. Reşat Rıza Kor, dünyada Tifus aşısını ilk bulan kişidir. 1915 yılında Erzurum’da ilk uygulayan kişi ise Dr. Tevfik Sağlam’dır. Ülkemizdeki aşılamaya tarihçesine baktığımızda 1930’lu yıllarda çiçek aşısının, 1937 yılında difteri boğmaca aşısının, 1952 yılında BCG aşısının, 1963 yılında oral polio aşısının, 1968 yılında Difteri-boğmaca-tetanoz aşısının, 1970 yılında kızamık, 1998 yılında hepatit B, 2006 yılında kızamık-kızamıkçık-kabakulak-Hemofilus influenza tip B, 2008 yılında Difteri-asellüler boğmaca-tetanoz-hemofilus influenza tip b-inaktif polio , konjuge pnömokok (7 valanlı) ve 2011 yılında 13 valanlı konjuge pnömokok aşısının ulusal bağışıklama takvimine eklendiğini görmekteyiz. Üşlemizdeki aşı uygulamalarına bakıldığında son yıllarda Avrupa bölgesinde hedef kitlede uygulama oranı %97’lerin üzerinde olması ile ilk sırada yer almaktadır. Ülkemizde son poliyo vakası 26 kasım 1998 yılında görülmüş ve 21 haziran 2011 yılında ülkemizde dahil olduğu Avrupa bölgesi Dünya Sağlık Örgütü tarafından poliiodan arındırılmış bölge olarak ilan edilmiştir. Yine ülkemiz geniş kapsamlı bağışıklama programı sayesinde 24 nisan 2009 tarihinde maternal ve neonatal tetanozun eliminde edildiği ülke olarak belgelenmiştir. Bunun yanında kızamık eliminasyon programı ile ülkemizde kızamığının eliminasyonu hedeflenmiştir.

Ülkemizde şu anda gelişmiş ülkelerde uygulanan rutin aşılardan neredeyse hepsine bağışıklama takvimi içerisinde yer almaktadır. Gelecekte ise halen dünyada ve ülkemizde sorun olan enfeksiyöz hastalıklara karşı aşı çalışmaları devam etmektedir. Bunlar içerisinde HIV, CMV, RSV, meningokok, sıtma ve diğer bakteri ve virüs aşılı gelmektedir. Ayrıca uygulanan bazı aşılardan daha etkililerinin geliştirilmesi çabaları da sürmektedir. Aşılar ve toplum üzerine etkileri direk olarak toplum sağlığını ilgilendirmektedir. Dünya tarihi aşı ile önlenemeyen enfeksiyonların salgınları ile doludur. Sadece grip yüzünden son yüzyılda binlerce insanın öldüğü düşünülür ise aşının koruyucu sağlık hizmetlerindeki önemi daha açık olarak görülebilecektir.

20 NİSAN 2013 / SALON A

09:00 - 10:30

Çocuk Cerrahisi

Oturum Başkanları: *Ali İhsan DOKUCU, Ayşegül CELAYİR*

Spina Bifidalı Çocuklarda Cerrahi ve Ürolojik Destek

İbrahim ULMAN

Spina Bifida; Cerrahi Özellikler

Tufan HİÇDÖNMEZ

Spina Bifidalı Çocukların İzlemi

Nazan DALGIÇ KARABULUT

SPİNA BİFİDALI ÇOCUKLARDA ÜROLOJİK VE CERRAHİ DESTEK: NÖROPATİK MESANE-SFİNKTER DİSFONKSİYONU

İbrahim ULMAN

**Ege Üniv. Tıp Fak. Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı,
Pediatrik Üroloji Bilim Dalı, İzmir**

Çocukluk döneminde nöropatik mesanenin en sık nedeni miyelodisplazilerdir. Çoğunluğu doğumda, hatta doğum öncesinde tanınabilirse de gizli spina bifidalarda veya diğer bazı sinir sistemi hastalıklarında tanı gecikebilir (Tablo 1). Değerlendirme öykü ile başlar. İşeme ve barsak kontrolü, idrar yolu enfeksiyonları, gebelik ve doğum sorgulanır. Fizik bakıda omurga, alt ekstremiteler, perine duyusu, ve sakral refleksler değerlendirilir. Laboratuvar incelemeleri idrar yolu enfeksiyonu ve renal fonksiyonların değerlendirilmesine yönelik olmalıdır. Görüntüleme yöntemleri üriner sistemin durumunu ortaya koymalıdır. Üriner sistem ultrasonu, MSUG, renal sintigrafi (DMSA), nöropatik mesane kuşkusu olan hastalarda başlangıçta ve daha sonra düzenli olarak izlem sırasında (6-12 ayda bir) rutin olarak istenmektedir. Omuriliğin değerlendirilmesi için ise son yıllarda MR görüntüleme en sık uygulanan yöntem haline gelmiştir, özellikle gergin omuriliğin tanısına ve ameliyat endikasyonu koyulmasında spinal MR “olmazsa olmaz” incelemidir. Ancak MR sonuçlarında gergin omurilik görüntülenmesi operasyon için yeterli değildir. Bunun klinik ve özellikle ürodinamik bulgularla desteklenmesi gerekir. Nöropatik mesane kuşkusu olan hastalarda en değerli ve diğer yöntemlerin veremediği basınç, kompliyans gibi bilgileri veren inceleme ürodinamik incelemidir. Ürodinami ile mesane basınçları dolma ve boşalma sırasında kaydedilerek, kapasite, kompliyans, sızdırma basınçları, işeme akım hızları, postvoid rezidü idrar miktarı gibi parametreler ayrıntılı olarak değerlendirilir.

Nöropatik mesane sfinkter disfonksiyonu nedenleri
Santral sinir sisteminin doğumsal malformasyonları <i>Miyelomeningosel, spina bifida occulta, kaudal regresyon sendromu (syringosel, diastematomiyeli, sakral malformasyonlar, anal atrezi), gergin omurilik sendromu.</i>
Santral sinir sisteminin edinisel malformasyonları <i>Serebral spastisite (perinatal asfiksi), ilerleyici dejeneratif SSS hastalıkları, multipl skleroz, Guillain-Barré sendromu, radikülit, spinal travma, spinal enfeksiyonlar, spinal vasküler malformasyonlar, pelvik pleksus travması.</i>
Düz kas doğumsal bozuklukları <i>Nöronal displazi (megakolon-megasistis sendromu)</i>
Çizgili kas doğumsal bozuklukları <i>Duchenne muskuler distrofisi, spinal kas atrofisi, amiyotrofik lateral skleroz</i>

Tablo 1. Nöropatik mesane nedenleri

Nöropatik mesane sfinkter disfonksiyonunda özellikle doğum sonrası ilk yıllarda hekimin temel odak noktası böbrek işlevinin korunması olmalıdır. Normalde dolma fazında mesane kası (Detrusor) gevşektir ve mesane içerisine idrar doldukça basınç artmadan genişleyerek hacmini artırır (yüksek kompliyans özelliği). Sağlıklı bir insanda idrarın depolanma sırasında dışarıya kaçmaması için sfinkter (tüm pelvis tabanı kasları ile birlikte) kasılı halde durur. İşeme fazında ise detrusor kasılırken sfinkter (ve pelvis tabanı kasları) gevşer. Bu koordinasyon mesanenin düzenli olarak dolması ve boşalmasını sağlayan en önemli işlevdir. Nöropatik mesanelerde detrusor ile sfinkter arasındaki bu ilişki genellikle kalıcı olarak bozulmuştur. Bu nedenle hastalarda hem inkontinans mevcuttur, hem de üst üriner sistem çoğu zaman risk altındadır. Bu riski belirleyen genellikle sfinkterin durumudur. Detrusor ve çizgili sfinkter için sürekli kasılı olma veya sürekli gevşek olma hali birbirinden bağımsız olarak nöropatik mesaneli hastalarda farklı kombinasyonlarda görülürler. Bu kombinasyonun doğum sonrası en kısa zamanda ortaya koyulması hastaların böbrek fonksiyonlarını ve prognozlarını belirleyen en önemli işlem olup tanının

gecikmesi, tedavinin de gecikmesine ve böbrek fonksiyonlarının hızla kaybına neden olmaktadır. Geçmişte spina bifidalı hastaların daha çocukluk dönemini tamamlayamadan böbrek yetmezliğinden kaybedilmelerinin nedeni budur. Bunu önlemek için doğum sonrası gecikmeden ürodinamik inceleme ile mesane-sfinkter disfonksiyonunun ortaya koyulması ve gerekli önlemlerin alınması şarttır.

Ürodinamik çalışma sonrası nöropatik mesaneli hastalar Tablo 2’deki gibi sınıflandırılırlar. Tedavi her grupta farklı şekillerde uygulanır. Tüm nöropatik mesaneli hastalarda tedavinin amacı; üst üriner sistemin korunması, idrar yolu enfeksiyonlarının önlenmesi ve hastanın altbezi bağlamadan rahat edebileceği, sorunsuz bir sosyal yaşama kavuşturulmasıdır.

Tablo 2: Ürodinamik olarak en sık rastlanan temel nöropatik mesane tipleri

DETRUSOR	SFİNKTER
Hiperrefleks	Hiperrefleks
Arefleks	Arefleks
Hiperrefleks	Arefleks
Arefleks	Hiperrefleks

Hem detrusorun hem de sfinkterin hiperrefleks olduğu en sık karşılaşılan nöropatik mesane tipinde (Ege Üniversitesi serisinde %73) mesane kapasitesi, detrusorun sürekli kasılı olması nedeniyle çok düşüktür. Mesane dolduğunda sfinkter de gevşeyemediğinden (Detrusor-sfinkter dissinerjisi) hastalar mesanelerini boşaltamazlar. “Taşma inkontinansı” şeklinde sürekli olarak damla damla idrar kaçırmalar, sızdırırlar veya arada aşırı basınç yükselmeleri ile bir miktar idrar fişkırtırlar. Bu hastalarda detrusor giderek kalınlaşır (ultrasonda mesane duvarı kalınlaşması), trabekülasyon ve divertikül oluşumu görülür (klasik “çam kozalağı” mesane görünümü). Yüksek mesane içi basıncına bağlı sekonder vezikoureteral reflüler sık olarak görülmektedir (Ege Üniversitesi serisinde %29) .

Tedavide mesane kontraksiyonlarını azaltarak mesane hacmini genişletmek ve detrusor basıncını düşürmek için antikolinerjik ajanlar kullanılır. En sık kullanılan antikolinerjik ajan “oksibütinin”dir. Sık olarak görülen yan etkileri çok rahatsız edici olursa, çocuklarda kullanımı henüz onay almamış olsa da trospium, tolterodin gibi seçenekler de mevcuttur. Antikolinerjik ajanlar hastaların büyük çoğunluğunda iyi sonuç verir. Antikolinerjiklerin yetersiz kaldığı hastalarda son yıllarda detrusor kası içine endoskopik Botulinum-A toksini enjeksiyonları denenmektedir. 6-12 ay aralarla tekrar enjeksiyonlar gerekmesi, maliyetinin yüksek olması olumsuz yönleridir. Ayrıca kendi deneyimimizde fibrozis gelişmiş çok düşük kompliyanslı mesanelerde etkili olmadığı görülmüştür. Küçük bir grup hastada (%5-6) mesane kapasitesi medikal olarak arttırılamaz. Bu durumda hastaya ya sürekli idrarın dışa drenajını sağlayacak bir stoma açılması (vezikostomi) ya da mesaneden farklı bir materyal kullanılarak bir rezervuar yapılması gündeme gelir (mesane ogmentasyonu). 5-6 yaşa kadar bez bağlama büyük sorun olmadığından vezikostomi bu zor hasta grubunda öncelikle tercih edilir. Okul dönemine gelince bezden kurtulmak isteyen çocuk ve aileler için genellikle barsak segmentlerinin kullanıldığı mesane büyütme ameliyatları ile (enterosistoplasti), hastanın mesane hacmi normal hatta daha üzerindeki kapasitelere çıkarılabilir. En çok tercih edilen segment distal ileumdur. Ağır komplikasyonları nedeniyle gastrik segmentlerin kullanımı fazla yaygınlaşmadan terk edilmiştir. Kolon da kullanılabilir, ancak kolondaki müküs salgısının fazlalığı taş oluşumu riskini arttırmaktadır. Genel olarak artmış enfeksiyon, taş ve kanser riski barsak segmentleri ile mesane ogmentasyonu uygulamalarının sınırlı tutulmasını ve en son seçenek olarak kullanılmasını gerekli kılmaktadır. Mesane kapasitesinin normalin %50si veya daha üzerinde olduğu olgularda otoogmentasyon (detrusorotomi) enterosistoplastiden daha iyi bir seçenek olmaktadır. Ogmentasyon kararı verilirken hastanın tamamen normale dönmeyeceği, farklı komplikasyonlar yaşayabileceği ve yaşam boyu kontrollere gelmeye devam edeceği bilinmeli ve hastaya açıkça anlatılmalıdır. Ogmentasyon için ilk yaşlarda acele edilmemeli, mesane-sfinkter disfonksiyonunun

büyüme ile değişebileceği unutulmamalıdır. Mesane kapasitesi yeterli olan veya uygun bir yöntemle artırılan hastaların mesanelerini boşaltabilmeleri için hastalara veya hasta yapabilecek yaşa gelinceye kadar anne-babalara Temiz Aralıklı Kateterizasyon (TAK) yöntemi öğretilir. Bu yolla idrar yolu enfeksiyonu riski de en aza indirilir. TAK yönteminde hasta veya ailesi steril bir Nelaton kateteri, yine temiz (steril olması gerekmeyen) bir yöntemle hastanın mesanesine ilerleterek idrarını boşaltır. Bu işlem üç-dört saatte bir sürekli ve düzenli olarak yinelenir. Çocuklarda dört saatten fazla aralarla TAK yapılması doğru değildir. Bu da günde en az 6 kez yapılmasını gerektirir. Geceleri idrar çıkışı azaldığı için uygun hastalarda bu süre 6 saate çıkarılabilir veya kateter gece boyunca takılı bırakılabilir, özellikle ilk dönem böbrek yetmezliğindeki hastalarda poliüri nedeniyle TAK aralıklarının daha kısa olması gerekeceği unutulmamalıdır.

TAK yapmasına ve mesane büyütülmesine rağmen hasta idrar kaçırmaya devam ediyorsa hastanın mesane çıkış direnci (sızdırma basıncı) yetersiz olabilir. Bu durumda çıkış direncinin artırılması gerekir. Bunun için farklı cerrahi yöntemler mevcuttur. TAK uygulaması genellikle üretra yoluyla yapılmaktadır. Ancak bunun mümkün olmadığı durumlarda (hastanın aşırı kilo alması, el kullanma yeteneğinin azalması, mesane boynu ameliyatlarından sonra üretranın kateterize edilemez hale gelmesi, mesane boynunun kapatılması, hastanın kendi tercihi) genellikle apendiks kullanılarak karın derisi (kasık veya göbek) ile mesane arasına yapılan kontinan bir stoma (Mitrofanoff kanalı) aynı amaçla kullanılabilir. Crede manevrası ile mesane boşaltılması veya kalıcı sonda uygulaması gibi komplikasyonlara yol açan çağdışı yöntemlerin nöropatik mesanenin güncel tedavisinde yeri yoktur. Bunlarla yeterli iyileşme sağlanamayacağı gibi yol açtıkları komplikasyonlarla durumu daha da kötüleştirirler.

Spina bifidalı çocukların sorunlarından birisi de dışkı kontrolünün kaybıdır. Batsak motilitesi kaybı nedeniyle sürekli kabızlık yaşayan hastalarda bu sorun biraz göz

ardı edilmektedir. Oysa kabızlık mesane kapasitesini azaltması ve idrar yolu enfeksiyonu riskini arttırması nedeniyle tedavi gerektiren bir durumdur. Oysa kabızlığı tedavi ettiğinizde hastanın dışkı kaçırmaması artar ve idrar kaçırmaya göre daha fazla rahatsızlık yaşarlar. Bu durumda ilk seçenek yüksek rektal lavmanlarla barsağın sabahları boşaltılarak gün boyunca kurluğun sağlanmasıdır. Bunun yeterli olmadığı durumlarda Malone ameliyatı (kontinen appendikokutanostomi) ile çekuma bir kanal açılarak antegrad lavman (ACE= Antegrade colonic enema) işlemi önerilebilir. Son yıllarda daha sık uyguladığımız bu yöntemde günde bir kez tüm kolon bu stomadan verilen su ile yıkanarak dışkı boşaltılmakta ve hastalarda ortalama 2 gün süreyle dışkı kaçırmamanın önüne geçilebilmektedir. Bu şekilde bezden kurtulan hastaların özgüvenleri artmakta, topluma daha iyi entegre olarak eğitim ve iş konularında arzuladıkları yerlere gelebilmektedirler.

Nöropatik mesaneli çocukların ülkemizde halen yeterli tedavi ve bakım hizmeti alabildiğini söylemek mümkün değildir. Ortopedik, nöroşirurjikal sorunları da düşünüldüğünde çok fazla problemi olan bu hastaların, çocuklara hizmet veren merkezlerde, mümkünse çocuk hastanelerinde ilgili tüm uzmanlık dallarının (çocuk sağlığı, çocuk ürolojisi, bulunmuyorsa çocuk cerrahisi veya üroloji, ortopedi, fizik tedavi ve rehabilitasyon, nöroşirurji) aynı yerde ve günde hizmet verdikleri özel polikliniklerde takip edilmesi bu çocukların yaşamlarının önemli bir bölümünü hastanede geçirmelerini, sürekli hastaneye gidip gelmelerini önleyebilmekte, uygun bakım ve tedavi hizmeti verildiğinde erişkinlik dönemine stabil bir halde girerek, sağlıklı bireyler gibi eğitim alabilmekte ve üretken kişiler olarak topluma katılabilmektedir. Bunlara paralel olarak, nöral tüp defektlerinin primer önlenmesi için de toplumun bilinçlendirilmesi (planlı gebelik, folik asit kullanımının yaygınlaştırılması, besin zenginleştirilmesi, gebelikte tarama, v.b.) ve ilgili kurumlarca da gereken adımların atılması büyük önem taşımaktadır. Doğurganlık sayısı yüksek olan Türkiye’de sağlıklı nesillerin yetişebilmesi için spina bifidanın da batıdaki görülme oranlarına indirilmesi hedeflenmelidir.

SPİNA BİFİDA: CERRAHİ ÖZELLİKLER

Dr. Tufan Hiçdönmez

Dr. Lütü Kırdar Kartal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Beyin ve Sinir Cerrahisi Kliniği

Spina Bifida, spinal disrafizm, nöral tüp kapanma bozuklukları ve bağlı bozukluklar pediatrik nöroşirürji bağlamında çok geniş bir yere ve öneme sahiptir. Bu bozukluklar embriyoner dönemin hemen başında gelişirler. Spina bifida, açık ve kapalı olarak iki şekilde görülür.

Açık spina bifida denince *myelomeningosel* anlaşılr. Yenidoğanlarda acil cerrahi girişim ile kapanamamış ve dolayısı ile dış ortama ve travmaya açık kalmış omuriliğin uygun şekilde kapatılması mevcut nöral işlevlerin korunmasını ve enfeksiyon riskinin önlenmesini sağlar. Daha sonraki aşamada, gelişme riski olan hidrosefalinin takibi ve şant ile cerrahi tedavisi mental gelişimin sağlanması bakımından önemlidir. Hidrosefali Vakaların 2/3 ünde doğumda belirgin, kalanların büyük çoğunluğunda da cerrahiden sonra oluşmaktadır. Şant %80-90 hastada gerekli olur. Bu bebeklerin neredeyse tamamında Chiari tip 2 malformasyonu bulunur. Ne var ki, vakaların az bir bölümünde (%15) semptomatik hale geçer ve ani ölümün en sık nedenlerinden birisi olur. Semptomlar infant döneminde daha sık aspirasyon, apne, siyanotik nöbetler, yutma güçlüğü, alt kraniyal sinir tutulumu şeklinde görülür. Hastaya daha önce şant takılmamış ise ilk tedavi seçeneği olarak VP şant denenebilir. Bu bebeklerin acil olarak ameliyata alınıp beyinsapı basılarının ortadan kaldırılmaları için posterior fossa dekompresyonu yapılması hayat kurtarıcıdır.

Spina Bifidanın kapalı şekli,yine embriyoner erken dönem bazı önemli kapanma ve gelişim bozukluklarını içerir. Bu bozukluklarda nöral yapılar dış ortama açık

değillerdir, bu nedenle acil cerrahi özellikler bulunmaz. Ancak, omuriliğin distal bölümünü lezyon bölgesinde sabitledikleri için, çocukların büyüme dönemlerinde omurilik gerginliğine (tethered cord) neden olurlar.

Bu bozukluklardan en sık *ayrık omurilik malformasyonları* (diastematomyeli), *spinal lipomlar* (lipomyelomeningosel), *dermal sinüs* bozuklukları ve hepsine eşlik edebilen birlikte veya tek başına *kalın / gergin filum terminale* bozukluğu görülür.

Bu bozuklukların çoğuna dışta lomber bölge orta hatta eşlik eden derialtı yağ kitlesi (lipom), renk değişimleri, girintiler, kıllanma artışı (hipertrikoz), sinüz ağzı gibi oluşumlar eşlik eder ve tanıda yol göstericidir.

Elektif cerrahi gerektiren bu gurup hastalarda çocukların büyüme dönemleri ve potansiyelleride değerlendirilerek, uygun cerrahi girişim ile motor ve sfinkter işlevlerini korumak amaçlanır. Cerrahi işlem kısaca omurilik serbestleştirilmesi girişimidir (spinal cord untethering). Bu girişimde omuriliğin lumbo – sakral alanda tesbiti ve gerilmesine neden olan gerginlik nedenlerinin, ki bir çok hastada birden fazla gerginlik nedeni bulunabilir, giderilmesi sağlanır.

Meningomyelosel Onarım Yeri Yapışıklığı da bir gergin omurilik nedenidir. İlk cerrahi girişimde omuriliğin priner onarımı sırasında oluşan doku değişiklikleri (adheziv araknoidit) nedeni ile omurilik, onarım alanı durasına yapışır. Myelomeningoselli çocukların tamamında düşük konus (low conus) görünümü bulunur ancak çocukların ancak 1/3'ünde gergin omuriliğin semptomları gelişir. Bu çocuklarda skolyoz da sorun olabilmektedir. Skolyoz cerrahisi kararlarını vermek çok zor olabilmektedir. Bilinmesi gereken radyolojik olarak gerginlik gösterilse de, gergin omurilik bulguları yoksa omurilik serbestleştirme ameliyatları gereksiz olabilir.

SPİNA BİFİDALI ÇOCUKLARIN İZLEMİ

Dr. Nazan DALGIÇ KARABULUT

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Nöral tüp defektinin (NTD) görülme sıklığı ırk, coğrafi bölge, ülkenin gelişmişlik düzeyi, bebeğin cinsiyeti, ailenin sosyoekonomik ve eğitim durumu, anne yaşı ve doğurganlık sayısı ile bağlantılı olarak ülkeden ülkeye değişmektedir. Dünyada NTD sıklığı 1000 canlı doğumda 0.4-5 arasında değişmektedir. Gelişmiş ülkelerde koruyucu hekimlik ve erken tanı ile tıbbi düşük yapılarak, sıklık %0.1-%0.2'ye kadar geriletebilinmiştir. Türkiye' de sağlık kayıt sisteminin iyi olmaması nedeniyle NTD sıklığı konusundaki bilgilerimiz çeşitli çalışmalara dayanmaktadır. Ülkemizde çeşitli illerde yapılmış çalışmalarda NTD sıklığının 1000 canlı doğumda 3-5.8 arasında olduğu gösterilmiştir. Türkiye'de NTD sıklığının gelişmiş ülkelere göre daha fazla olmasına gebe izleminin yeterli olmaması, akraba evliliğinin fazla olması ve dini nedenlerle prenatal tanı konulsa bile gebeliğin sonlandırılmaması katkıda bulunmaktadır.

Spina bifida yaşamla bağdaşabilen en karmaşık doğumsal anomali olarak adlandırılmıştır. Yirminci yüzyılın ikinci yarısında hızla gelişen sağlık hizmetleri sayesinde ülkemizde spina bifida ile doğan bebekler yaşatılabilmekte ancak çok sayıda ve çeşitli sağlık sorunları ile ömür boyu mücadele etmek zorunda kalmaktadırlar. Batı toplumlarında özürliülerin toplum hayatına katılması için alınan önlemler yanı sıra modern cerrahi tedavi ve rehabilitasyon yöntemlerinin yaygın bir şekilde uygulanması sayesinde spina bifidalı bireylerin bağımsız üretken ve mutlu yaşamlar sürmeleri sağlanabilmiştir. Ülkemizde ise spina bifida henüz yeni tanınmakta olan bir sağlık sorunudur.

Spina bifidalı olduğu ultrason ile prenatal belirlenen bebeğin sezaryenle doğurtulması ve kessenin mümkün olan en kısa sürede kapatılması, bebeğin zihinsel ve bedensel işlevlerinin en üst düzeyde korunması için oldukça önemlidir. Bebeğin ilk tıbbi ekibi çocuk doktoru, anesteziist ve beyin cerrahı olup, ekibe ilk ilave olan ortopedi ve fizik tedavi elemanlarıdır. Daha sonra, çocuk cerrahı-çocuk üroloğu katılır. Bebeklerin mutlaka çok merkezli izlenmeleri gerekir. Birçok merkezde bu yaklaşımın liderliğini çocuk doktorları üstlenmektedir. Ortopedist ilk önce ekstremiteler ve vertebral kolonun işlevsel duruşunun korunmasını sağlamalıdır. Gövde düz, bacaklar yan yana, dizler ekstansiyonda, ayak ve ayak bileği nötral durmalıdır. Kas kontrolü olmadığı için, bacakların yer çekimi etkisiyle iki tarafa devrilmesine ve ayakların düşük durmasına izin verilirse, ekstremiteler hemen bu pozisyonda sertleşir. Düzeltilmesi zor olan bu duruş, oturma ve ayakta durmaya izin vermez.

Fizik tedavi ekibi bebek için hemen egzersizler vermelidir. Doğumdan itibaren düzenli izlenen bebeklerde, kontraktürler ve şekil bozuklukları gelişmez. Bebek oturmaya başladıktan sonra, ayakta durma çabası başladığında, ayakta durma sehpasında durdurulmaya başlanır. Çocuğun sinir sistemi tutulum seviyesi yüksek olsa bile, denge gelişimi, sosyal ilişkilerin kuvvetlendirilmesi, kemiklerin kuvvetlenmesi, mesane ve bağırsak eğitimi için günde 4-6 saat ayakta durması gereklidir. Sinir sistemi tutulum seviyesi her zaman sabit kalmaz. Hidrosefali, medulla spinalis yapışıklıkları ve hidrosiringomiyeli yeni bulgulara sebep olur. İhmal edilmiş spina bifidalı çocuklarda oluşmuş şekil bozukluklarının düzeltilmesi çok kere büyük ameliyatlara gerektirir. En az tutulumlu çocukların bile ortopedik izleme ihtiyaçları vardır. Duyusuz tabanlar ve şekli bozulmaya meyilli ayaklar için ortezler kullanmaları gerekir. Bu çocukların hayatlarını tehlikeye sokan kronik böbrek hastalıkları ve sepsis olmadığı takdirde, normal bir ömürleri vardır. L4 seviye ve altındakiler, ortez ve koltuk değneği ile ömür boyu yürüyebilirken, daha

üst seviyedekiler başlangıçta ortezler ve yürüteçlerle yürüseler bile, zamanla çok yorucu olan bu işlevden vazgeçerek, tekerlekli iskemleyi seçerler.

Nöral tüp defektleri, beraberinde nörolojik veya diğer sistemlerle ilgili hastalık veya bozuklukların da eşlik ettiği, pediatri, beyin cerrahisi, fizik tedavi gibi farklı tıp dallarının işbirliğini ve uzun dönem izlemine gerektiren, oldukça fazla sağlık harcamasına neden olan bozukluklardır. Ülkemizdeki yüksek NTD sıklığını azaltabilmek için başta doktorlar olmak üzere tüm sağlık çalışanlarının perikonsepsiyonel dönemde folik asit kullanımını ve aile öyküsü olan kişilerin genetik danışma almalarını önermeleri gerekmektedir.

Kaynaklar

1. Rintoul NE, Sutton LN, Hubbard AM, et al. A new look at myelomeningocele: functional level, vertebral level, shunting, and the implications for fetal intervention. Pediatrics 2002; 109: 409-13.
2. Cancel D, Capoor J. Patient safety in the rehabilitation of children with spinal cord injuries, spina bifida, neuromuscular disorders, and amputations. Phys Med Rehabil Clin N Am 2012; 23: 401-22.
3. Valentini LG, Selvaggio G, Visintini S et al. [Tethered cord: natural history, surgical outcome and risk for Chiari malformation 1 \(CM1\): a review of 110 detethering](#). Neurol Sci 2011; 32: 353-6.
4. Berry JG, Bloom S, Foley S et al. [Health inequity in children and youth with chronic health conditions](#). Pediatrics 2010; 126: 111-9.

20 NİSAN 2013 / SALON A

11:00 - 12:15

Geçmişten Günümüze Sağlıklı Beslenme

Oturum Başkanları: *Asiye NUHOĞLU , Nilgün KÜLTÜRSAY*

Geçmişten Günümüze Doğru Beslenme

Funda ELMACIOĞLU

Term Bebeğin Enteral Beslenmesi

H. Sinan USLU

TERM BEBEĞİN ENTERAL BESLENMESİ

Doç. Dr. Sinan Uslu

XXXXXXXXXXXXX

Beslenme postnatal yaşama adapte olmaya çalışan yenidoğan bebeğin gastrointestinal sisteminin (GIS) en önemli acili olarak kabul edilmektedir. Yenidoğan bebeğin uygun şekilde ve erken beslenmesindeki temel amaç sadece enerji temini değil spesifik hormon salınımını sağlayarak barsak fonksiyonlarını arttırmaktır. Zamanında doğan bebeklerin hem lineer büyüme ve gelişmelerinin sağlanması hem de ilerleyen evrelerde kaliteli yaşamlarının sağlanması ve sağlıklarının korunması için gerekli besin öğelerinin yeterli miktarlarda sağlanabilmesi gereklidir.

ANNE SÜTÜ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) verilerine göre sadece anne sütü ile beslenme tek başına ölümleri %13 oranında azaltmakta ve 5 yaş altındaki çocuklarda en etkili uluslararası koruyucu sağlık hizmeti olarak kabul edilmektedir. Anne sütünün bebeğe olan beslenme, gastrointestinal fonksiyon, konak savunması, nöro gelişimsel ve psikolojik faydalarının yanında topluma ekonomik yararları da vardır. Anne sağlığına olan yararları da laktasyon süresi ile doğru orantılı olarak artar. Bu gerçeklerin ışığı altında anne sütünün erken dönemde başlatılması ve anne göğsünden beslenme sürekliliğinin sağlanması milenyum gelişim hedefinin (çocuk ölüm hızını binde 5'in altına düşürme) en gerçekçi, pratik ve ekonomik yöntemi olarak belirlenmiştir.

Besin Değerleri

Zamanında doğan bebeğin anne sütü, laktasyon süresi boyunca dinamik olarak değişen bir besin içeriğine sahiptir. Bu değişimler için laktasyon günü, beslenme süreci ve anneden anneye farklılıklar belirleyici olmaktadır. Kolostrum karoten içeriği nedeni ile sarımsı renkte olup protein, sodyum, potasyum, magnezyum, çinko, kalsiyum gibi minerallerden, sekretuvar Ig A ve mononükleer hücreler açısından zengin, prebiyotik ve probiyotik özelliği ile mükemmel bir başlangıç besin ögesidir. Kolostrum ile olgun süt arasında postpartum 1-2. haftaya kadar üretilen süt geçiş sütü olarak adlandırılır. Bu dönemde immunglobulin ve protein konsantrasyonu düşer, laktoz, yağ, suda eriyen vitamin miktarı ve enerji artar. 2. haftadan sonra salgılanan süt ise olgun süttür. Ön sütün laktoz oranı yüksek ve çinko, bakır oranı fazla iken, ard sütte yağ oranı fazlalığı dikkat çekicidir. Bu farklılıklar fizyolojik olarak eşsiz bir beslenme imkanı sağlamaktadır.

Sıvı miktarı: Anne sütünün %87'sinin sıvıdan oluşması nedeniyle, ilk altı ay bebeğin anne sütü dışında su ya da sıvı gıdalara ihtiyacı yoktur. Zamanında sağlıklı olarak doğan yenidoğanlar için anne sütünün ilk gün 6 ml/kg/gün, 2. gün 25 ml/kg/gün, 3. gün 66 ml/kg/gün ve 4. gün 106 ml/kg/gün düzeyinde sağlandığı saptanmıştır. Öte yandan zamanında doğan yenidoğanın mide içeriği 1.gün 5 ml (bilye), 3.gün 20 ml (pinpon topu), 10.gün ise 50 ml (yumurta) olduğu göz önüne alındığında anne sütünün yeterliliği ortaya çıkmaktadır.

Enerji: Bireysel farklılıklar olsa da, zamanında doğan bebeğin anne sütünün enerjisi yaklaşık 67 kcal/dl'dir ve optimal koşullarda bebek için son derece yeterlidir.

Nitrojen: Anne sütü nitrojen içeriği protein ve non-protein nitrojen olarak ikiye ayrılır.

Protein: Anne sütünün protein içeriği yaşamın ilk günlerinde en yüksek seviyede olup term bebeklerin annelerin sütünde yaklaşık 2.3 gr/dl'dir. Protein konsantrasyonu sonraki 2-4 hafta içinde azalarak 1.8 gr/dl'de sabitlenir. Bu protein konsantrasyonu term bir bebeğin kalori ihtiyacının %8'ini karşılar. Anne sütünde zamanla değişiklikler gösterse de proteinlerin %70'i asitte çözünebilir whey proteini, %30'u çözünemeyen kazeindir. kolay sindirilir (hızlı gastrik boşalma), laktoz sentezinde görev alır, nöron transmisyonunda, bellek oluşumunda, hücresel iletişimde önemli rol oynar (sialik asit), potansiyel zararlı aminoasitleri (fenilalanin, tirozin, metionin) daha düşük konsantrasyonda içerir, safra konjugasyonu ve beyin-retina gelişimi için gerekli sistin ve taurin miktarı yüksek, whey proteinin büyük kısmı alfa-laktalbumin (protein allerjisi riski az, HAMLET), konak savunmasını güçlendiren spesifik proteinlerinden zengin (laktoferin, lizozim ve sekretuvar Ig A), kazein ise (%30) küçük miçellere sahip sindirimi kolay β kazeindir. İn vivo olarak kanserli hücrelerdeki apoptozu tetikleyen bu şaşırtıcı etki HAMLET kısaltması ile tanımlanmakta (Human Alpha-lactalbumin Made Lethal to Tumor cells) ve bilimsel çalışmalara yön vermektedir.

Non-Protein Nitrojen, Nukleotidler: Anne sütünde total nitrojenin %20'si protein dışı azot içeren 200'den fazla bileşikden meydana gelir. Bu bileşiklerin başlıcaları nukleotidler, serbest aminoasitler ve üredir. Formül mamalarda bu oran %5'in altındadır. Nukleotidler anne sütündeki nonprotein nitrojenin % 2-5'ini oluştururlar, gastrointestinal, immün ve metabolik fonksiyonlar açısından çok önemlidir.

Lipid: Lipidler anne sütündeki toplam kaloringin %50'sini sağlar ve miktarı 3,5-4,5 g/dl'dir. Laktasyon süresi uzadıkça anne sütünün lipid ve enerji miktarı artış gösterir. Anne sütünün lipid içeriği laktasyon süresince artış gösterir, gün içinde değişkendir, beslenmeler arası artar, anneden anneye değişir ve muhtemelen memenin boşalma oranıyla da değişmektedir. Anne sütünün lipid yapısı sindirim ve

emilimi kolaylaştıran trigliserid glob llerinden oluşmuştur. Bu globüller safra tuzu ile aktive olan gastrik lipaz ile sindirilir. Anne sütünde bulunan lipaz düşük safra düzeyinde bile yağ sindirimine yardımcı olur. Anne sütü, esansiyel yağ asitleri olan linoleik ve linolenik asitten türeyen araşıdonik asit (AA) ve dokosaheksaenoik asit (DHA) gibi çok uzun zincirli yağ asitlerini içermesi bakımından eşsizdir. Araşıdonik asit ve DHA asit daha iyi algılama, büyüme ve görme ile ilgilidir. Anne sütünde ki lipid emilimini karşılayabilme adına formül mamalarda daha fazla miktarda pasif olarak emilebilen orta zincirli yağ asitleri bulunur. Orta zincirli yağ asidi suplementasyonu nedeniyle formulalarda uzun zincirli yağ asidi konsantrasyonu düşüktür.

Karbonhidrat: Anne sütündeki temel karbonhidrat laktozdur (6,8 g/dl) ancak küçük miktarlarda monosakkaritler, oligosakkaritler ile glukoz ve galaktoz da bulunur. Yumuşak dışkı kıvamı, nonpatojen bakteriyel fekal flora ve minerallerin daha iyi emilmesi anne sütünün laktoz içeriğine bağlıdır. Oligosakkaritler ise karbonhidrat polimerleri ve glikoproteinler halinde bulunurlar ve spesifik bakteriyel antijen reseptörlerini yapısal olarak taklit ederek bebeğin konak savunması için önemli rol oynarlar.

Mineraller ve Eser Elementler: Anne sütünün sodyum (Na) ve potasyum düzeyi intraselüler sıvılara benzerdir. İnek sütündeki Na düzeyi anne sütünün 3,6 katı olup anne sütüne bağlı hipernatremik dehidratasyon sıklığı daha düşüktür. Kalsiyum (Ca:20-34 mg/dl) ve fosfor (P:14-18 mg/dl) konsantrasyonları ve Ca/P oranı (2/1) anne sütünde laktasyon boyunca sabittir, formül mamalardan ise belirgin olarak düşüktür. Daha düşük mineral konsantrasyonuna ve alıma rağmen, yaşamın ilk yılında kemik mineral depolanması ve durumu, anne sütü alan bebekler ile formül ile beslenen bebeklerde benzer bulunmuştur. Bunun sebebi ise barsak pH'ının asit olması, kazein oranının düşük olması, yağların iyi absorbe olması, fosfor oranının düşük olması yani yüksek biyoyararlanımdır. Anne sütünde mineraller sindirilebilir

proteinlere bağılıdır ve ayrıca inek sütüne kıyasla biyoyararlanıma daha uygun halde bulunan kompleks ve iyonize durumlarda bulunur.

Vitaminler: Vejeteryan beslenen annelerde suda eriyen B12 vitamin eksikliği görülür ve anne sütünde de düzeyi düşüktür. Bu anneler B12 vitamin desteği almalıdır. K vitamini eksikliği zamanında doğan yenidoğan bebeklerde sıktır. Bunun sebepleri anne sütünde düşük K vitamin içeriği, immatür karaciğer ve barsak florası yokluğu nedeniyle yetersiz K vitamini üretimi ve K vitamininin plasental transferinin düşük olmasıdır. Anne sütü ile beslenen bebeklerde K vitamini bağımlı faktörlerin plazma konsantrasyonları yetişkin değerlerinin %20'si kadardır. Bu nedenle, vitamin K eksikliğinden kaynaklanan yenidoğanın hemorajik hastalığına bağlı kanamayı önlemek için bebek doğduktan sonra en kısa zamanda profilaktik olarak K1 vitamini (fitonadion, 1mg IM) uygulanmalıdır. Anne sütünün D vitamini içeriği düşüktür. Tek başına anne sütü alan bebeklere veya D vitamini ile güçlendirilmemiş mama ile beslenen bebeklere anne ile birlikte hastaneden taburcu olduğu zaman veya 15 günden itibaren başlanarak günde 400 IU oral D vitamini supleme edilmelidir.

Büyüme faktörleri: Anne sütünde başta sindirim sistemi, merkezi sinir sistemi, solunum sistemi olmak üzere pek çok sistemin gelişimini sağlayan büyüme faktörleri vardır. (Epidermal büyüme faktörü, transforming büyüme faktörleri, sinir büyüme faktörü, insülin benzeri büyüme faktörü, meme kaynaklı büyüme faktörü, eritropoetin, taurin, etanolamin, fosfoetanolamin, interferon ve koloni uyarıcı faktör)

Enzim ve hormonlar: Anne sütünde yirmiden fazla sayıda etkin enzimin varlığı bilinmektedir. Yağ sindirimi için gereken lipaz, meme bezlerinde süt lipitleri sentezi için gerekli olan lipoprotein lipaz, laktoz sentezinde rol oynayan galaktozil transferaz, disülfid bağı oluşumundan sorumlu sülfidril oksidaz, antibakteriyel

etkiye sahip laktoperoksidaz, tiyosiyanat ve hidrojen peroksit başlıcalarıdır. Enzimlerin yanı sıra, anne sütünde çok sayıda hormon bulunmaktadır. Bu hormonlar yapısal olarak serumda bulunanlardan farklı olup işlevleri tam olarak anlaşılamamıştır.

Antimikrobiyal ve antienflamatuvar faktörler, immunomodulatörler: Laktoferrin, lizozim, fibronektin, salgısal IgA, musin, C3, oligosakkaritler ve lipidler anne sütündeki antimikrobiyal faktörlerdendir. Vitamin A, C, E, katalaz, glutatyon peroksidaz, alfa-1 antitripsin, alfa-1 antikomotripsin, prostoglandin E 1-2, EGF, TGF, IL-10 ise antienflamatuvar faktörlerdir. Ayrıca, anne sütünde interlökinler, interferon gama ve TNF α gibi immünomodulatörler bulunmaktadır. Monosit, makrofaj, PNL, T ve B lenfositleri ise hücresel bileşenleri oluşturmaktadır.

Probiyotik, prebiyotik ve sinbiyotik özellik: Anne sütü gerek bünyesindeki asidofilik bakteriler (*Lactobacillus fermentu*, *Lactobacillus gasseri*) ile probiyotik gerekse oligosakkarid içeriği ile prebiyotik özelliğe sahip eşsiz bir sinbiyotik besin ögesidir.

Zamanında doğan bebekler için anne sütü ile ilgili öneriler

Amerikan Pediatri Akademisinin sağlıklı term yenidoğan bebekler için anne sütü ile ilgili önerileri;

1. İlk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmelidir:

- Bebekler tercihen anne göğsünden emzirilmeli alternatif olarak sağılmış anne sütü veya donör sütü verilmelidir.
- En az 1 yıl süre ile anne sütüne devam edilmelidir.
- Demir ve diğer mikronutrisyonel içerikle zenginleştirilmiş ek besinlere 6. aydan itibaren başlanmalıdır.

2. AAP'nin anne sütünün erken zamanda başlanması ve devam ettirilmesine yönelik peripartum uygulamaları şunlardır:

- Doğumdan hemen sonra ilk beslenmeye başlanıncaya kadar anne ile bebek arasında direkt cilt cilde temas sağlanmalıdır.
- İlk beslenme gerçekleşinceye kadar rutin bakım uygulamaları (ölçümler, banyo, kan tetkiki, aşı ve göz profilaksisi) ertelenmelidir.
- Doğumdan sonraki ilk 6 saat içinde olmak şartı ile ilk beslenme gerçekleşinceye kadar intramusküler K vitamini uygulanması geciktirilmelidir.
- Her 24 saatlik periyotta 8 ile 12 beslenme sağlanmalıdır.
- Her hemşirelik devri sırasında bebeğin bakımı ile ilgili belirlenmiş yaklaşım ve gözlemler dökümanite edilmelidir (pozisyon, anne sütü sağılması, formül mama veya farklı sıvı uygulamaları).
- Standart kanıta dayalı tıbbi bir gerekçe olmadığı sürece herhangi bir suplementasyon (su, glukozlu sıvı, formül mama veya başka sıvılar ile) yapılmamalıdır.
- Postpartum periyotta rutin emzik uygulamasından kaçınılmalıdır.
- Hastaneden taburcu olurken günlük 400 IU oral D vitamini başlanmalıdır.

3. Anne sütü ile beslenen ve hastaneden ilk 48-72 içinde taburcu edilen tüm yenidoğanlar yaşamlarının 3 ile 5. gününde mutlaka pediatristler tarafından muayene edilmelidir.

- Hidrasyon değerlendirilmelidir.
- Vücut ağırlığı tespit edilmelidir (doğum ağırlığına göre kilo kaybının %7'yi aşmamasına dikkat edilmeli, gereğinde beslenme desteklenmeli ve bebek daha yakın takibe çağrılmalıdır)
- Anne-bebek ilişkisi değerlendirilmelidir.
- Beslenme gözlemlenmelidir.

4. Beslenme aralarında anne ve bebek eş zamanlı olarak birlikte uyumalıdır.

5. Emzik sırt üstü pozisyonunda yatan, 3-4 haftalıktan daha büyük yenidoğanlarda, anne sütü ile beslenme ardından verilmesi kaydıyla önerilmelidir.

FORMUL MAMALAR

Tıbbi nedenlerden dolayı anne sütüyle beslenmenin imkanı yoksa en çok kabul gören alternatif beslenme metodu formül mamalardır. Gerçekte Anne sütü kullanmama nedeni olabilecek mutlak kontraendikasyonlar son derece az sayıdadır. Bununla birlikte TNSA 2008 verilerine göre ülkemizde ilk 6 ay tek başına anne sütü ile beslenme oranı %41,8'dir. Sonuçta formül mamalar için yaşamın ilk 9-12 ayında demir ile güçlendirilmiş, inek sütü kaynaklı formülaların kullanılması gerektiği bildirilmektedir. İnek sütü veya keçi sütü nutrisyonel içeriklerinin yetersiz ve uygun olmaması nedeniyle kesinlikle önerilmemektedir. Bitkisel çaylar hem anne sütüyle beslenmeyi azalttıklarından hem de yararları ve toksik etkileri ile ilgili net veriler olmadığından kullanılmaları önerilmemektedir.

Uygulamaları tartışmalı olmakla birlikte The Academy of Breastfeeding Medicine Protocol Committee'nin belirlediği sağlıklı term yenidoğanlarda anne sütüne ek olarak olası suplementasyon endikasyonları (anne ve bebeğin hastalığı ve kullanılan ilaçlar göz önüne alınmadan hazırlanan) şunlardır:

1. Bebekle ilgili endikasyonlar;

1.a. Uygun laboratuvar metodu ile kanıtlı ve uygun sıklıkta anne sütü ile beslenmeye yanıtızsız asemptomatik hipoglisemi

1.b. Anne sütü ile beslenirken dehidratasyonun klinik ve laboratuvar bulgularının varlığı (>%10 ağırlık kaybı, yüksek Na düzeyi, zayıf emme, letarji, vs)

1.c. Gecikmiş laktogenez (5 veya daha sonraki günlerde) nedeniyle %8-10 kilo kaybı

1.d. Gecikmiş barsak hareketleri ve mekonyum çıkışının 5. günde devam etmesi

1.e. Çeşitli alternatif anne sütü desteğine rağmen miktar olarak yetersiz alım

1.f. Hiperbilirubinemi; uygun yaklaşımlara rağmen anne sütü ile beslenme yetersizliğine bağlı sarılık ve bilirubin düzeyinin >20-25 mg/dl olması

2. Anne ile ilgili endikasyonlar

- 2.a. Gecikmiş laktogenez; plasenta artığı, Sheehan's sendromu, primer glandular yetersizlik
- 2.b. Yetersiz süt üretimine neden olan göğüste patoloji veya cerrahi girişim
- 2.c. Beslenme süresince tolere edilemeyen ağrı

Erken bebeklik ve yenidoğan dönemindeki beslenme bireyin gelecekteki yaşamını programlamaktadır. Çok yönlü ve uzun süreli etkileri göz önüne alındığında özellikle zamanında doğan bebeklerin beslenmesinde biyolojik üstünlüğü taklit edilememiş, en uygun, en ideal ve eşsiz besin olan anne sütü alternatifsiz besin ögesi olarak dünya var oldukça kıymetini koruyacaktır.

20 NİSAN 2013 / SALON A

14:00 - 15:30

Sağlık ve Kaliteli Yaşam

Oturum Başkanları: *Sami HATİPOĞLU , Nedim SAMANCI*

Evde Sağlık Hizmetleri Organizasyonu

Ömer AKÇAĞIL

Obezite – Sağlık

Teoman AKÇAY

EVDE BAKIM UYGULAMALARI

Uzm. Dr. Ömer AKÇAĞIL

İstanbul Büyükşehir Belediyesi, Sağlık ve Hıfzıssıhha Müdürü

Evde Bakım Nedir?

- Evde bakım hizmeti, birey ve çevresinin sağlık düzeyini iyileştirmek ve yükseltmek için gereksinim duyulan sağlık ve sosyal hizmetlerin gerekli hizmet ve donanım kullanılarak ev ortamında sağlanması olarak tanımlanan bir bakım modelidir.

Evde Tıbbi Bakım Nedir?

- Evde tıbbi bakım hizmeti, bireyin sağlık düzeyini iyileştirmek ve geliştirmek için ihtiyaç duyulan sağlık hizmetinin ev ortamında gerekli donanımla sunulmasıdır.

- Evde tıbbi bakım diğer tıbbi tedavilerden maliyet olarak önemli oranda düşüktür.

Daha az yatırım ve personel istihdamı gerektirmesi, yüksek teknolojiye dayalı emek yoğun bir hizmet grubunda oluşu hizmetin maliyetini düşürmektedir.

- Türkiye'de yatağa bağımlı yaşayan **70 ile 140 bin** hasta bulunuyor.

- Yaşlı, yatağa bağımlı, engelli, kanser ya da kas hastalıkları gibi kronik rahatsızlığı olanlar, bu hastalıkların yanı sıra başka birçok zorlukla da baş etmek zorunda kalıyorlar.

Evde Tıbbi Bakım Veren Kuruluşlar?

- Ülkemizde son yıllardaki sağlık reformuyla birlikte evde bakım uygulamalarında da gelişmeler yaşanmıştır. Bu kapsamda:

- Sağlık Bakanlığı Evde Bakım Hizmetleri (Aile Hekimleri ve Devlet Hastaneleri, Toplum Sağlığı Merkezleri vb.),

- Yerel Yönetimlerin Evde Bakım Hizmetleri,

- Özel kurum/kuruluşlar tarafından verilen Evde Bakım Hizmetleri göze çarpmaktadır.

Evde Tıbbi Bakım Hizmetinin Kurumsal Yapısı Nedir?

- Ülkemizde henüz, bu hizmeti veren kuruluşlar arasında bir eşgüdüm sağlanamamıştır.

- Hizmeti sunan kurum ve kuruluşların eşgüdümlü olarak yürütülmesini sağlayacak şekilde ortak bir mevzuat ve havuzda toplanarak yürütülmesi önem arz etmektedir.

Evde sağlık hizmetleri ekiplerinde;

- doktorlar, diş doktorları,
- hemşireler,
- diyetisyenler,
- psikologlar,
- sağlık memurları,
- sağlık teknisyenleri
- sosyal çalışmacılar, çalışıyor.

Evde Tıbbi Bakımın Ne Tür Hizmetleri Kapsar?

- Evde bakım bir çok konuda hasta evine sağlık hizmeti ve ürünlerini götürür. Bu hizmetler iki ana başlıkta toplanabilir:

- Tıbbi Hizmetler
- Hekimlik Hizmetleri
- Birincil Sağlık Hizmetleri
- Özel Tedavi Hizmetleri

Destek Hizmetleri

- Hasta Nakil Hizmetleri
- Sosyal İçerikli Hizmetler

- Ekonomik Destek Hizmetleri (Yerel Yönetimler veya STK)

Evde Tıbbi Bakımın Güçlükleri Nelerdir?

- Gelişen tıbbın ve teknolojinin gereği olarak evde hasta bakımı için özel olarak yetiştirilmiş hemşire ve diğer sağlık personeli, daha gelişmiş tıbbi cihazlar gereklidir.
- Hastalarla evde ilgilenmek hastane ortamına göre daha zordur. Hastalara verilen direktiflerin hasta tarafından uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmek hastaneye oranla daha güçtür.
- Aynı zamanda hasta veya hasta yakınlarının ulaşmak istedikleri hedefler ile sağlık hizmeti verenlerin hedefleri aynı olmayabilir.

İstanbul Büyükşehir Belediyesi'nin Yürütmekte Olduğu ***“Evde Sağlık Hizmeti***

Amaç

- Hasta, özürlü ve yaşlılara ulaşılması,
- Sağlık hizmetlerinin sosyalizasyonu,
- Tedavi ve Rehabilitasyon,
- Eğitim/Bilinçlendirme,
- Sağlıkta verimliliğin artırılması.

Kaynaklar

- 4 Merkez,
- 174 Personel,
- 59 Binek Araç,
- 11 Hasta Nakil Ambulansı.
- İstanbul'un tamamına hizmet verilmektedir.

Verilen Hizmetler

- Sağlık ve Sosyal Ön Değerlendirme Hizmetleri

- Evde Doktor Değerlendirme Hizmetleri

- Evde Bakım Hizmetleri

- Evde Hemşirelik Bakım Hizmetleri

- Evde Fizyoterapi Uygulaması Hizmetleri

- Evde Psikolojik Danışmanlık Hizmetleri

- Tedavi Hizmetleri

- İlaç ve Tıbbi Malzeme Temini

- Hastane Tedavi Hizmetleri

- Hasta Refakat Hizmetleri

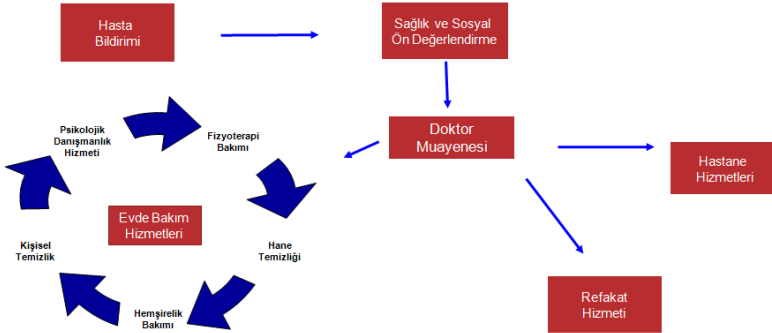
- Destek Hizmetleri

- Hasta Nakil Hizmetleri

- Evde Kişisel Temizlik Hizmetleri

- Ev Temizliği Hizmetleri

Hizmet Akış Şeması



Sosyal Çalışma (Sağlık Ön Sosyal Değerlendirme)

- Sosyo-ekonomik değerlendirme ile Hizmete uygunluk tespiti,
- İhtiyaç durumuna göre organizasyon,
- Kurum ve kuruluşlarla koordinasyon,
- İlgili mevzuatların takip ve danışmanlığı.

Doktor Değerlendirmesi

- Değerlendirme Ekibi
- 1 doktor,
- 1 hemşire ve
- 1 şoförden oluşan gezici ekip.
- Değerlendirme Ziyareti
- Hastaların yaşadıkları ortamda fizik muayenelerinin yapılarak evde sağlık hizmetinin başlatılması ve takibi.

Hemşirelik Bakımı

Doktorun verdiği direktiflere göre;

- Yara bakımı,
- Post-op bakım,
- Sonda takılması ve bakımı,
- Osteomi bakımları,
- Serum, damar yolu ve enjeksiyon uygulamaları,
- Eğitim ve danışmanlık.

Fizyoterapi Bakımı

- Hastalığın ve hastanın durum- gelişimine göre,
- Aktif ve pasif hareketler
- Cihaz kullanımlı egzersizler – elektroterapi
- Solunum ve dolaşım sistemi rehabilitasyonu
- Hasta ve yakınlarının eğitimi ve ev programları

Fizyoterapi Bakımı

- Hastanın yaşadığı ortamda fizyoterapist tarafından fizik-tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin verilmesi.
- İleri tedavi gereken hastalarımıza nakilleri tarafımızdan karşılanarak İBB FTR Merkezlerinde hizmet verilmektedir.

Psikolojik Danışmanlık Hizmeti

- Hastaya ve/veya ona bakmakla yükümlü hasta yakınına psikolog tarafından sosyal ortamında psikolojik danışmanlık hizmeti verilmektedir.

Refakat Hizmetleri

- Hastanede yatışı esnasında ya da evde bakacak kimsesi olmaması durumunda, gereksinimi olan hastalara refakatçi sağlanması.

Hasta Nakil Hizmeti

- Hasta nakil ambulansları ile hastane veya diğer kurumlara personel refakatinde ulaşımının sağlanması hizmetidir.

Kişisel Temizlik ve Ev Temizliği Hizmeti

- Fiziksel ve sosyal durumu günlük yaşam aktivitelerini karşılamaya yetersiz bireylere Bakım destek personeli tarafından ;
- Kişisel hijyen bakımları verilmesi,
- Günlük hayat aktivitelerinde destek olunması.
- günlük yaşamsal faaliyetlerini yerine getiremeyen veya getirmekte zorlanan kişilerin yaşam alanlarının temiz ve sağlıklı hale getirilmesi hizmetleridir.

OBEZİTE VE SAĞLIK

Doç. Dr. Teoman Akçay

XXXXXXXXXXXX

Pediyatrik obezite prevalansı modern dünyada giderek artmaktadır ve özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde bir sağlık problemi olarak değerlendirilmektedir. Obezite cinsiyet, tartı ve boya göre aşırı ve generalize yağ birikimi olarak tanımlanır ve vücut kitle indeksi persentilleri, boya göre tartı yüzdesi gibi yöntemler kullanılarak sınıflandırılır. En sık etiyoloji enerji alımı ve enerji harcanımı arasındaki dengesizliktir ve hayatın herhangi bir döneminde başlayabilir. Çocuklarda obezitenin artmış insidansı anne sütünün erken kesilmesi, yeme bozuklukları ve ve aile ilişkilerinin bozulması, yaşam tarzı ve maliyeti ucuz, enerji içeriği yüksek ve besin değeri düşük bol porsiyonlu gıdalarla yapılan modern yaşamın yeni beslenme alışkanlıkları ile birlikte televizyon, bilgisayar, video oyunları gibi teknolojik ilerlemelere bağlı olarak gelişen fiziksel aktivite azlığı ilişkilidir.

Obezite çocuklarda büyüme, solunumsal, kardiyovasküler, metabolik, ortopedik ve dermatolojik fonksiyonlarda ciddi sorunlara yol açabilir. Ayrıca psikososyal açılardan da depresyon, özgüven yetersizliği ve suçluluk hissi gibi bazı problemlere neden olabilir.

Hayatı tanıma ve keşfetme olanaklarını kısıtlayan fiziksel veya davranışsal değişiklikleri olan çocuklarda hayat kalitesinde bozulmalar görülebilir. Tüm dünyada obezitenin hayat kalitesi üzerine olan negatif etkisi araştırılmaktadır. Bu çalışmaların çoğunda obezitenin sağlık ve psikolojik fonksiyonlar üzerindeki olumsuz etkileri gösterilmektedir, ancak obezite ve hayat kalitesi arasındaki doğrusal ilişki henüz iyi tanımlanmamıştır.

Dünya Sağlık Örgütü, yaşam kalitesini "hedefleri, beklentileri, standartları, ilgileri ile bağlantılı olarak, kişilerin yaşadıkları kültür ve değer yargılarının bütünü içinde durumlarını algılama biçimi" olarak tanımlar. Bir diğer ifadeyle; yaşam kalitesi, kişinin içinde yaşadığı sosyokültürel ortamda kendi sağlığını öznel olarak algılayışını tanımlamaktadır. Çocuklarda yaşam kalitesi kavramı çocuğun ve ailenin psikososyal etkileşimi ve görevleri yapabilme kapasitesi dahil nesnel ve çok boyutlu olarak tanımlanır. Sağlık durumu ile ilişkili yaşam kalitesi fiziksel semptomların, fonksiyonel kapasitenin ve çocuk ve aile üzerindeki hastalığın sosyal etkilerini kapsar.

Çocukluk çağı fazla kiloluğun ve obezitenin sonuçları ciddidir. Tip 2 diyabet görülme yaşı 5 yaşlarına kadar inmiştir. 2000 yıllarında doğan 3 çocuktan birinin hayatın herhangi bir döneminde tip 2 diyabet olacağı varsayılmaktadır. Obez çocuklarda yüksek kan basıncı ve anormal kolesterol gibi kardiyovasküler hastalık ile ilişkili riskler de artmıştır. Fazla kilolu astımlı çocukların normal kilolu astımlı çocuklara göre daha fazla ilaç kullandıkları, daha sık hışıltılı solunum atakları geçirdikleri ve daha çok acil servise başvurdıkları gösterilmiştir.

Obez çocuklarda yapılan çalışmalarda, obez çocukların normal kilolu çocuklara göre daha düşük yaşam kalitesi skoru aldıkları bildirilmektedir. Bu skorlar kanserli çocukların skorlarına benzer bulunmuştur.

Çocukluk çağı obezitesi ile ilişkili erişkin çağlardaki ilave sağlık problemlerine uyku apnesi, karaciğer hastalığı, anksiyete ve depresyon da dahildir. Çocukken fazla kilolu ya da obez olan çocuklar erişkin dönemde de fazla kilolu veya obez olma eğilimindedirler.

KAYNAKLAR

1. Centers for Disease Control and Prevention. Obesity Prevalence. <http://www.cdc.gov/obesity/childhood/prevalence.html>. Accessed March 23, 2009.
2. Ogden CL, Carroll MD, National Center for Health Statistics Division of Health and Nutrition Examination Surveys. Prevalence of obesity among children and adolescents: United States, trends 1963-1965 through 2007-2008. Updated June 4, 2010. Accessed December 8, 2010.
3. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Health Statistics. Prevalence of overweight among children and adolescents: United States, 2003-2004.
4. Ogden CL, Carroll MD, Flegal KM. High body mass index for age among US children and adolescents, 2003-2006. *JAMA*. May 28 2008;299(20):2401-2405.
5. Ogden CL, Carroll MD, Curtin LR, Lamb MM, Flegal KM. Prevalence of high body mass index in US children and adolescents, 2007-2008. *JAMA*. 2010;303(3):242-249.
6. Delaware Children's Health Chartbook. Newark: Nemours Health and Prevention Services; 2006.
7. Chang DI, Gertel-Rosenberg A, Drayton VL, Schmidt S, Angalet GB. A statewide strategy to battle child obesity in Delaware. *Health Aff (Millwood)*. Mar-Apr 2010;29(3):481-490.
8. Finkelstein EA, Fiebelkorn IC, Wang G. State-level estimates of annual medical expenditures attributable to obesity. *Obes Res*. Jan 2004;12(1):18-24.
9. Boyle JP, Honeycutt AA, Narayan KM, et al. Projection of diabetes burden through 2050: impact of changing demography and disease prevalence in the U.S. *Diabetes Care*. Nov 2001;24(11):1936-1940.
10. Narayan KM, Boyle JP, Thompson TJ, Sorensen SW, Williamson DF. Lifetime risk for diabetes mellitus in the United States. *JAMA*. Oct 8 2003;290(14):1884-1890.
11. Freedman DS, Dietz WH, Srinivasan SR, Berenson GS. The relation of overweight to cardiovascular risk factors among children and adolescents: the Bogalusa Heart Study. *Pediatrics*. Jun 1999;103(6 Pt 1):1175-1182.
12. Belamarich PF, Luder E, Kattan M, et al. Do obese inner-city children with asthma have more symptoms than nonobese children with asthma? *Pediatrics*. Dec 2000;106(6):1436-1441.
13. Schwimmer JB, Burwinkle TM, Varni JW. Health-related quality of life of severely obese children and adolescents. *JAMA*. Apr 9 2003;289(14):1813-1819.

19 NİSAN 2013 / SALON B

08:30 - 09:30

Çocuk Hakları

Oturum Başkanları: *İbrahim Hayrullah SUN,*
Mehmet Taşkın EGİCİ

Çocuk İstismarı

Murat Koçak

Yenidoğan Hakları

Arif AKŞİT

ÇOCUK İSTİSMARI VE BEBEK ÖLÜMLERİ: VAKALARA MÜDAHALEDE KURUMLAR ARASI İŞBİRLİĞİ

Dr. Murat KOÇAK¹

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bu tebliğ, çocuk istismarından kaynaklanan 0-4 yaş grubu çocuk ölümleriyle ilgili veri problemine dikkat çekmekte, mağdur ve faillerin genel demografik özellikleriyle ilgili bilinenleri ortaya koymakta ve çocuk istismarı vakaları etkili bir şekilde soruşturulduğu takdirde bebek ölümlerinin de önlenebileceğini savunmaktadır. Önleme iki türlü gerçekleşecektir. Birincisi, istismarda devamlılık vardır ve istismarın devamı önlendiğinde istismar kaynaklı bebek ölümü de önlenmiş olacaktır. İkincisi, etkili soruşturma sayesinde toplanan veriler bebek ölümlerinin önlenmesi için geliştirilecek politika analizlerine kaynaklık edecek, böylece, doğru ve etkili politikaların üretilmesine hizmet edecektir. Bu nedenlerle, etkili soruşturma kilit öneme sahiptir ve kurumlar arası işbirliğini gerektirmektedir. Kurumlar arası işbirliğini sağlamanın yolu ise, Bebek Ölümelerini İnceleme Kurulu ve Zorunlu İhbar Sistemi uygulamaları gibi kurumsal mekanizmaları etkin bir şekilde hayata geçirmekten geçmektedir.

Bebek ölümleri

Çocuk istismarında, bebekler en büyük risk grubunda yer alırlar ve istismar nedeniyle ölüm en çok bebeklerde görülür. Özellikle genç ebeveynler fiziksel şiddet uygulayarak ya da ihmalleri neticesinde çocuk ölümlerine sebep olurlar.

Ülkemizde çocuk istismarı nedeniyle hayatını kaybeden çocuklarla ilgili sistematik bilgi toplayan bir veri kaynağı bulunmamaktadır. Bu nedenle yabancı kaynaklarda

¹ ABD, Kent State Üniversitesinde, Kriminal Adalet Çalışmaları (*Criminal Justice*) alanında yüksek lisansını, Siyaset Biliminde, Kamu Politikaları Analizi ve Yönetimi ile Adalet Politikaları alanlarında doktorasını yapmıştır. İstanbul Emniyet Müdürlüğünde 2010 yılından beri Çocuk Şube Müdürü olarak görev yapmaktadır.

görülen çocuk ölümlerinin mağdur ve failleriyle ilgili demografik özelliklerine bakılarak, ülkemizdeki fenomen anlaşılmaya çalışılmaktadır.

Örneğin Amerikan resmi makamlarının 2002 raporuna göre, bir yılda istismar nedeniyle ölen çocukların sayısı 1400 civarındadır. Bu çocukların % 41'i bir yaşından, % 76'sı ise dört yaşından küçüktür (HHSS, 2002, s.52)².

Bu çocukların ölüm nedeni olarak temelde iki istismar türü tespit edilmiştir. Çocukların % 38'i ihmalden; %30'u fiziksel istismardan hayatını kaybetmiştir. %29'unun ölümüne ise birden çok istismar türüne giren davranışların yol açtığı ispat edilmiştir (a.g.e., s.52).

Yine aynı kaynağa göre, çocuk ölümüne neden olan faillerin çocuğa en yakın kişiler olduğu anlaşılmıştır. Faillerin % 79'unu anne ve babalar, % 16'sını ise ebeveyn dışı bakıcılar (gündüz çocuk bakıcıları, koruyucu aileler ve diğer bakıcılar) oluşturmaktadır (a.g.e., s.52). Daha sonraki yıllarda elde edilen veriler de hemen hemen benzer sonuçlara işaret etmektedir.

Soruşturma ve önleme

Ülkemizde istismar kaynaklı bebek ölümlerini soruşturmada ve önlemede doğru ve etkili politikalar geliştirebilmek için veriye ihtiyaç bulunmaktadır. Öte yandan bebek ölümlerinin soruşturulması veri temin etmede en önemli bir araç olarak durmakta, ancak bu araçtan, gerekli kurumsal altyapı oluşturulamadığından faydalanılamamaktadır. Daha da önemlisi, şüpheli bebek ölümleri etkili bir şekilde soruşturulmadığında, aynı ortamda barınan diğer çocuklar ve kardeşlerin de aynı risk ile karşı karşıya kalmasına, ölümle neticelenmese bile istismarın diğer sonuçlarıyla karşılaşmalarına, örneğin sağlıklarının ve gelişimlerinin bozulmasına yol açılmaktadır.

Şurası bir gerçektir ki, bebekler ölmeden önce defalarca istismar mağduru olmakta ve sağlık kuruluşlarına çeşitli şikayetlerle getirilmektedir. Burada anlatılan

² HHSS (2002). Child Maltreatment 2002. Department of Health & Human Services, Administration for Children and Families. Washington, D.C. Erişim için: <http://www.acf.hhs.gov>

hikayeler birbirini tutmadığında, ya da bulgularla çeliştiğinde istismar şüphesi var demektir. İstismarla ilgili bulguların neler olduğu görevlilerce bilindiği ve bu konuda hassasiyet oluşturulduğu takdirde, istismarın soruşturularak ortaya çıkarılması sağlanabilir ve böylece devamı önlenir.

Ne var ki, bütün çeşitleriyle çocuk istismarı vakalarını soruşturma, adli soruşturmalar içerisinde en zor soruşturmalar cümlesindendir ve çok disiplinli yaklaşımları gerekli kılmaktadır. Bu tür soruşturmalar genellikle yetersizliklerle maluldür. Gerçeği ortaya çıkarmada faydalanılacak delillere ulaşmada güçlükler vardır. Yaşı küçük çocukların ve bebeklerin ifadesini almak çoğunlukla mümkün olmamaktadır. Şüpheliler ve olası tanıklar gerçek hikayeyi gizlemede, aynı evde yaşadıkları için işbirliği içerisinde. Soruşturma ve kovuşturmayı yürütenler ne eğitim yönünden yeterlidirler ne de ihtiyaç duydukları kaynaklara (uygun görüşme odaları ve teknik destek gibi) sahiptirler. Bütün bunların yanı sıra, çok disiplinli çalışmayı mümkün kılacak kurumlar arası işbirliğinden söz etmek de mümkün gözükmemektedir.

Kurumlar arası işbirliği

Söz konusu yetersizlikleri aşmanın en önemli yolu kurumlar arası işbirliğinden geçmektedir. Bu işbirliği, yabancı ülkelerde örneği görülen şekliyle Bebek Ölümünü İnceleme Kurulu uygulamaları ve Zorunlu İhbar Sistemi uygulamalarının çok-disiplinli çalışmalara imkan verecek şekilde dizayn edilerek hayata geçirilmesi ile mümkün olacaktır. Özellikle adalet, sağlık ve sosyal hizmet kurumlarının işbirliği, bu uygulamaların sağlıklı çalışabilmesi için hayati öneme sahiptir.

YENİDOĞAN HAKLARI

Prof. Dr. M. Arif AKŞİT

**Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,
Neonatoloji Bilim Dalı**

GİRİŞ

Yenidoğanın Hakları olarak konuyu irdelemeden önce bu konudaki yasal gelişmelere değinmek gereklidir. Genel olarak sonuç kısmında “*Avrupa İnsan Hakları Sözleşmesi, bunun dışında “yaşam”ın ne olduğu ya da ne zaman başlayıp ne zaman sona erdiği –ve bu hususta Sözleşmenin 2. Maddesinin koruması - konularını açıklığa kavuşturulmamıştır* şeklinde vurgulara rastlanılmaktadır.

Uluslararası İnsan Hakları Sözleşmesi ve İnsan Hakları Avrupa Sözleşmenin ilk 3. Maddesine bakılacak olunursa;

1. Madde 1: İnsan Haklarına Saygı Zorunluğu: Her bireyin hür ve eşit onuru ve hakları olduğu belirtilmektedir. Birbirleri ile kardeşlik bağı ile bağlı olduğu belirtilmektedir. Bu açıdan bakıldığında HER BİREY AYNIDIR, farklılıklar onların onuru/şerefi/şahsiyeti/özgünlüğü olup, HAKLARDA EŞİTTİRLER. Bir başka deyişle kadın erkek aynı türün elemanıdır, haklarda kadının ek hakları olabilmektedir. Bu açıdan bebeklerin haklarının da tam olarak oluştuğu veya bazı şartlara göre hakları olduğu şeklinde yorumlar olmaktadır.
2. Bireyler arasında herhangi bir tanımlama/ayrıcılık ortaya konulamaz. HER BİREY AYNI TÜRÜN ELEMANIDIR. Irk, renk, cins, dil, inanış, politika ve diğer görüşler, ulusal veya sosyal durum/kaynağı, mesleği, durumu, doğum ve diğer durumları dahil tümü sayılmıştır. Bu açıdan yenidoğanların doğum aşamalarında da tüm haklara sahip olduğu görüşü üzerinde duranlar (Katolikler gibi) ağırlık kazanmaktadır.

3. Her bireyin yaşam hakkı, hürriyeti/özgürlüğü ve birey olarak güvenliği olmalıdır. İşkencenin yasaklanması da bu kapsamdadır. Dolayısıyla bireye işkence türü yaklaşım, tedavi ve tıbbi uygulamalar da kabul edilmemektedir.

Tüm bu yaklaşımlar temel olarak bireyin rızasını alarak yapılması gerekmektedir. Bunun etkin ve yeterli Bilgilendirme yapıldıktan sonra Rızası (hukuksal açıdan Onayı değildir) alınarak yapılmalıdır. Anayasamızın 17. Maddesi de açıktır. Burada aileden (anne ve babanın ortak görüşü ile) alınması zorunluluktur. Rıza talep etmez, onay ise uygun görmez, bu açıdan ailenin hekimin kararını onaylaması, rıza anlamına gelmemektedir. Birçok yönetmelikte onay diye geçse bile, hukuksal açıdan geçerli olan rızadır.

Bu konuda farklı uygulamalar ve görüşler oluşturulmaktadır, ancak zamanımızda hukuksal denetim açısından uluslararası hukuka 2008 yılından beri, Avrupa Sözleşmesini imzaladıktan sonra bu temeller altında konu irdelenmelidir.

GELİŞİM

Uluslararası Yapılanma (Bildirge, Sözleşme gibi)

- 1948-50 İnsan Hakları Sözleşmeleri: Burada tüm bireylerin yaşam hakkından söz edilmektedir. Yukarıda Giriş Bölümünde söz edildiği gibi, doğumdan önceki dönemde geçen süre farklı evrelerde cenin birey olarak görülmemektedir.
- 1964-2008 Helsinki: *Madde 4.Dünya Tıp Birliği'nin Cenevre Bildirgesi "Hastanın sağlığı benim ilk önceliğimdir" cümlesiyle hekimi bağlar ve Uluslararası Tıp Etiği Kodu "Tıbbi hizmetleri verirken, hekimin yalnızca hastanın yararına göre davranması gerektiği"ni bildirir. Madde 27. Araştırmanın; çocuk, kısıtlı gibi yetkin olmayan gönüllülerde yapılması gerekiyorsa, hekim yasal temsilcinin onurunu almalıdır.*

Burada hastanın yararına olduğu yaklaşımı dikkate alındığında, tahliye/aborts ve doğmamışın yaşamının sonlanabilmesi için gerekçenin geçerli nedenlere bağlanmasını zorunlu kılmaktadır.

- 1981 Lizbon Bildirge: *Madde 3. Hasta, yeterli ölçüde bilgilendirildikten sonra tedaviyi kabul ya da ret etme hakkına sahiptir. Madde 5. Hasta, onurlu bir biçimde ölme hakkına sahiptir.*

Burada annenin yaşama hakkı ile bebeğin yaşama hakkı ayrılması durumunda anne tıbbi açıdan geçerli nedeni olmadığı durumunda bebeğin yaşamını sonlanması veya kendi yaşamını sonlanması şeklinde karar veremez, verse bile tek yanlı olduğu için geçerlilik taşımamaktadır.

- 1989 Çocuk Hakları: ÖNSÖZ “Çocuk Hakları Bildirisinde de belirtildiği gibi “çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu”nu hatırla tutarak” ifadesi yer almaktadır, Doğum öncesinin de yasal korumaya alınması öngörülmektedir.

- 1994 Amsterdam: 3.1.Hastanın bilgilendirilmiş onayı herhangi bir tıbbi girişimin ön koşuludur. 3.4.Hastanın yasal temsilcisinin onayının gerektiği ve önerilen girişimin acil olduğu durumda eğer temsilcinin onayı zamanında alınamıyorsa tıbbi girişim yapılabilir. 3.5.Yasal temsilcinin onayı gerektiği zaman, hastalar (çocuk veya erişkin olsun) durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir. 3.6.Yasal temsilcinin onay vermeyi reddettiği durumda, doktor veya diğer sağlık personelinin görüşü girişimin hastayı ilgilendirdiği yolunda ise, karar mahkemeye veya hakem heyeti benzeri merciye bırakılmalıdır. 3.7.Hastanın onay vermesinin mümkün olmadığı ve yasal temsilcisinin bulunmadığı veya bu amaçla seçilmediği bütün diğer durumlarda hastanın istekleri tahmin edilerek ve hesaba katılarak alternatif karar alma biçimi için uygun önlemler alınmalıdır

Burada toplum sağlığının Avrupa Birliği için zorunlu koşul olduğunu belirtmektedir.

- 1995 Bali: 1e. Özellikle tedavi bakımından hizmet sınırlılığı olan durumlarda potansiyel hastalar arasında bir seçim yapılması gerekiyorsa, bu seçimin bütün hastaların hakkını dikkate alarak eşit bir şekilde yapılması gerekir. Bu seçim tıbbi ölçütlere göre ve ayırım yapılmaksızın yapılmalıdır. 3a. Hasta kendi kaderini belirleme ve kendisi ile ilgili özgürce karar verebilme hakkına sahiptir. Hekim hastayı verdiği kararların sonuçları hakkında bilgilendirmekle yükümlüdür. **5. Yasal ehliyeti olmayan hasta:** a. Hasta çocuk ise veya yasal ehliyeti yoksa bir yasal temsilcinin onayının alınması gereklidir. Bununla beraber bu hastalar durumlarının izin verdiği ölçüde yine de karar alma sürecine dahil edilmelidir. b. Eğer yasal ehliyeti olmayan hasta rasyonel kararlar verebiliyorsa, hastanın verdiği kararlara saygı gösterilmelidir. Bu durumda hastanın yasal temsilcisine bilgi verilmesini reddetme hakkı vardır. c. Yasal temsilcinin veya hasta tarafından yetkilendirilen kişinin onay vermeyi reddettiği durumda hekimin görüşü girişimin hasta yararına olduğu şeklinde ise karar yasal mercilere bırakılmalıdır. Acil durumlarda hekim hastanın yararına davranacaktır. 6a. Hastanın isteğine karşın tanı ve tedavi ile ilgili tıbbi girişimler yasaların izin verdiği ölçüde ve tıbbi etik kuralları gözönüne alınarak sadece istisnai durumlarda yapılabilir. 7b. İstisnai olarak, eğer hastaya verilecek bilginin onun yaşamı veya sağlığı üzerinde ciddi zararları olacağına inanılıyorsa hasta bilgilendirilmeyebilir

Hastalar arası seçim konusunda anne ile bebek açısından anne sağlığı daima öncelik taşımaktadır.

- 1997 Oviedo-Biyotıp sözleşmesi: “İnsan olmaya saygının gerekli olduğu kaçınılmaz olarak, hem birey olarak, hem de insan türünün bir elemanı olarak, insan olmanın şeref/onuru dikkate alınarak önemi hatırlanmalıdır” yaklaşımı ile her türlü genetik ve insan yumurtasının yalın ve döllenmiş halinin insan hakları çerçevesinde dikkat edilmesini gerekli kılmaktadır.

- 2001 Barcelona Anne/Bebek Hakları: *Madde 1: Uluslararası İnsan Hakları Bildirgesindeki insan hakları yaşamın tüm evrelerini tanımlar. Madde 9: Gebe bir kadının yaşamla bağdaşmayan anomalili bebeği taşıyorsa, gebeliğe devam etme hakkı veya her ülkede yasal sınırlar içinde gebeliğin tahliyesine, eğer rıza gösterme hakkı vardır. Madde 10: Yaşam sınırları altında olan immatür herhangi bir yenidoğanı canlı tutmak için gayret gösterilmemelidir. Bu olgularda, doğumun yapıldığı yerel, sosyal ve ekonomik durumlar hukuksal hak edişe başvurmadan önce dikkate alınmalıdır. Uç vakalarda, mümkün olduğu kadar, doğumdan önce, aileler bilgilendirilmeli ve karara ortak/taaraf olmalıdırlar.*

Bu konuda Ulusal Yasal yaklaşımların önemi dikkate alınmalıdır.

- **2002 ROMA Sözleşme:** *1 Bu haklar vatandaşlığın üzerindedir: a) 1996'da onaylanan Sağlık Reformu üzerine Ljubljana Statüsü, b) 1997 yılında uygun bulunan 21. Yüzyılda Sağlığın Geliştirilmesi konusunda Jakarta Tebliğ, c) 1997 yılında gerçekleşen İnsan Hakları ve Biomedicine, d) Recommendation Rec(2000)5 dikkate alınmalıdır.*

İlk defa hakların vatandaşlık haklarından üstün olduğu ortaya konulmuştur. Artık haklar uluslararası denetim altındadır.

- 2002 AB Kadına işkence: Kadına karşı işkence ayrıca Yasal koruma altına alınmıştır.
- 2006 BM Özürlü Hakları: **HASTA HAKLARI UYGULAMA YÖNERGESİ 2005/2: Madde 16, 23, 34.** *a) Başta çocuklar ve özürlüler olmak üzere tüm hastaların danışmanlığını ve savunuculuğunu yapmak. Özürlülerin yaşam haklarının koruma altına alındığı ve hekimlerin bunun savunucusu olduğu belirtilmektedir.*

Ülkemizdeki Yapılanma

- 1959-1960 Deontoloji Nizamnamesi: **Madde 10** - *Araştırma yapmakta olan tabip ve diş tabibi, bulduğu teşhis ve tedavi usulünü, yeter derecede tecrübe ederek faydalı olduğuna veya zararlı neticeler tevhit etmeyeceğine kanaat getirmedikçe, tatbik veya tavsiye edemez.* **Madde 14** - *Tabip ve diş tabibi, hastanın vaziyetinin icabettirdiği sıhhi ihtimamı gösterir. Hastanın hayatını kurtarmak ve sıhhatini korumak mümkün olmadığı takdirde dahi, ıstırabını azaltmaya veya dindirmeye çalışmakla mükelleftir.* **Madde 20** - *Tabip ve diş tabibi, faydasızlığını bildiği bir ilacı, hastaya veremez. Ancak, esaslı bir tedavi yapılması mümkün olmayan hallerde, teselli bakımından bazı ilaçlar tavsiye edebilir.* **Madde 22** - *Ananın hayatını kurtarmak için yegane çare teşkil ettiği takdirde, avortman yapılması caizdir. Ciddi bir tehlikede bulunan ananın hayatı, cerrahi müdahaleyi veya gebeliğe son verebilecek bir tedaviyi zaruri kılıyorsa, hastalığın taalluk ettiği tıp şubesinde mütehasıs iki tabibin ve bu iki mütehasıs temin edilemediği takdirde iki tabibin objektif ve kati delillere dayanan raporları alınmadıkça bu müdahale veya tedavi yapılamaz. Bu raporların aslı müdahaleyi veya tedaviyi yapan tabip tarafından muhafaza olunur ve kendisi tarafından tasdikli ve hastanın ismini ihtiva etmeyen bir örneği, mensup olduğu tabip odasına taahhütlü olarak gönderilir. Avortmanlarda, hastanın ve varsa veli veya vasisinin yazılı olarak muvafakatının alınması şarttır. Bu Nizamnamenin yirmi birinci maddesinde yazılı sağlık tesislerinde yapılacak avortmanlarda, bu tesislerde cari olan usul ve esaslar mahfuzdur.* **Madde 23** - *Güç doğumlarda tabip, anayı ve çocuğu kurtarmaya gayret eder. Bu gibi hallerde tabip, ailevi mülahazalara vesair tesirlere kapılmaksızın, ilmin ve fennin icaplarını yerine getirir*
- Modern Bildirge, Sözleşme ve diğer hukuksal yaklaşımlar, burada belirtilenlere uygun olarak yapılanmaktadır.

- 1980 Anayasa 17. Maddesi: *Madde 17 – Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir. Tıbbi zorunluluklar ve kanunda yazılı haller dışında, kişinin vücut bütünlüğüne dokunulamaz; rızası olmadan bilimsel ve tıbbi deneylere tabi tutulamaz. Kimseye işkence ve eziyet yapılamaz; kimse insan haysiyetiyle bağdaşmayan bir cezaya veya muameleye tabi tutulamaz.*

Herkes genel olarak gebelik dönemini de kapsadığı yorumları bulunmaktadır.

- 1983 Sterilizasyon: *Madde 3 - Gebeliğin onuncu haftası doluncaya kadar kadının sağlığı açısından tıbbi sakınca olmadığı takdirde, istek üzerine rahim tahliye edilir. Madde 5 - Gebelik süresi on haftayı geçen kadınlarda, rahim tahliyesi yapılamaz. Bu durumdaki kadınlarda, ancak, Tüzük'e ekli (2) sayılı listede sayılan hastalıklardan birinin bulunması halinde ve kadın hastalıkları ve doğum uzmanı tarafından rahim tahliyesi yapılabilir. Hastalığın, kadın hastalıkları ve doğum uzmanıyla bu hastalığın ilişkin olduğu uzmanlık dalından bir hekimin birlikte hazırlayacakları, kesin klinik ve laboratuvar bulgulara dayanan, gerekçeli raporlarla saptanması zorunludur.*

Gerekçeli kararların kesin olması dikkate alınmalıdır.

- 1998 Hasta Hakları (2003 Yönerge): *Madde 5- Sağlık hizmetlerinin sunulmasında aşağıdaki ilkelere uyulması şarttır: a) Bedeni, ruhi ve sosyal yönden tam bir iyilik hali içinde yaşama hakkının, en temel insan hakkı olduğu, hizmetin her safhasında daima gözönünde bulundurulur. b) Herkesin yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkını haiz olduğu ve hiçbir merci veya kimsenin bu hakkı ortadan kaldırmak yetkisinin olmadığı bilinerek, hastaya insanca muamelede bulunulur.*

Ayrıca 2003 Yönergesi ile tam Resmi yasal boyut kazandırılmıştır.

- 1998 Nüfus Planlaması: Gebeliğin sonlanması ile ilgili durumlar, özellikle ek 2’de sunulmaktadır. Başlıca anneye ait, bebeğe ait gibi sınıflamanın olduğu görülmektedir.
- 2002 (1896 Revizyonu Florida Yargıtay Kararı): DNRO olarak tanımlanan canlandırma yapmayın kararının ancak kalp durduktan sonra geçerli olacağı ve daha önceden bağımsız kişilerin nezaretinde imzalanan bir belge olduğu dikkate alınmalıdır. Bu tür belgeyi anne çocuğu için doldurması da geçerli olarak görülmemektedir.
- 2005 TCK (2004 CMK): **Madde 1-** (1) *Ceza Kanununun amacı; kişi hak ve özgürlüklerini, kamu düzen ve güvenliğini, hukuk devletini, kamu sağlığını ve çevreyi, toplum barışını korumak, suç işlenmesini önlemektir. Çocuk düşürtme: Madde 99- (1) Rızası olmaksızın bir kadının çocuğunu düşürten kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. (2) Tıbbi zorunluluk bulunmadığı halde, rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftadan fazla olan bir kadının çocuğunu düşürten kişi, iki yıldan dört yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır. Bu durumda, çocuğunun düşürülmesine rıza gösteren kadın hakkında bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur. (3) Birinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi altı yıldan oniki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, onbeş yıldan yirmi yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (4) İkinci fıkrada yazılı fiil kadının beden veya ruh sağlığı bakımından bir zarara uğramasına neden olmuşsa, kişi üç yıldan altı yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır; fiilin kadının ölümüne neden olması halinde, dört yıldan sekiz yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. (5) Rızaya dayalı olsa bile, gebelik süresi on haftayı doldurmamış olan bir kadının çocuğunun yetkili olmayan bir kişi tarafından düşürtülmesi halinde; iki yıldan dört yıla kadar hapis cezasına hükmolunur. Yukarıdaki fıkralarda tanımlanan diğer fiiller yetkili olmayan bir kişi tarafından*

işlendiği takdirde, bu fıkralara göre verilecek ceza, yarı oranında artırılarak hükmolunur. (6) Kadının mağduru olduğu bir suç sonucu gebe kalması halinde, süresi yirmi haftadan fazla olmamak ve kadının rızası olmak koşuluyla, gebeliği sona erdirene ceza verilmez. Ancak, bunun için gebeliğin uzman hekimler tarafından hastane ortamında sona erdirilmesi gerekir. Çocuk düşürme: Madde 100- (1) Gebelik süresi on haftadan fazla olan kadının çocuğunu isteyerek düşürmesi halinde, bir yıla kadar hapis veya adli para cezasına hükmolunur.

Burada açık olarak 20 gebelik haftası yaklaşımı vardır. Bu açıdan 1983 ve 1998 yaklaşımının yeniden yorumlanması gereklidir.

- 2005 Çocuk Koruma Kanunu: **Madde 4** - (1) Bu Kanunun uygulanmasında, çocuğun haklarının korunması amacıyla; a) Çocuğun yaşama, gelişme, korunma ve katılım haklarının güvence altına alınması, b) Çocuğun yarar ve esenliğinin gözetilmesi,

Burada da çocuğun yaşamasının güvence altına alınması temel unsur olmaktadır.

- 2009 Özürlü Hakları Kanunu: Özürlülerin yaşam haklarının hekimlerin savunmasının gerekli olduğu anlaşılmaktadır.
- 2011 Yönetmelik (Etik): Aydınlatma ve Rıza konusu özellikle geniş olarak ele alınmakta ve belirli sistematığe bağlandığı gözlenmektedir.
- 2011 Türk Ticaret Kanunu: **MADDE 1530-** (1) *Aksine bir hüküm bulunmadığı takdirde, ticari hükümlerle yasaklanmış işlemler ve şartlar batıldır.*

Hekim ve hasta/aile arasındaki ilişkiler mutlaka yasaklanmamış işlemler olmalıdır. Eski Yasada hukuka uygunluk gerekirken, burada yasaklanma şartı getirilmiştir, daha Yasaya göre esnektir. Tıpta belirtilen *Primum non nocera-zarar oluşturmama* şartına uygundur.

Yenidoğanda Yapılanma

1. 1989 Çocuk Hakları: ÖNSÖZ: *Çocuk Hakları Bildirisinde de belirtildiği gibi "çocuğun gerek bedensel gerek zihinsel bakımdan tam erginliğe ulaşmamış olması nedeniyle doğum sonrasında olduğu kadar, doğum öncesinde de uygun yasal korumayı da içeren özel güvence ve koruma gereksiniminin bulunduğu"nu hatırla tutarak,*
Doğum öncesinde de uygun yasal koruma altında oldukları vurgulanmaktadır.
2. 2001 Barcelona: Ülkemizde TCK 10 haftaya kadar ailenin rızası, 20 haftaya kadar da tıbbi gerekçeleri geçerli tanımlamaktadır. Ailenin rızası da, anne yaşamı tehlike altında değil ise, mutlak gereklidir. Tedavi etmek bir sonuca dayalı işlem iken, hekimler sadece yaşam hakkı sağlama, yaşam kalitesi ve ıstırabın önlenmesi yaklaşımını yapması da beklenilmektedir. Bu açıdan çok ufak prematürelerdeki yaklaşım, yaşam hakkı açısından gereklidir. Her yaşayanın tıbbi yaklaşım yapılması hakkıdır, ancak tedavi işlemi bir sonuca yönelik işlemdir. Hekimler tedavi garantisi veremezler. Gerekli tıbbi işlem ve yaklaşımlarda; TCK Taksir tanımlamasına göre; ihmal, dikkat ve özen eksikliği yapmamayı amaç ve güdü edinmelidirler.
3. 2002 Rights of Embryo and foetus in Private Law (Turkish National Report): *From: XVIth INTERNATIONAL CONGRESS OF COMPARATIVE LAW, 14th-20th July 2002, Brisbane, Australia. Outlines from "TOPIC: HUMAN RIGHTS: Rights of Embryo and foetus in Private Law (Turkish National Report) Ergun ÖZSUNAY, Murat R ÖZSUNAY"*
ÖZET OLARAK: Anayasa'nın 17. Maddesindeki "Herkes, yaşama, maddi ve manevi varlığını koruma ve geliştirme hakkına sahiptir" tanımlaması, doğum öncesini kapsadığı varsayılmalıdır. Burada yaklaşımda önemli olan YARARSIZ/ANLAMSIZ tedavi yaklaşımı konusuna dikkat edilmelidir. Medeni Kanundaki doğma kapasitesi bir

soyut kavram olmaktadır. Gebeliğin sonlanması ile ilgili durumlar, 1983 ve 1998 Sterilizasyon ve Nüfus Planlaması Yönetmeliklerinde sunulmaktadır.

4. 2006 Yaşam Hakkı (Avrupa Konsey Kılavuzu): *Yaşam hakkı ilk sayılan haktır, çünkü tüm hakların en temel olanıdır. Eğer biri yaşam hakkından keyfi olarak mahrum bırakılırsa diğer tüm haklar anlamsız olacaktır. Bu hakkın temel olma niteliği ayrıca hakkın “hakkın bireye geri verilemez/birey tarafından geri alınamaz” nitelikte olması da belirgindir. ... bu nedenle “ilgili madde katı bir şekilde yorumlanmalıdır” denilmiştir. ... mutlak gerekli olduğu durumlarda yaşam hakkının istisnasına cevaz vermektedir. ... devletler üzerinde ölüm olaylarını araştırma gibi “pozitif yükümlülük” yüklendiğine karar vermiştir. ... doğmamış yaşama Sözleşme kapsamında koruma yolları verildiği açıktır.*

Annenin kürtaj/abortus hakkı konusunda Avrupa İnsan Hakları komisyonu “8.1. Maddesi prensip olarak, hamileliğin sonlanmasının sadece annenin özel hayatının bir meselesi olduğu şeklinde yorumlanamaz” şeklinde karar almıştır. Bu açıdan da annenin rızası ülkelerin yasal değerlendirilmesine bu çerçeve altında ele alınmasını gerekli kılar. Dolayısıyla belirgin ve bilimsel geçerli tıbbi gerekçe olmadan yaklaşım yapılması, sadece anne rızası ile yapılması hukuksal açıdan yetersizdir. Aİ Komisyonu ancak cenine mutlak bir yaşam hakkı vermemektedir, ancak ceninin yaşam hakkı dışlanamaz olduğu ve anne yaşamının dikkate alınması öne çıkmaktadır. Hekim hatası nedeni ile olan ölümlerde de kesin ceninin ölmesi için bir yaklaşım olmadığı için, kasıtlı eylem olmadığını vurgulamıştır.

5. 2009 J. Perinat. Med. 37 (2009) N1–N3 İSTANBUL DECLARATION ON ETHICS IN PERINATAL MEDICINE: Etik açıdan hukuksal temelli etik gerekçelendirmenin önemli olduğu ve bu gerekçelendirmenin danışma kurulları ile; Perinatolog, Neonatolog ve diğer uzman bilim dallarınca

oluşturulması ve hekimlere öneri oluşturmaları öngörülmektedir. Sosyal adaletin hak edişe göre olması konusuna da vurgu yapılmaktadır.

6. 2009 J. Perinat. Med. 37 (2009) Women and children first–or last? The New York Declaration: Kadın Doğum uzmanı ve gebelik ile doğum yaklaşımlarında yönetsel ve toplumsal sorumluluklarda gebenin, fetal, yenidoğan ve bebeklerin avukatlığını yapmalıdır yaklaşımı gündeme getirilmektedir.
7. 2010 J. Perinat. Med. 38 (2010) 579–583 Ethical dimensions of periviability: 22 gebelik haftası altında yayınlarda yaşayanın belirtilmediği dikkate alınarak, yaşam sınırının 22 hafta olarak alınması önerilmektedir. TCK 20 gebelik haftasından söz edilmektedir. Fekondasyon için geçen 2 hafta dikkate alındığında 20 hafta tanımına uymaktadır.
8. 2011 *Türk Neonatoloji Derneği Bülteni*, Sayı: 23 – 2011 Yaşam Hakkı ve Yaşam Sınırında Olanlar İçin Etik İlkeler: ... *tıp bilimi açısından “doğru nedir” ve “ne yapmalıyım” sorularına özgün koşullarda veya olgu/hastaya durumsal olarak cevap bulmaya çalışmaktır. “Hastalığı değil, hastayı tedavi et” prensibi empati/ duygudaşlık yaklaşımı hedeflenmelidir. İnsan Hakları Bildirgesi ve Avrupa Sözleşmesi temelinde; her bireyin “yaşam hakkı vardır”, “özerklik ve bireysel güvenliği”, “yaşamsal değeri”, “bedensel ve ruhsal bütünlüğünün korunma ve gözetilme hakkı” ile “hiçbir kişi ve kurulun yaşamı sonlandırma hakkı yoktur” kavramları temel alınmalıdır.*
Hekimlerin karar almada uyulması gereken esaslar konusu işlenmektedir.
9. 2012 **ÇALIŞTAY: Perinatal ve Neonatal etik sorunlar:** Çelişik etik durumlar irdelenerek, görüş, karşı görüş ve dengeleme ile ele alındığı görülmektedir.

YENİDOĞAN HAKLARIN EVRELERİ

Yaşam Hakkı boyutundaki süreçler aşağıda belirtilmektedir.

1. İlk hücre döneminde Oviedo Sözleşmesine göre farklı kapsamda ele alınmaktadır.
2. 10 Haftalık embriyo döneminde anne hakkı ile bebek hakkı bütünleştiği için annenin düşük yapma hakkı olmakta, ancak bu hak babanın rızası ile geçerli olmaktadır.
3. 10 haftadan sonra anne ile doğmamış bebek hakkı ayrılmakta, yasal belirtilenler dışında ve anne yaşamı tehlikeye düşmesi ile yaşam sonlanabilmektedir.
4. 20 haftadan sonra, yaşayabilmesi söz konusu olduğu için, bebeğin yaşam hakkı ancak anne yaşamı tehlikede ise anne yaşamı dikkate alınmaktadır.
5. Tam matür olmadan oluşan, prematür doğumlarda da bebek tam tıbbi yaklaşımlara hak kazanmaktadır.
6. Doğumdan sonra tüm haklara sahip olup, özürlü olsa bile tam yaşam hakkına ve miras hakkına da sahiptir.
7. Beyin ölümü sadece transplantasyon gibi bir yarar unsuru oluşturuyorsa geçerli kabul edilebilir. Yaşayabilir olma ve yaşam kalitesi gibi hususların yasalarımızda yeri tanımlanmamıştır. Ağır anomalili olan bebeklerde tanımlanan “*Yanlış doğum ve yanlış yaşam*” gibi ABD olan kavramlar Ülkemizde bulunmamaktadır.

Yargıtay kararların bağımsız uzman kişilerce alınmasını öngörmektedir. Hastanın hekimi danışma komisyonu şeklindeki kurula sadece bilgi verebilir, uzman olarak Perinatoloji ve Neonatoloji Yandal uzmanı yanında sorun ile ilgili uzmanların olması, gerektiğinde Adli Tıp ve Etik ile Hukuk uzmanlarından da danışmanlık alınmalıdır. Oluşturulan tavsiye kararları, öneriler sorumlu Kadın Doğum Uzmanına iletilmekte ve aile rızası ile uygulamaya konulmaktadır. Bilgilendirmenin aydınlatma ve

algılamasına dayanmalı ve yazılı olmasını gerekli görülmektedir. Anne doğmamış bebeğin yaşamı konusunda 10 gebelik haftasından sonra ancak tıbbi geçerli bilimsel veriler olduğunda rızası geçerli olabilir. Tıbbi nedenler içinde, etik, ırza geçme gibi adli ve psikolojik/kültürel nedenler de geniş olarak irdelenmelidir. İkna işleminin hukuksal bir zorlama olduğu ve kurulun aile ile iletişime geçmesi ile müdahaleci olduğu dikkate alındığında sakıncalı olduğu görüşü kabul edilmektedir.

19 NİSAN 2013 / SALON B

09:30 - 10:30

Akılci İlaç Kullanımı

Oturum Başkanları: *Mustafa HACIMUSTAFAOĞLU , Yıldız
PERK*

Konuşmacı: *Solmaz ÇELEBİ*

ÇOCUKLARDA AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI

Doç. Dr. Solmaz ÇELEBİ

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Bursa

Akılci antibiyotik kullanımı doğru ilacın, gereken dozda, gereken zamanda ve uygun fiyatla kullanılmasıdır. Antibiyotikler çok yaygın olarak kullanılan ilaçlardır (1). Antibiyotikler özellikle okul öncesi dönemde çocuklarda sık görülen soğuk algınlığı, üst solunum yolu enfeksiyonu (ÜSYE) ve bronşiolit gibi antibiyotik tedavi endikasyonunun olmadığı hastalıklar için kullanılmaktadır (2,3). Yapılan çalışmalarda ABD’de soğuk algınlığı olan çocukların %44’ü, ÜSYE olanların %46’sı, bronşiolitli çocukların %75’ine antibiyotik tedavisi verildiği bildirilmektedir (4). Uygunsuz antibiyotik kullanımı ilaç reaksiyonları, maliyet artışı ve bakteriyel direnç oranlarında artışa neden olmaktadır. Aşırı antibiyotik kullanımı ile ilgili bazı faktörler mevcuttur. Hekimin ve hastanın yanlış bilgileneşmesi, tanı belirsizliği antibiyotik kullanma oranını artırmaktadır. Antibiyotik kullanılırken dikkat edilmesi gereken bazı önemli durumlar vardır.

Enfeksiyona neden olan organizmanın tahmini

Hastanın enfeksiyon odağına göre etken öngörölerek tedavi başlanmasıdır. Akut sinüzit ve akut otitis media (AOM) sıklıkla etken *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* ve *Moraxella catarrhalis*, deri ve yumuşak doku enfeksiyonu, osteomiyelit ve septik artritte *Staphylococcus aureus* ve *S.pyogenes*, pürölan menenjitte *Neisseria meningitidis*, grup B streptococcus, *S. pneumoniae* en sık etken mikroorganizmalardır. Ampirik tedavi bu etkenlere göre belirlenmelidir.

Konakçı savunma mekanizmaları dikkate alınmalı

Konağın immün yetmezliği var mı?, mukoza ve deri bariyerinde bozukluk var mı?, bu soruların yanıtlanması gerekir, ampirik tedavi seçeneğinde sağlıklı kişiler için patojen olmayan mikroorganizmalar bu kişilerde fırsatçı enfeksiyonlara neden olabilmektedir (5).

Hastanın yaşı

Çocuğu yaşına özgü maruziyet dikkate alınarak etken patojen tahmin edilir. Üç ayın altındaki bebeklerde grup B streptokok, *Esheria coli* ve *Listeria monositogenes* menenjit etkenleridir. Kreşe giden çocuklarda *S.pneumoniae* enfeksiyonu ve taşıyıcılığı yüksektir. Okul çağı çocuklarda *S.pyogenes* ile karşılaşma oranı küçük çocuklara göre yüksektir.

Tanıya yönelik laboratuvar testleri

Antibiyotik tedavisine karar vermeden önce tanıya yönelik testlerin yapılmadı gereklidir. Tam kan sayımında lökositoz, periferik yaymada polimorf nüveli lökosit artışı, çomak oranının %10 ya da fazla olması, toksik granülasyon ve vakualizasyon varlığı bakteriyel enfeksiyon olasılığını düşündürür. Periferik yaymada atipik lenfositlerin varlığı enfeksiyöz mononükleoz lehine bulgudur. Akut faz reaktanlarından olan CRP, prokalsitonin, serum amiloid A yüksekliği bakteriyel enfeksiyon lehine bulgudur. Bakteriyel enfeksiyonda CRP ilk 24 saat içinde 20 kat veya fazla artarken, viral enfeksiyonlarda CRP artışı 3-5 kat olmaktadır. Steril vücut sıvılarının Gram boyama ile incelenmesi etken mikroorganizma açısından bilgi verecektir. Pürülan menenjitli olgularda BOS'ta Gram boyamada bakteriyi saptama oranı %70-80 olarak bildirilmektedir. Üriner enfeksiyonlu olgunun idrar Gram boyamasında gram pozitif kok saptanması durumunda enterokokları da kapsayan antibiyotik verilmesi uygun olur. İshal yakınması ile başvuran olgularda dışkı direkt yaymasında polimorf nüveli lökosit varlığı *Shigella*, *Campylobacter*, invazif *E.coli* veya *Salmonella* gastroenteriti olabileceğini düşündürür.

Bakteriyemi, sepsis, endokardit, pnömoni, pyelonefrit, menenjit ve akut osteomyelit düşünülen olgulardan kan kültürü alınması gerekir. Hızlı tanı yöntemlerinden antijen testleri son yıllarda kullanılmaya başlanmıştır. İnfluenza, respiratuvar insityal virüs, adenovirüs ve diğer solunum yolu virüsleri nazofarengeyal sürüntü örneğinden hızlı antijen testi veya PCR testi yapılmaktadır. Dışkıda rotavirüs ve adenovirus antijenlerine bakılması hızlı tanıda önemlidir, ve maliyet etkin bulunmuştur, antibiyotik kullanımını azalttığı bildirilmektedir. Gerekli olgularda radyoloji tetkikler ayırıcı tanıda yardımcı olur (5,6).

Etken patojenin antibiyotik duyarlılığı

Antibiyotik tedavisi öncesinde olası etkenin duyarlılığı epidemiyolojik verilere göre belirlenebilir. Akut sinüzit ve akut otitis media'da *H.influenzae* ve *M.catarrhalis*'in beta-laktamaz yapımı, üriner enfeksiyonda *E.coli*'nin kotrimaksazole, betalaktamlara, pürülan menenjittte pnömokokların penisiline, endokarditli olgularda *S.aureus*'un metisiline, akut invazif ishalde *Shigella*nın kotrimaksazole duyarlılığının bilinmesi tedaviyi belirlemede önemlidir (6).

Antibiyotiğin farmakokinetik ve farmakokinetik özellikleri

Antibiyotiğin verilme yolu, emilimi, doku dağılımı, proteine bağlanma oranı, lipid çözünürlüğü ve eliminasyonu antibiyotik seçiminde ve tedavi dozunun belirlenmesinde önemlidir. Antibiyotiklerin farmakodinamik özelliklerine göre bakteristatik mi?, bakterisidal mı?, postantibiyotik etkisi var mı? dikkate alınması gerekir. Antibiyotikler konsantrasyona ya da zamana bağımlı olabilmektedirler. Bazı ilaçlar için (aminoglikozidler, kinolonlar, metronidazol gibi) bakterisidal etkileri konsantrasyon bağımlıdır. Bu ilaçlar için antibakteriyel etkinliği belirleyen en önemli olay pik düzeydir. Pik düzey ne kadar yüksekse öldürme o kadar hızlı gerçekleşir. Ancak burada toksisiteden kaçınmak gerekir. Bazı ilaçların (penisilinler, sefalosporinlerin gram negatif bakterilere etkisi gibi) bakterisidal etkisi ise daha zaman bağımlıdır. Bu ilaçlarda ilgili mikroorganizma için serum

konsantrasyonunun MIC düzeylerinin üzerinde olmak kaydıyla zamana karşı idamesi (area under curve; AUG; eğri altındaki alanın büyüklüğü) optimal öldürme sağlar. Daha yüksek veya pik düzeyler bakterinin daha hızlı öldürülmesinde rol oynamaz (7,8). Bunların bilinmesi ve mikroorganizma için verilecek ilacın dozu, verilme aralığı (doz aralığı), tahmini MIC düzeyleri-serum ve enfeksiyon bölgesi konsantrasyonları tedavi başarısını doğrudan etkiler. Böylece gereksiz yere yüksek doz ilaç verilmesiyle tedavi maliyetlerinin artmasının veya ilaç yan etkileri nedeniyle tedavinin bırakılmasının önüne geçilebilir. Veya sık yapılan bir yanlış olarak doz aralığının uzatılması (günde 4 kez örneğin im verilerek bir ilacı günde 2 kez vermek) tedavi başarısızlığını artırır. Klinik açıdan örnek verilecek olursa; Grup A streptokok (GAS) tonsilofarenjitinde GAS'ın penisilin için MIC düzeyleri düşüktür, bu nedenle dozun yüksek tutulması ek yarar sağlamaz. Hatta yeterli MIC düzeylerini idame ettirecek dozda olmak üzere günde 2 dozda tedavi verilerek kür sağlanabilir. Ama örneğin penisiline orta hatta yüksek derecede duyarlı pnömokok enfeksiyonlarında (Akut otitis medya; AOM gibi) rutin amoksisilin dozlarında olan tedavi başarısızlığı dozu arttırarak (serum MIC düzeyleri $\geq 2-4$ ug/ml olacak şekilde) aşılabılır (9,10).

İntraselüler etkili antibiyotikler: Makrolidler (eritromisin, klaritromisin, azitromisin), klindamisin, rifampisin, INH, tetrasiklinler, kinolon grubu ilaçlar hücre içine etkin düzeylerde geçebilirler. İntraselüler enfeksiyon yapan brusella, salmonella, tüberküloz, legionella, riketsia gibi enfeksiyonlarda intraselüler etkili antibiyotik verilmesi kür şansını artırır. Penisilin ve sefalosporinler genellikle intraselüler mikroorganizmalara yeterince etkili değildir (7,11-14).

Ortaman pH'sı: Ortaman pH'sı bazı antibiyotiklerin aktivitesini etkileyebilir. Bazı antibiyotikler için bu durum klinik olarak anlamlı değildir. Örneğin penisilin G asidik ortamda biraz daha aktiftir ama deneysel çalışmalar dışında bu durum klinik önem arzetmez. Ancak özellikle aminoglikosid

antibiyotiklerde önemli değişikliklere yol açabilir ve klinik önem arz eder. Streptomisin alkalın pH ya kıyasla (pH 8.5) asidik pH'da (pH 5.5) yaklaşık 500 kat daha az etkindir. Aminoglikozidlerin yaklaşık 7.5 kadar olan optimal vücut pH'sında MIC düzeyi 1 ise, pH 5.5'ta yaklaşık 16-64 kat daha az etkin, pH 8.5'ta ise 1-8 kat daha etkin oldukları gösterilmiştir (15). Çocuklukta sık kullanılan antibiyotiklerden penisilin ve sefalosporinlerin optimum pH'sı 6.8, trimetoprim ve sulfonamidlerin 7.3, eritromisin, klindamisin, aminoglikozid ve vankomisin 7.8 civarındadır. Eritromisinin alkali pH'da etkisi gram negatif bakterileri (*E.coli* gibi) kapsayabilir. *H.pilori* için ampisilin, eritromisin, klindamisin, azitromisin, klaritromisinle alkaliye kayan pH'da antimikrobial aktivite arttığı, MIC 90 değerlerinin azaldığı gösterilmiştir (14-16). Menenjitte antibiyotik seçimi: Deneyisel menenjit çalışmalarında BOS'daki bakterinin optimal eradikasyonu için B laktam veya aminoglikozid BOS konsantrasyonunun MBC'nin 10 katının üzerinde olması gerektiği gösterilmiştir (15,17). Bu nedenle bakteriye etkin olsa bile bir ilacın BOS penetrasyonu iyi değilse menenjit tedavisinde verilmemesi gerekir. BOS penetrasyonunu arttıran faktörler arasında; düşük moleküler ağırlık, proteine düşük oranda bağlanma, düşük fizyolojik pH'da düşük iyonizasyon değeri (iyonize olmamış molekül daha lipid solubldur), lipitte çözünürlüğün fazla olması (özellikle rifampisin, kloramfenikol, sulfonamidlerde lipid çözünürlük fazladır) ve BOS'tan antibiyotikleri atan aktif mekanizmalara bağlıdır (17,18). Kan beyin bariyerini normalde sadece lipid solubl ve kolaylaştırılmış difüzyonla geçebilen antibiyotikler rahat geçer. Hayvan deneylerinde menenjitte B laktam antibiyotiklerin BOS'a geçiş oranları genellikle %5-15 kadar bulunmuştur. Bu oranlar; penisilin G, nafsilin sefoperazon için ≤ 6 , ampisilin sefotaksim için %6-15, azlosilin, seftazidim, kloramfenikol, siprofloksasin için ≥ 15 kadardır (29,31). Bu oranlar menenjitte kullanılan dozlarda beklenen patojenler için optimal düzeyleri sağlamaya yeter. Literatürde B laktamların BOS penetrasyon oranları farklı yöntemle bakılmış olduklarından çok değişken bildirilebilir ($< 1 - \geq 70$), bu nedenle sadece birkaç çalışmaya bakarak karar vermemek gerekir (18). BOS'a

geçen antibiyotik oranını serbest ilaç konsantrasyonu belirlediğinden proteine yüksek oranda ($\geq 90\%$) bağlanma BOS'a geçişi azaltır. Steroid alan hastalarda antibiyotik BOS geçişinin daha az olacağı akılda tutulmalıdır. Pürülan menenjitte BOS pH'sının düşük oluşu (genellikle ≤ 7.1) aminoglikozidlerin yenidoğan dönemi dışında menenjitte bakterisidal etkilerini azaltır. Aminoglikozidler bazı menenjitlerde kombinasyon tedaviyle sinerjist etki amacıyla (*L.monositogenes*'e karşı penisilin/ampisilin+aminoglikozid, *P.aureginosa*'ya karşı azlosilin + aminoglikozid şeklinde gibi) verilebilir (17). Menenjit tedavisinde tüm doz aralığı süresince B laktam antibiyotik BOS konsantrasyonu post antibiyotik efekt dikkate alınmadan MBC üzerinde olmalıdır. Antifungal ilaçlardan amfoterisin B BOS'a geçmez (lipid solubl olmasına rağmen 90% üzeri proteine bağlanma, büyük molekül olması nedeniyle), ama flukanazol, vorikonazolün BOS'a geçişi iyidir (BOS/serum oranı yaklaşık $70-90\%$) (17).

Enfeksiyon bölgesine göre hedef belirlenmeli

Ciddi yaşamı tehdit eden enfeksiyonlarda (sepsis, menenjit, bakteriyemi gibi) 100% kür oranı hedeflenmelidir (19). Organ hasarı riski olan piyelonefrit veya akut otitis media için $80-90\%$ kür oranı hedeflenmeli iken deri ve yumuşak doku enfeksiyonu için $70-80\%$ kür oranı sıklıkla kabul edilebilir ucuz bir antibiyotikle başarılabilir.

Ampirik ve kesin tedavi kararı ayırt edilmeli

Ciddi enfeksiyonlarda uygun ampirik antibiyotik tedavisi mortalite ve hastanede kalış gününü azaltmaktadır (20). Daha az ciddi enfeksiyonu olan hastalarda, kültür sonuçları 48-72 saatte çıkacaksa geniş spektrumlu bir antibiyotik seçimine gerek yoktur.

Hastaya ait özel durumların değerlendirilmesi

Hastanın ilaç alerji öyküsü tedavi seçiminde dikkate alınmalıdır. Enfeksiyonun lokalizasyonu, karaciğer ve böbrek yetmezliği varlığı antibiyotik seçimini etkiler (5).

KAYNAKLAR

- 1- Muller A, Coenen S, Monnet DL, Goossens H; ESAC project group. European Surveillance of Antimicrobial Consumption (ESAC): outpatient antibiotic use in Europe, 1998-2005. *Euro Surveill* 2007; 12(10): E071011.1.
- 2- Ciofi degli Atti ML, Massari M, Bella A, Boccia D, Filia A, Salmaso S; SPES study group. Clinical, social and relational determinants of paediatric ambulatory drug prescriptions due to respiratory tract infections in Italy. *Eur J Clin Pharmacol* 2006; 62(12): 1055-64.
- 3- Nash DR, Harman J, Wald ER, Kelleher KJ. Antibiotic prescribing by primary care physicians for children with upper respiratory tract infections. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2002; 156(11): 1114-9.
- 4- Nyquist AC, Gonzales R, Steiner JF, Sande MA. Antibiotic prescribing for children with colds, upper respiratory tract infections, and bronchitis. *JAMA* 1998; 279(11): 875-7.
- 5- Bradley JS, Long SS. Principles of anti-infective therapy In: Long SS, Pickering LK, Prober CG, eds. Principles and practice of pediatric infectious diseases. 4th ed. Churchill Livingstone: Elsevier Inc; 2012. p. 1412-20.
- 6- Öztürk R. Akılcı antibiyotik kullanımı ve ülkemizde antimikrobik maddelere direnç sorunu. İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Toplumdan edinilmiş enfeksiyonlara pratik yaklaşımlar Sempozyum Dizisi No:61 2008. p.1-16.
- 7- Scaglione F. Predicting the clinical efficacy of antibiotics: toward definitive criteria. *Pediatr Infect Dis J* 1997; 16:556-9.
- 8- Schentog JJ. Clinical significance of antibiotics tissue penetration. *Clin Pharmacokinet* 1989; 16(suppl 1): 25-31.
- 9- Rosenfeld RM. An evidence based approach to treating otitis media. *Pediatr Clin North Am* 43; 1996: 1165-81.
- 10- Jacobs MR. Penicillin resistant *S. Pneumoniae* in acute otitis media. *Pediatr Infect Dis J* 1998; 17:947-52.
- 11- Gerding DN, Hughes CE, Bamberger DM, Foxworth J, Larson TA. Extravascular antimicrobial distribution and the respective blood concentrations in humans. In: Lorian V, (ed.). *Antibiotics in Laboratory Medicine*. 4th edition. Baltimore: Williams and Wilkins, 1996: 835-99.
- 12- Yuk JH, Nightingale GH, Quintitiani R. Clinical pharmacokinetics of ceftriaxone. *Clin Pharmacokinet* 1989; 17:223-35.
- 13- Fraschini F, Scaglione F, Pintucci G et al. The diffusion of clarithromycin and roxithomycin into nasal mucosa, tonsil and lung in humans. *J Antimicrob Chemother* 1991; 27: (suppl A): 61-5.
- 14- Martin JR, Johnson P, Miller MF. Reuptake, accumulation and egress of erythromycin by tissue culture cells of human origin. *Antimicrob Agents Chemother* 1985; 27: 314-9.
- 15- Amsterdam D. Susceptibility testing of antimicrobials in liquid media. In: Lorian V (ed.). *Antibiotics in Laboratory Medicine*. 4th edition. Baltimore: Williams and Wilkins. 1996. P. 245-9.
- 16- Grayson MC, Elioponlos GM, Ferrano MJ, Moellering RC. Effect of varying pH on the susceptibility of *Campylobacter pylori* to antimicrobial agents. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 1989; 8:888-9.
- 17- Sable CA, Scheld NM. Theoretical and practical considerations of antibiotic therapy for bacterial meningitis. *J Antibiotic Chemother* 1992; 45:96-117.
- 18- Johnson CC. Invitro testing: Correlation of bacterial susceptibility, body fluid levels and effectiveness of antimicrobial therapy. In: Lorian V (ed.). *Antibiotics in Laboratory Medicine*. 4th edition. Baltimore: Williams and Wilkins. 1996: 813-34.
- 19- Bradley JS, Dudley MN, Drusano GL. Predicting efficacy of anti-infectives with pharmacodynamics and Monte Carlo simulation. *Pediatr Infect Dis J* 2003; 22(11): 982-92.
- 20- Shorr AF, Kollef MH. Ventilator-associated pneumonia: insights from recent clinical trials. *Chest* 2005; 128(5 Suppl 2): 583-91.

11:00 - 12:00

Konjenital Enfeksiyonlar

Oturum Başkanları: *Tuğba GÜRSOY, Mehmet SATAR*

Intrauterin Enfeksiyonu Olan Bebeğe Yaklaşım

Ali BÜLBÜL

Konjenital Enfeksiyon Tarama Programları

Nazan DALGIÇ KARABULUT

KONJENİTAL ENFEKSİYONLU BEBEĞE YAKLAŞIM

Doç. Dr. Ali BÜLBÜL, Uzm. Dr. Mesut DURSUN

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

İntrauterin dönemde ya da doğum eylemi sırasında kazanılmış olan enfeksiyonlar, hem neonatal mortalite ve morbidite üzerinde hem de erken ve geç çocukluk dönemindeki morbidite üzerinde ciddi etkilere neden olmaktadır. Bu nedenle; risk grubundaki gebelerin bu enfeksiyonlar açısından doğum öncesi taranması ve prenatal ve postnatal dönemde mevcut konjenital enfeksiyonların yönetiminin iyi bilinmesi çok büyük önem arz etmektedir.

Gebe kadınların konjenital enfeksiyonlar açısından taranması ülkeden ülkeye farklılık göstermektedir. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) ilk prenatal vizitte tüm gebe kadınların rubella ve sifiliz açısından taranmasını önerirken, bazı Avrupa ülkelerinde ve ABD'nin bazı merkezlerinde ayrıca toksoplazmozis taramasının da yapılması önerilmektedir.

Gerek intrauterin gerekse de doğum sırasında kazanılmış olan enfeksiyonların çoğu genellikle doğumda asemptomatiktir. Benzer klinik bulgular veren bu hastalıklar (cilt lezyonları, göz tutulumu gibi) TORCH grubu enfeksiyonları {Toksoplazma, Others (Sifiliz, Varicella Zoster, Parvovirüs B19), Rubella, Cytomegalovirüs, Herpes Simplex} adı altında toplanmaktadır. Doğumda veya doğumu izleyen dönemlerde hidrops fetalis, mikrosefali, konvülsiyon, katarakt, işitme kaybı (özellikle sensörinöral), konjenital kalp hastalığı (term bebekte PDA, aort stenozu, pulmoner darlık), hepatosplenomegali, sarılık, trombositopeni ve ciltte döküntü gibi bulgular varlığında TORCH grubu enfeksiyonların varlığından şüphelenilmelidir. Böyle bir kuşku varlığında aşağıda sayılanlar eksiksiz olarak gerçekleştirilmelidir.

TORCH ENFEKSİYONU DEĞERLENDİRME PLANI

Gebelikte geçirilen enfeksiyonların varlığı sorgulanır, bebeğin fizik muayenesinde konjenital enfeksiyon stigmaları aranır. Kan sayımı, biyokimya (özellikle karaciğer fonksiyonları), uzun kemik grafileri, işitme testi, göz muayenesi, kraniyal ve kardiyak görüntüleme, lomber ponksiyon tetkikleri yapılmalıdır.

KONJENİTAL TOKSOPLAZMOZİS

İntrasellüler bir parazit olan Toksoplazma gondi'nin transplasental geçişle neden olduğu neden olduğu klinik tablodur. Toksoplazmozis dünyada en yaygın enfeksiyonlardan biri olmasına rağmen oldukça az oranda hastalığa yol açar. Prenatal tanı ve tedavisi mümkündür. Esas konağı kediler olup; Ookist, trofozoit (veya Taşizoit) ve doku kisti olmak üzere 3 formu vardır. İnsanlara bulaş; enfekte kedilerin veya onların feçeslerindeki kistlerden direkt temas veya ara konakların kistleri içeren etlerinin iyi pişirilmeden yenmesi ile gerçekleşir. Ayrıca ookistler ile enfekte olan toprakta yetişen sebzeler veya kontamine sular ile de enfeksiyon gelişebilir.

Enfeksiyon gebeliğin herhangi bir döneminde fetusa geçebilir fakat transplasental geçiş riski en çok üçüncü trimesterdedir. Maternal enfeksiyondan sonra fetusa geçiş riski ortalama %40'dır. Birinci ve ikinci trimesterde fetusa geçiş yüzdesi düşüktür fakat fetusa olan zarar daha fazladır. Konjenital toksoplazmozis sıklığı yenidoğanda 1/1000 - 1/10000 oranındadır. Konjenital toksoplazmozis tablosu genellikle primer enfeksiyonun gebelik süresinde geçirilmesi ve parazitin plasenta aracılığı ile bebeklere geçmesiyle gerçekleşir. Çok nadiren, daha önce toksoplazma geçiren ve gebelikte immün yanıtı düşen gebelerin bebeklerinde de reaktivasyondan dolayı enfeksiyon gelişebilmektedir.

Klinik: Hastaların %70-90'ı semptomsuzdur. Ancak bunların göz, LP ve kraniyal görüntülemelerinde çoğunda patolojik bulgular saptanır. Bu nedenle yüksek hastalık şüphesine sahip bebeklerde bu taramaların yapılması gereklidir.

Hastalığın klasik klinik triadı: Koryoretinit + Hidrosefali + İntrakraniyal kalsifikasyon'dur.

Erken Dönem Klinik Bulgular: Hidrosefali (%20), koryoretinit (%86), intrakraniyal kalsifikasyonlar (%37), mikroftalmi, trombositopeni, anemi, konvülziyon, ateş, sarılık, hepatosplenomegali, lenfadenomegali, konjenital pnömoni, döküntü, BOS'da protein ve mononükleer hücre artışı vardır.

Geç Dönem Klinik Bulgular: Retinal ayrışma, neovaskülarizasyon, görme kaybı, katarakt, glokom, körlük, mikrosefali, konvülziyon, motor-mental gerilik, serebellar disfonksiyon, sensorinöral işitme kaybı, büyüme geriliği, puberta prekoks

Tanı: Gebeliğinde T. gondi geçiren anne bebeklerinde, gebeliğinde immünsüprese olan ve geçmişinde toksoplazma geçirme öyküsü olan anne bebeklerinde, konj. toksoplazma klinik bulguları olan bebeklerde ve tarama testi uygulanan ülkelerde Toksoplazma Ig M pozitif saptanan bebeklerde ek incelemeler {Göz muayenesi, nörolojik değerlendirme (BOS, Kraniyal USG veya BT), işitme testi} yapılmalıdır.

Tanı testlerinden;

Bebekte Toksoplazma Ig M: Pozitif ise kesin hastadır. Negatif ise hasta değil denemez.

Toxo Ig A ve toxo Ig E: Toxo Ig M'den daha duyarlıdır.

PCR T. Gondii: Dünyada sadece İngilterede bir laboratuvar mevcut.

Toxo. Gondii Ig G: Ayda bir kantitatif değerin artışı tanıyı (hem annede hemde bebekte bakılabilir) koydurur.

Bebegin Ig yanıtı 1 yıla kadar gelişemeyebileceği için aralıklı olarak toxo Ig G bakılabilir.

- Ig G titresinde 4 kat artış (2 hafta arayla)
 - ✓ $1 / 512 > \text{titre}$ (yakın zamanda veya mevcut enf. göstergesi)
 - ✓ Konj. toksoplazma bulguları olanlarda titre $1 / 256 >$
- Ig G (+) liğine ek olarak Ig M (+) leşmesi
 - ✓ Enfeksiyon geçmesine rağmen; Ig M 1 yıl kadar uzun (+) kalabilir. Onun için de Ig G avidite testi yapılır.
 - ✓ Avidite yüksekse → enfeksiyon 3-5 ay önce geçirilmiştir
 - ✓ Düşük avidite → akut enfeksiyon

Tedavi: Annesi gebe iken toksoplazmozis tanısı alan tüm bebekler (annenin tedavi alma durumuna bakılmaksızın), serolojik olarak toksoplazmozis tanısı konulan bebekler ve takiplerinde Ig düzeyleri yükselen bebeklere tedavi verilmelidir. Tedavide;

Primetamin 2mg/kg/gün (max 50 mg/doz) 2 gün sonra 1 mg/kg/gün max 25 mg 6 ay, sonra haftada 3 gün aynı doz 6 ay daha verilir.

Sulfadiazin 100 mg/kg/gün 2 doza bölünerek 1 yıl verilir (G6PD eksikliğinde hemoliz yapar yerine klindamisin eklenir)

Folik asit 10 mg/haftada 3 gün 1 yıl olarak kullanılmalıdır.

Korunma: Gebe olmayan enfekte kadınlar 6 ay süre ile gebe kalmamalıdır. Gebe kadınlar ise çiğ ya da az pişmiş etleri yemekten kaçınmalı ve çiğ ete dokunduktan hemen sonra ellerini yıkamalıdır. Kedi feçesi içerebileceğinden bahçede çalışmaktan kaçınmalı ve toprakla temas edilirse eller yıkanmalıdır. Fetal enfeksiyon gelişimini engellemek için gebe kadınlarda spiramisin kullanılmaktadır. Spiramisin; fetal enfeksiyon insidansını azaltır, maternal- fetal geçişi azaltır ancak sekel oranını azaltmaz. Spiramisin kullananlarda fetal enfeksiyon oranı %6'dır.

KONJENİTAL SİFİLİZ

Etken, *Treponema pallidum*'dur ve tek konak insandır. Dünyada her yıl 1 milyon gebe sifilizle enfekte olmaktadır. Prenatal dönemde takipsiz olan gebelerde daha sık saptanan sifilizin HIV taşıyıcılığıyla birlikteliği yüksektir. Sifilizin primer, sekonder ve tersiyer olmak üzere 3 klinik dönemi vardır. Primer ve sekonder sifiliz durumunda bebeğe bulaşıcılık daha yüksektir. *T. Pallidum* anne sütünden geçmez. Ancak memede şankr lezyonu var ise bebeğe geçebilir. Gebe iken sifiliz ile temas durumunda %40 düşük gelişir. Gebelik haftası arttıkça bebeğe geçiş oranı artar. Annede sifiliz primer veya erken latent dönemde ise geçiş yüksek (%60-90), geç latent dönemde ise düşüktür (<%10).

Gebelik süresince ve doğumdan sonraki 3 ay içerisinde sifiliz bulguları saptanan tüm anne bebekleri konjenital sifiliz yönünden değerlendirilmelidir.

Klinik: Konjenital sifilizin klinik bulguları erken ve geç dönemde farklılık gösterir.

Erken Konjenital Sifiliz Bulguları: Yaşamın ilk 2 yılında bebekte klinik bulgunun geliştiği durumdur. Hepatosplenomegali, sarılık, anemi, burun akıntısı, raş (pullanma tarzında döküntü), yaygın lenfadenomegali, büyük uzun kemiklerde osteokondrit gelişir. Plasenta genellikle büyük ve soluktur. Göbek kordonu ödemlidir. Burun akıntısı ve cilt lezyonları spiroket içerdiğinden oldukça bulaşıcıdır. Nonimmün hidrops, ateş, miyokardit, pnömoni, alt ekstremitte paralizisi, koryoretinit, glokom, katarakt, rektal kanama, NEK ve nefrotik sendrom nadiren görülen diğer semptomlarıdır.

Erken konjenital sifilizde, hastaların %40'ında santral sinir sistemi tutulumu vardır. Leptomenenjit ve kronik meningovasküler sifiliz başlıca iki bulgusudur. BOS bulgularında mononükleer hücre artışı ve protein artışı varken BOS glukozu normaldir.

Geç konjenital sifiliz ise klinik bulguların 2 yaşından sonra geliştiği durumdur. Etken parazitin uzun dönemde inflamasyonunun neden olduğu fibroz gelişme ve gomlar asıl kliniğin nedenidir. Frontal ve maksiller kemik öne doğru gelişir. Gözde

iki taraflı keratit, korneada skar ve glokom ile özellikle 8-10 yaşlarında ani gelişen sensorinöral işitme kaybı tipik olarak saptanır.

Gec Konjenital Sifiliz Bulguları Hutchinson dişleri, sert damakta delinme, perioral ragad, deride gommöz yapılar, dizde Clutton eklemi ve nörolojik yeteneklerin kaybı

Hutchinson triadı: Hutchinson dişleri + intertisyal keratit + sensorinöral işitme kaybı

Tanı: Tanıda kullanılan testler;

- **Karanlık alan mikroskopisi**
 - Hayvanlarda etkenin inokulasyonu
 - Biyopsi materyalinde histopatolojik etkenin saptanması
 - **Serolojik testler:**
 - ✓ Nontreponemal testler (VDRL, RPR) ve
 - ✓ Trepanomal testler (mikrohemagütinasyon: MHA-TP, floresan antikor : FTA-ABS)
 - **Sifiliz IG M** (plasentadan geçmez) sensitivite düşük
 - **PCR:** BOS ve kanda bakılabilir. Kullanımı yaygın değildir.
- Kesin tanı grubu ve hastalığın yüksek oranda mümkün olduğu gruba tedavi verilmelidir.
- **Kesin tanı grubu:**
 - ✓ Karanlık alan mikroskopisi, floresan antikor testi veya doku örneklerinde plasenta, kordon veya otopside T. Pallidum saptanması

➤ **Yüksek oranda mümkün grup**

- ✓ Anne tedavisiz veya yeterli tedavi almamış veya doğum zamanı tedavi almış annelerin bebekleri semptom aranmaksızın bu gruba girer
- ✓ Annesi ile ilgili bilgi olmayan ve treponomal testi reaktif saptanan bebekler eğer; fizik muayenede bir bulgu var ise, uzun kemik grafilerinde bir bulgu var ise, BOS VDRL reaktif ise, BOS protein veya hücre sayımı yüksek ise ve bebeğin nontreponomal test titresi anneden 4 kat fazla ise bu gruba girerler bu gruba girer.

Tedavi: Tedavide 10 gün parenteral penisilin kullanılır.

Kristalize penisilin: 50 000 Ü/kg ilk 7 gün günde 2 doz daha sonra günde 3 doz

Prokain penisilin: 50 000 Ü/kg İM günde tek doz 10 gün verilebilir.

1 günden fazla doz unutulduğu veya eksik yapıldığı takdirde 10 günlük tedavi baştan başlanır. Tanı konulmadan önce bebeğe Ampisilin tedavisi verilmiş olsa bile bu kesinlikle tedaviye sayılmaz ve yine penisilin 10 gün verilir. Penisiline karşı allerji/reaksiyon gelişir ise penisilin desensitizasyonu yapılarak tekrar penisilin uygulanır.

Konjenital sifiliz tanılı bebeğin annesi kesinlikle HIV açısından değerlendirilmelidir. Bebek; yıllık olarak iştme, görme ve nörolojik açıdan değerlendirilmelidir. Serolojik testler negatif veya titrede 4 kat azalma olana kadar 2 ayda bir kontrol edilir.

KONJENİTAL RUBELLA

Rubella; tek konağı insan olan, inkübasyon süresi 18 gün süren RNA virüsüdür. Virus anneye geçtikten 7-10 gün sonra viremi döneminde plasentayı enfekte eder. Kan yolu ile fetusa geçer ve fetusta sitopatik etki (apoptozu uyarak hücrenin ölümüne yolaçar), kromozom hasarı yapar ve enfekte ettiği hücrenin mitoz bölünmesini inhibe ederek etki gösterir. Özellikle gebeliğin ilk 10 haftasında anomalilere neden olurken 20. haftadan sonra genellikle anomali yapmaz.

Konjenital Rubella Enfeksiyonu: İntrauterin dönemde rubella ile teması ifade etmektedir. Bu durumda gebelik; düşük, ölü doğum, sendromik veya tamamen normal bir bebek ile sonlanabilir.

Konjenital Rubella Sendromu: **Gebelikte** rubella ile karşılaşıldığı takdirde değişik anomaliler (Konjenital kalp hastalığı, işitme kaybı veya glokom gibi göz bulguları) ile sonuçlanan durumlar kastedilmektedir.

Konjenital rubella sendromu, gelişmiş ülkelerde (aşılama programını tamamlamış) neredeyse hiç görülmez iken, gelişmekte olan ülkelere görülme sıklığı 100.000 canlı doğumda 10-90 arasında bildirilmektedir.

Klinik: Rubella virüsü tüm vücut hücrelerini enfekte ederek düşük, ölü doğum, prematürite, intrauterin gelişme geriliği ve konjenital anomalilere olmaktadır. Rubella enfeksiyonu geçiren bebeklerin çoğu yenidoğan döneminde asemptomatiktir. Klinik bulgular genellikle yaşamın ilk 5 yılında progresyon göstererek ortaya çıkar.

Konjenital Rubella Erken Dönem Klinik Bulguları: Kalp anomalileri (term bebekte PDA, periferik pulmoner stenoz, Fallot tetralojisi, PS, AS), işitme kaybı (iki taraflı ve sensorinöral), katarakt, glokom, retinit, bulanık kornea, hepatosplenomegali, sarılık, hepatit, hemolitik anemi, trombositopeni, peteşi ve purpura, intestinal pnömoni, multipl lenfadenopati, intrauterin gelişme geriliği, mikrosefali

Konjenital Rubella Geç Dönem Klinik Bulguları: Sensorinöral işitme kaybı (kalıcı ve iki taraflı). Konjenital rubellada uyarılan hücrel immünite endokrin organları hedef alan otoimmün antikor oluşumuna neden olmakta, bu durum; diyabet, tiroid yetersizliği ve büyüme hormonu eksikliği ile sonuçlanabilmektedir.

Konj. rubellalı hastaların %1-5'inde adölesan dönemde tip 1 diyabet gelişmektedir. Ayrıca pigmenter retinopati, katarakt, glokom, keratokonus ve mikroftalmi ve sistemik hipertansiyona yol açabilir. İleri dönemde psikomotor gerilik, subakut sklerozan panensefalit ve otizm yapar.

❖ **KLASİK TRIADI: KATARAKT + İŞİTME KAYBI + KALP ANOMALİSİ**

Tanı: Virüs izolasyonu, Rubella IgM pozitifliği ilk 2 ayda. Rubella IgG titresinin anneden fazla olması veya 6 ve 12 aylarda düşüş göstermemesi veya aviditenin düşük olmasına bakılır ve Rubella PCR tanıda kullanılır.

Konj. Rubella düşünülen olgularda; EKO, kan sayımı, karaciğer fonksiyon testleri, gözdzibi muayenesi, işitme testi, uzun kemik grafileri, kraniyal USG veya BT, lomber ponksiyon tetkikleri yapılmalıdır.

Korunma:

Fertil çağıdaki riskli kadın popülasyonun aşlanması gerekir. Rubella aşısı canlı atenüe aşı olduğu için kontrendikedir. Aşı olduktan sonraki üç ay içinde gebe kalınmamalıdır. Gebe kadın rubella ile temas etmiş ise pasif immunizasyon denir ancak tam olarak fetusa geçişi engellemez. Konjenital rubellalı hastaların %20'sinin 1 yaşında virüsü bulaştırmaya devam ettiği unutulmamalı ve risk grubundaki kişilerin bu hastalarla teması engellenmelidir.

KONJENİTAL SİTOMEGALOVİRÜS

En sık saptanan konjenital enfeksiyon etkenidir. Tüm canlı doğanların %0.5-2'sinde saptanır. Primer enfeksiyonun gebelik esnasında geçirilmesi veya gebelik süresince reaktivasyon olması durumunda CMV bebeğe geçebilmektedir. Gebeliğinde primer enfeksiyon geçiren kadınların %40'ında bebekler enfekte olur. Gebeliğin ilk üç ayında annedeki CMV enfeksiyonunun reaktif olması ile de konjenital CMV enfeksiyonu gelişebildiği bildirilmiştir. Gebeliğin ilk 3 ayında

enfeksiyonun bebeğe geçme oranı daha düşük iken, bu dönemde bebekte sekel yapma olasılığı daha fazladır. Fetal geçiş dört yolla olmaktadır: Transplasental, serviksten yukarı doğru, doğum esnasında ve anne sütü ile. Neonatal CMV enfeksiyonlarının yarısı doğum sırasında geçiş nedeniyle olmaktadır.

Klinik:

Bebeklerin %90'ı doğumda asemptomatiktir. Ancak bunların %5-15'inde ileri dönemde sekel gelişmektedir.

Konj. CMV Erken Dönem Klinik Bulguları: Sensorinöral işitme kaybı, sarılık (%67), hepatosplenomegali (%60), peteşial döküntü (%76), organ tutulumu (mikrosefali, koriyoretinit, serebral kalsifikasyon, konvülziyon, pnömoni, letarji), trombositopeni, hemolitik anemi ve transaminazlarda artış

Konj. CMV Geç Dönem Klinik Bulguları: Sensorinöral işitme kaybı, görme bozuklukları, optik atrofi, posterior üveit, retinal skar, psiko-mental gerilik.

Tanı:

Prenatal amniyosentez (kültür) enfeksiyonu gösterir. Kordosentez (IgM) fetal durumu gösterir. Sıvı sekresyonlarda virüs izolasyonunun yaşamın ilk 3 haftasında yapılması tanı koydurabilir. CMV DNA PCR ve CMV Ig G aviditesi tanı koymada kullanılabilir. CMV Ig M pozitifliği kord kanında veya bebekte saptanması tanı koydurur.

Tedavi:

Tedavi semptomatik olan bebeklere verilmelidir. **Viral yükü yüksek olan hastalarda, santral sinir istemi tutulumu, göz bulguları ve pnömonide tedavi önerilmektedir.** Tedavide **Gansiklovir 8-12 mg/kg/gün (iki dozda), 6 hafta süreyle kullanılır.**

KONJENİTAL HERPES ENFEKSİYONU

Genel popülasyonda bulunan HSV suşları 2 serolojik subtipte sınıflandırılmaktadır.

HSV-1: Oral enfeksiyonların (gingivastomatit,farenjit) %98' ine, primer genital herpes vakalarının %7-50' ine ve yenidoğan dönemi hariç ensefalitlerin hemen tamamına sebep olur.

HSV-2: Genital herpes vakalarının %90'ı, rekürren genital herpes vakalarının %99'u ve septik menejitlerin büyük çoğunluğuna sebeptir. HSV Tip -2 yenidoğandaki herpes enfeksiyonlarının %75-85'inden sorumludur.

Bebek virüsü doğuma yakın dönemde annenin genital yollarından primer enfeksiyon veya hastalığın reaktivasyonu sonucu oluşan lezyonlardan alır. Annede primer enfeksiyonda neonatal enfeksiyon riski yüksekken rekürren enfeksiyonda neonatal enfeksiyon riski düşüktür. Eğer annede doğum sırasında aktif genital herpes enfeksiyonu varsa ve membranlar intaktsa veya 4 saatten daha kısa süreli rüptür olmuşsa sezeryan ile doğum düşünülmelidir.

Klinik: Konjenital HSV enfeksiyonu üç farklı klinikte ortaya çıkmaktadır.

Lokalize cilt, göz ve ağız bulguları (SEM) (%50): Postnatal 1. saat ile 2 hafta arasında semptomlar gelişir. Bulgular cilt, göz, ağız ve mukoz membranlarla sınırlıdır. Tedavi edilmeyen hastaların % 60-70'inde CNS/Dissemine hastalık tablosu gelişir. Tedavi edilse bile uzun dönemde hastaların %30'unda nörolojik sekel gelişmektedir.

Lokalize santral sinir sistemi tutulumu (CNS) (%35): Özellikle temporal lobları tutan, iç organ tutulumu olmayan ensefalit tablosu ön plandadır. Postnatal ilk üç hafta içinde semptomlar gelişir. (Isı düzensizlikleri, beslenme bozukluğu, solunum sıkıntısı, apne, şok, cilt lezyonları olabilir ya da olmayabilir). Tedavisiz sağkalım oranı % 2-5'dir.

Çoklu organ tutulumu ile giden dissemine hastalık tablosu (%15-20): Yaşamın ilk gününde bulgu verir. **Hepatit, pnömoni ve DIC** görülebilir.

Cilt lezyonları genellikle doğumda yoktur. İlerleyen günlerde ortaya çıkabilir.

Tanı:

HSV kültürü: 1-2 gün içinde sonuç verir (Sitopatik etki). Yüzey Kültürleri. Ağız (40-50%), göz (25%), rektum , cilt

DFA: Sensitivite %75, spesifite %85. **PCR:** DISSEM – 93%, CNS – 76%, SEM – 24%

Tedavi: **HSV-SEM:** Asiklovir 60mg/kg/day 3 dozda, 14 gün

HSV-DİSSEMİNE ve HSV-CNS: Asiklovir 60mg/kg/gün 3 dozda, 21 gün

KONJENİTAL VARİSELLA ENFEKSİYONU

Etken: Varicella (chickenpox) ve herpes zoster'dir. Gebeliğin 8–20 haftasında enfeksiyonu geçiren anne bebekleri etkilenir. Ciltte dermatom haritasına uyan skar ve pigmentasyon kaybı, katarakt, mikroftalmi, koryoretinit, kortikal atrofi ve konvülzyon en sık saptanan klinik bulgulardır. Ekstremitte kısalığı ve kas atrofisi ile de bulgu verebilir.

Neonatal Varicella Enfeksiyonu: Doğumdan 5 gün önce annenin enfeksiyonu geçirmesi veya bebeğin yaşamın ilk 2 haftasında varicella geçirmesi durumunda neonatal varicella enfeksiyonu ciddi seyreder ve %25 oranında mortaliteye neden olur.

Tanı: Vezikül sıvısından veya BOS'tan PCR veya Floresan antikor testi IgM ve IgG

Tedavi:

VariZIG (insan kaynaklı varisella zoster immunglobulin):

Doğumdan 5 gün önce veya 2 gün sonra varisella döküntüsü çıkaran anne bebeklerine, annesi daha önce varisella geçirmemiş, preterm >28 haftalık bebek neonatal dönemi boyunca VZV ile temas ederse ve preterm bebek gebelik haftası <28 hafta veya doğum ağırlığı <1000 g ve neonatal dönemde VZV ile temas ederse verilir.

VariZIG; temastan sonra 96 saat içerisinde verilmelidir. İM olarak 125 Ü yapılır. VariZIG bulunamıyor ise IVIG verilebilir. Annede aktif lezyon varlığında bebekten ayrılır, bebek anneden izole edilmelidir. Yenidoğan ünitesinde yatan bebekte varisella geliştiğinde de bebeğin izole edilmesi gerekir. Ayrıca serviste yatan ve annesi seronegatif olan tüm bebeklere ve <28 hafta veya <1000 gram doğum ağırlığı olan tüm bebeklere annedeki seroloji değerlendirmesi yapmadan VariZIG yapılır. VariZIG verilen tüm bebekler yeni hasta yatışlarından 28 gün boyunca izole edilmelidir.

Asiklovir: 30 mg/kg/gün 3 doza bölünerek verilir. Mortaliteyi azaltır. Hem anneye hem de bebeğe bakacak olan sağlık görevlilerinin varisella açısından bağışıklı olması gerekir.

Anne sütüne VZV geçişi tam olarak bilinmemekle birlikte anne sütünde virüs DNA'sı saptanmıştır. Ancak anne üstündeki antikorların koruyucu etkisinden dolayı anne sütü ile beslenme önerilmektedir.

KONJENİTAL HIV

Yaşamın ilk 18 ayında anneden geçen antikorlar nedeni ile bebeğe HIV enfeksiyonu tanısı koymak oldukça güçtür. Ancak erken tanı konularak erken antiviral tedavi başlanan hastalarda prognoz daha iyidir. Anneden geçen antikorların kaybolması ortalama 10 ayı bulur. (18 aya kadar uzayabilir). Bebeğe HIV enfeksiyonu tanısı 18 aya kadar HIV DNA PCR ile viral yük bakılarak konur. Kordon kanı anneden kan bulaş riski olduğundan kullanılmamalıdır. HIV ile enfekte bebek tanısının konulabilmesi için öncelikle annenin durumunun kesin bilinmesi gerekir. Tüm gebelerin gebelikleri süresince anti-HIV antikorları ile taraması önerilmektedir. HIV durumu bilinmeyen gebelerde öncelikle anti HIV antikorları bakılır. Pozitif saptanması durumunda bebekte HIV DNA PCR bakılır. Testin 24-48 saat sonra yapılması doğruluk payını artırır.

Tedavi:

Anne s  t   kesilir. Canlı a  ıllar yapılmaz. Annede HIV saptanan ve bebekte HIV DNA PCR negatif olan bebeklere en az 6 hafta antiretroviral tedavi verilir. E  er bebekte de HIV DNA PCR pozitif ise uygun antiretroviral tedavi ile koruyucu olarak trimetoprim s  lfametaksazol ba  lanır.

KONJENİTAL ENFEKSİYON TARAMA PROGRAMLARI

Dr. Nazan DALGIÇ KARABULUT

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

Konjenital enfeksiyonlar tüm konjenital anomalilerin %2-3'ünü oluşturur. TORCH sendromu (Toxoplasmosis; Other=Diğer; sifiliz, varisella zoster, parvovirus B19; Rubella; cytomegalovirus; Herpes Simplex virus) kısaltması konjenital anomalilere sebep olan ve sık karşılaşılan enfeksiyonlardan bazılarının toplu halde tanımlanmasından oluşan bir grup hastalıktır. TORCH enfeksiyonları çoğu annede hafif bir hastalığa sebep olurken fetus üzerine etkileri ise çok ağır seyreder. Annedeki enfeksiyonun tedavisi sıklıkla fetal sonucu etkilemez. Bu nedenle en ideal yöntem prenatal dönemde maternal hastalığın farkına varılması ve fetusun daha anne karnında iken alınabilecek önlemler ve verilebilecek tedaviler açısından dikkatle değerlendirilmesidir. Eğer annenin hamileliğinde bu enfeksiyonları tanıma şansımız olmaz ise burada devreye yenidoğan döneminde yenidoğan tarama testleri ile bu enfeksiyonların en erken evrede tanınıp bebeğe yeterli medikal desteğin zamanında sağlanması ile oluşabilecek hasarın en aza indirilmesi devreye girer.

Yenidoğan tarama programları genetik ve metabolik durumları içeren konjenital bozukluklar, işitme kaybı, hemoglobinopatiler ve human immunodeficiency virus (HIV) ve toxoplazmosis gibi enfeksiyonları içeren bir grup testlerden oluşmaktadır. Bu programlarla taranan çoğu hastalık doğumda herhangi bir klinik bulguya sahip değildir. Tarama testlerinin amacı tespit edilen hastalığa herhangi bir belirti vermeden tanı koymak, gerekli tedaviye başlayarak mortalite ve morbiditeyi azaltmak ve toplum sağlığı hizmetlerine katkıda bulunmaktır. Yenidoğan taramalarındaki amacımız ise; ülkemizde doğan tüm yenidoğanları kaliteli bir tarama programı ile taramak ve gerekli tanı ve tedavi yöntemlerini

uygulayarak mortalite ve morbiditeyi azaltmaktır. Hangi hastalığın yenidoğan döneminde tarama kapsamına alınacağı toplumda yeterli sıklıkta görünüyor olması (insidansı bilinmeli ve sık olmalı) ve toplumda önemli bir sorun olması (yüksek mortalite/morbidite), tanıda gecikmenin bebekte geri dönüşümsüz hasar yaratabilecek olması, basit ve güvenilir testlerle taranabiliyor olması, maliyet/yarar oranı yüksek olmayan hastalıklar olması, yenidoğan dönemindeki belirtilerinin az olması ve klinik olarak atlanabilir olması, erken tanı konulması halinde hastalığın seyrinde değişiklik yapılabilmesi yada tamamen tedavi edilebilmesi ile ilişkilidir.

Sonuçta ideal bir tarama testi; pahalı ve invazif olmayan, hastalığı taramada özgünlük ve duyarlılığı yüksek olan bir test olmalıdır. Yenidoğan tarama programlarının ilk hedefi doğumsal metabolik hastalıklar olmuştur. Sonrasında konjenital enfeksiyonları da içeren 50' den fazla hastalık bu programa dahil edilmiştir. Yenidoğan döneminde konjenital olarak edinilmiş çeşitli enfeksiyonların yenidoğan taraması programında tespit edilmesi uygun bir yaklaşımdır. Fakat şu aşamada rutin yenidoğan taraması HIV ve toxoplazmosis'i içeren iki enfeksiyon hastalığı için mevcuttur. Özellikle enfeksiyon hastalıklarını içeren tarama panelini tarama amaçlı kullanma kararı hastalığın prevelansı, ekonomik boyutu, etik ilkeler ve her toplumun kendisine özgü kurallarına bağlıdır. HIV virusunun anneden bebeğe vertikal geçişi iyi bir şekilde dökümente edilmiş ve perinatal HIV-1 geçişini azaltmak için anne sütü verilmesinden kaçınılması, elektif sezeryan uygulaması, ve antiviral tedavinin etkinliği kanıtlanmıştır. İdeal olarak konjenital HIV geçişini önlemek için anneye antenatal taramanın yapılması şiddetle tavsiye edilmekle beraber etik nedenlere ve toplumsal bakış farklılıklarına bağlı olarak bu yaklaşım her zaman mümkün olamamaktadır. İkinci bir şansımız yenidoğan taraması ile HIV ile enfekte doğan çocukların tayin edilmesi ve felaket verici sonuçlarının önlenmesidir, buda moleküler metodlardan faydalananak viral yükün tayin edilmesi veya immunoassay metodunu kullanarak spesifik antikorların tespit edilmesi ile başarılabilir.

Toxoplasma gondii’nin neden olduğu konjenital toksoplazmosis enfeksiyonu çoğu yenidoğanda doğumda asemptomatiktir fakat tedavisiz kalan enfekte bebeklerde ileri yaşamlarında nörolojik anomaliler veya retinal hastalık gelişebilir. Toksoplazmosise spesifik IgM antikorlarının DBS (dried blood-spot) örneklerinde gösterilmesi ile enfekte yenidoğanlar tespit edebilir. Anormal tarama test sonuçları bebek ve anne serumundan bakılacak spesifik IgM ve IgG tayini ile konfirme edilip en erken sürede enfekte bebekte tedaviye başlanabilir.

Yenidoğan taraması başlatılan halk sağlığı programlarından en başarılılarından biridir. İlk kez 1962 yılında başlatılan yenidoğan taramalarından beri, yenidoğan taramasıyla tespit edilebilecek hastalık sayısı da dramatik olarak artmıştır. Bu durum büyük oranda hastalıkların biyomarkır analizleri için kullanılan tekniksel gelişmelere, çoğu hastalığın tedavi stratejilerindeki gelişmelere ve tarama programları ile hastalıkların tespitinin mümkün olduğunu fark eden ve bunu destekleyen toplum ve ailelerin aktif katılımına bağlıdır. Yenidoğan taramasındaki gelişmeler ilave hastalıkların ve ileri düzey teknolojik gelişmelerin artması ve yayılması ile gelecekte hızla artmaya devam edecektir. Önümüzdeki en büyük engel, tarama ile hastalıkların tespit edilmesindeki gelişmelerin bu hastalıkların uygun yönetimi için gerekli altyapı kaynaklarının veya medikal dünyanın şartlarının gerisinde kalınmasında yatar.

Kaynaklar

1. Sahai I, Marsden D. Newborn Screening. Crit Rev Clin Lab Sci 2009; 46: 55-82.
2. De Jong EP, Vossen AC, Walther FJ et al. How to use neonatal TORCH testing. Arc Dis Child Educ Pract Ed 2013; 0: 1-9.
3. Newborn screening: toward a uniform screening panel and system-executive summary. American College of Medical Genetics Newborn Screening Expert Group. Pediatrics 2006; 117: S296-307.
4. Impact of expanded newborn screening-United States, 2006. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2008; 57: 1012-5.

19 NİSAN 2013 / SALON B

12:00 - 13:00

Sık Enfeksiyon Geçiren Çocuğa Yaklaşım

Oturum Başkanları: *Nuran SALMAN , Feyzullah ÇETİNKAYA*

Konuşmacı: *Ayper SOMER*

SIK ENFEKSİYON GEÇİREN ÇOCUĞA YAKLAŞIM

Prof. Dr. Ayper SOMER

İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik İmmünoloji Bilim Dalı

Sık enfeksiyon geçirme çocukluk yaş grubunda doktor ziyaretlerinin en sık nedenlerinden birisidir. Sık enfeksiyon deyimi ile enfeksiyonların sayıca fazla olması, ağır seyirli olması, uzun süreli enfeksiyonlar olması, nadir komplikasyonların gelişmesi veya standart tedaviye yetersiz yanıt durumlarından herhangi birisinin varlığı kastedilmektedir. Bir çocuğun senede ≥ 2 ağır enfeksiyon geçirmesi, sinüzit, otit, bronşit gibi solunum yolu enfeksiyonlarından yılda ≥ 3 kez geçirmesi, yılda $\geq 8-10$ tonsillofarenjit atağı veya yılda ≥ 2 ay antibiyotik kullanım gereği de sık enfeksiyon kavramına alınmaktadır. Sık enfeksiyon nedenleri 4 ana grupta toplanmaktadır: 1) Normal ancak şanssız çocuk (tüm vakaların %50'si); 2) Atopik çocuk (%30); 3) Kronik hastalığı olan çocuk (%10); 4) İmmün yetersizliği olan çocuk (%10) (HIV dahil). Sık enfeksiyon geçiren çocuğu değerlendiren hekimin ana görevi normal ama şanssız çocuk grubunda yer alan immün yetersizliği kronik hastalığı ve atopisi olan çocuğu belirlemektir. Burada en önemli aciliyeti immün yetersizlik grubu oluşturmaktadır. Primer immün yetersizliklerin büyük kısmının tedavisinde yer alan kemik iliği nakli için hastanın mümkünse enfeksiyon geçirmeden nakile hazırlanması gerekmektedir.

Normal ama Şansız Çocuk: Sık enfeksiyon geçiren vakaların %50'si bu grupta yer almaktadır. Normalde bir çocuk yılda ortalama 4-8 solunum yolu enfeksiyonu geçirir. Şanssız çocuklarda ise bu sayı 10-11'i bulur. Kalabalık ortamlardan uzak tutulan çocuklarda bu sayı yılda 1-2 kadar az olabilir. Yaşça büyük kardeşleri olan ya da anaokulu veya kreşe giden çocuklarda ise sayı yılda 10-12'i bulabilir. Bu çocukların büyüme ve gelişmeleri normaldir. Uygun tedaviye

abucak yanıt verirler ve enfeksiyonlar arasında tamamen sağlıkladırlar. Fizik muayene ve laboratuvar testleri normaldir.

Atopik ocuk: Tekrarlayan enfeksiyonları olan çocukların %30'u atopiktir. Bu ocukların da büyüme ve gelişme genellikle normaldir. Aalerjik yüz görünümü gibi bulgular olabilir. Normal IgE düzeyi IgE-aracılı alerjiyi ekarte eder, ancak bebeklerde yalancı negatiflik olabilir. IgE >100 IU/mL alerjiyi kuvvetle düşündürür, ancak tek başına atopik hastalık için tanı koydurucu değildir.

Kronik Hastalığı Olan ocuk: Tekrarlayan enfeksiyonu olan çocukların %10'unda altta yatan bir kronik hastalık bulunmaktadır. Bu ocuklarda sıklıkla gelişme geriliği, kilo alımında yetersizlik, hasta görünüm ve mevcut kronik hastalığa özgü fizik muayene bulguları mevcuttur.

İmmün Yetersizliği Olan ocuk: Tekrarlayan enfeksiyonları olan çocukların %10'unda immün sistemin bir ya da daha fazla kolunda defekt olduğu bildirilmiştir. Sekonder immün yetersizlik genellikle geç çocukluk dönemlerinde, primer immün yetersizliklerin çoğu kalıtsal olarak geçer ve hayatın ilk yıllarında g r l r. Sekonder ve primer immün yetersizliklerde malignite ve otoimmün hastalıklara eğilimi artar. Ailede immün yetersizlik öyküsü, akraba evliliği, kardeş ölümleri ve diğer bazı bulguların varlığı bu tanıdan şüphe edilmesini sağlar ve immünolojik sistemin değerlendirilmesi ile tanı kesinleştirilir. Sık enfeksiyon geçiren çocuğun değerlendirilmesi ayrıntılı öykü alımı ile başlar. Öncelikle enfeksiyöz epizotların lokalizasyonları, tanının nasıl konulduğu, enfeksiyonun ciddiyeti ve süresi, üretilen patojenler, uygulanan tedaviye yanıtı, cerrahi girişim gerekip gerekmediği sorgulanır. Hastanın doğal durumlar dediğimiz sık rastlanan herpes enfeksiyonu, suçiçeği gibi hastalıklara yanıtı ve canlı aşılar sonrası geliştirdiği reaksiyonlar varsa kaydedilir.

Doğum ve gelişim öyküsünde prenatal bakım ve annenin gebelik sırasında geçirdiği hastalıklar, doğum öyküsü, gestasyon yaşı ve doğum ölçüleri, yenidoğan dönemindeki sorunlar, sarılık, solunum sıkıntısı, sepsis öyküsü, yoğun bakım öyküsü, kan ürünleri alım öyküsü, göbek kordonunun düşme zamanı, tartı alımı ile ilgili sorunlar ve gelişim basamakları tek tek sorgulanmalıdır. Ayrıca aşılama öyküsü, aşı komplikasyonları, diğer hastalıklar ve hastaneye yatış öyküleri, kullandığı tüm ilaçlar kaydedilmelidir. Sık enfeksiyon geçiren çocuklara yaklaşımda aile öyküsü çok önemlidir. Akriba evliliği öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Aile ağacı ayrıntılı olarak çizilmeli ve ölüm nedenleri kaydedilmelidir. Aile bireylerindeki tüberküloz, hepatit, HIV başta olmak üzere tüm enfeksiyonlar sorulmalıdır. Aile bireyleri ve özellikle kardeşlerdeki immün yetersizlik öyküsü veya açıklanamayan erken dönem ölümleri yaklaşımda yönlendirici parametrelerdir. Ayrıca aile bireylerindeki alerjik durumlar, kollajen vasküler hastalıklar, maligniteler de önemlidir. Hastanın kardeş sayısı, yuva veya kreşe gitme, pasif sigara içiciliği, biberonla beslenme, yakın zamandaki seyahat öyküsü, enfeksiyon geçiren bireylerle temas öyküsü de sorgulanmalıdır. Yakınmaların başlangıç yaşı da altta yatan nedenin bulunmasına yardımcıdır. Benzer şekilde enfeksiyonların lokalizasyonları da tanıda önemlidir. Etken mikroorganizmalar eğer izole edilebildiyse ayırıcı tanıda çok yardımcı olmaktadır. Fizik muayene ayrıntılı olarak yapılmalı vital bulgular, atopi bulguları, orta hat defektleri, dismorfik bulgular, lenfadenopati, hepatosplenomegali varlığı, döküntüler, ağız ve diş muayenesi ve diğer sistem muayeneleri önemlidir. Laboratuar değerlendirmesinde öncelikle basit tarama testleri yapılmalıdır. Tam kan sayımı, periferik yayma incelemesi, tam idrar analizi, sedimentasyon hızı birçok durumun ayırt edilmesinde yeterli olmaktadır. İmmün yetersizlik şüphesinde ise öncelikle antikor düzeylerine bakılmalı ve duruma göre daha ileri tetkikler bir İmmünolog danışmanlığında planlanmalıdır. Burada önemli olan ciddi enfeksiyonları olan ve acil tedavi yaklaşımı gerektiren immün yetersizlikli çocukları saptamaktır.

19 NİSAN 2013 / SALON B

14:00 - 15:00

Kronik Hasta Çocuk İzleminde Hekimlik Sanatı

Oturum Başkanları: *Yıldız YILDIRMAK , Uğur DİLMEN*

Konuşmacı: *Mehmet ERTEM*

KRONİK HASTA ÇOCUK İZLEMİNDE HEKİMLİK SANATI

Prof. Dr. Mehmet ERTEM

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

Kronik hasta tanımı çok farklı şekilde yapılabilmektedir. Kronik hastalık bazı araştırmacılar tarafından tamamen tedavi edilemeyen hastalıklar olarak tanımlanırken bazı araştırmacılar da çocuğun fonksiyonunu bozan ve en az 3 ay süren hastalıklar olarak tanımlamaktadır. Daha geçerli kabul edilen kronik hastalık tanımında ise hastalığın biyolojik, psikolojik veya bilişsel bir kökeninin olması ve bu hastalığın en az bir yıl sürmesi ve çocukta yaşatlarına göre fiziksel, duygusal veya sosyal gelişim açısından bir engel oluşturması veya bu engelin aşılabilmesi için sürekli ilaç, özel diyet, destekleyici aletler, psikolojik veya özel eğitim desteğine gereksinim olması gerekmektedir. Kronik hastalık tanımının nasıl yapıldığına göre oldukça değişkenlik göstermekle birlikte çocukluk çağında kronik hastalığının olduğu kabul edilenlerin oranı 10 yaşından sonra %15'lerin üzerine çıkmaktadır. Günümüzde kronik hastalık sıklığı tıp alanındaki ilerlemeler ile daha da artmaktadır. Örneğin çok düşük doğum ağırlığı olan erken doğmuş olan bebekler artık yaşatılabilmekte ama bazı kronik sorunları da taşımaktadırlar. Benzer şekilde çocukluk çağının en sık görülen maliyn hastalığı olan lösemiler daha büyük oranlarda tedavi edilebilmekte ama bu hastalar bazı kronik sorunlar ile birlikte yaşamlarını sürdürmektedirler. Kronik sorunu olan çocuklardaki kronik sorunun hayati tehdit edici olması da gerekli değildir. Örneğin kistik fibrozis, kronik böbrek yetmezliği, primer immün yetmezlikler ve lösemi gibi hastalıklar hem kronik olup hem de hayati tehdit edici ağırlıktadır. Ancak hayati tehdit edici olmasa da bir çocukta öğrenme güçlüğüünün, dikkat eksikliğinin, otizmin veya tekrarlayan demir eksikliğinin veya kronik immün trombositopenisinin (ITP) olması da hayati tehdit edici olmasa bile kronik sorunlar oluşturmaktadır. Kronik sorunu olan çocukların en doğru şekilde takip ve tedavi edilebilmesi için bazı temel

prensiplere uyulması gereklidir. Kronik çocuk hastaların izleminde kalitenin yüksek olabilmesi için izlendiği merkezin ve izleyen hekimin sürekliliğinin olması bir ön koşuldur. Kronik sorunu olan hastayı sürekli olarak izleyecek olan çocuk hekiminin hastaya tanı konduktan sonra izleyecek olan hekim olması gerekir. Bu hekim hastaya veya hasta yakınlarına kronik sorun hakkında bilgilendirmeyi yapması ve varsa soruları dinlemesi gerekir. Bu aşamadan sonra aynı hekimin tedavi planını yaparak çocuk veya aile ile bu tedavi planını gözden geçirmesi gerekir. Kronik hastalığı olan çocuk bazen akut sorunlar ile acile gelebilir veya farklı hekimler tarafından görülebilir. Ancak planlanan tedavi planında değişiklik yapılması gerekiyorsa bunu hastayı izleyen hekimin yapması gerekir. Hastanın ve ailesinin tedaviye uyumunu arttıran en önemli faktörlerden birisinin izleyen hekimin aynı kişi olduğu bilimsel olarak da kanıtlanmıştır. Aynı hekim tarafında sürekli izlem olduğu takdirde tedaviye ve randevulara uyumun daha iyi olduğu, acil servise başvuruların veya hastaneye yatışın daha az olduğu ve tedavi sürecinin hem hekim hem de hasta açısından daha tatmin edici olduğu bilimsel araştırmalar sonucunda gösterilmiştir.

Sürekli hasta izleminin ilk basamağını hastalık ve tedavisi hakkında en uygun şekilde bilgilendirmenin yapılması oluşturur. Bilgilendirmeyi en iyi şekilde yapmak tutum eğitimi ve deneyim gerektirir. Hasta veya ailesini bilgilendirmenin önemi kavranmadığı takdirde sadece hekimlik deneyimi ile en doğru şekilde bilgilendirme yapabilmek mümkün değildir. Öncelikle bilgilendirmeyi yapan hekimin bilgilendirme yapacağı hastalık konusunda yetkin olması gereklidir. Hiçbir hekimin her hastalık için her türlü detayı bilmesi mümkün değildir. Bu nedenle bilgilendirme öncesi gerekiyorsa son literatürleri okuyarak hazırlık yapmak gerekebilir. Bundan daha da önemlisi bilgilendirmeyi yaparken hastanın veya ailesinin sorunlarını hekimin yüreğinde hissetmesidir. Şayet hekim bunu hissetmiyorsa konusunda ne kadar yetki olursa olsun hastaya veya ailesine ulaşabilmesi ve o bilgilerini aktarabilmesi mümkün değildir. Bundan sonra

bilgilendirme yaparken hastanın veya ailesinin eğitim, ekonomik ve kültürel özelliklerini veya düzeylerini göz önüne alarak konuşmayı yapmak gereklidir. Bu ilk bilgilendirme özel bir odada yapılmalı ve kesinlikle ayak üstü veya hasta odasının önünde yapılmamalıdır. Bu görüşme sırasında hasta çocuğun annesi ve babası dışında tercihen kimse bulunmamalıdır. Gerekli ise ve anne/baba istiyorsa birinci derece aile yakınlarına anne ve babanın yanında ayrıca bilgilendirme yapılabilir. Hastanın anne ve babasının olmadığı bir ortamda diğer aile yakınlarına bilgi verilmemelidir. Hasta çocuğun yaşına uygun olarak her durumda ayrıca bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirme sırasında çok anlaşılır konuşmaya dikkat etmelidir. Bu sürede ne kadar duygulanırsa duygulanılsın profesyonel duruşun korunması gereklidir. Konuşmanın süresini ve detayını karşı tarafın çok dikkatle gözlemleyerek karar vermek gereklidir. Bilgilendirme sırasında özellikle çok fazla konuşmamak, çok fazla detay vermemek, gereksiz öykü veya olaylardan bahsetmemek, çok fazla öğüt vermemek ve boş umutlar vermemek gereklidir. Bilgilendirme yaparken tüm bunların yanı sıra hastanın anne ve babasının anlatılanları kavraması ve gerekiyorsa soru sorması veya duygularını kontrol edebilmesi için gerekli zaman verilmesi ve sorulan hiçbir sorunun gereksiz olduğunun söylenmemesi gereklidir.

Kronik hastalığı olan bir hastayı takip eden çocuk hekimi hastalık ve tedavisi hakkında hastayı ve ailesini bilgilendirdikten sonra takip ve tedavisine devam etmelidir. Bu izlem sürecinde hastalığın iyiye gitmemesi veya kötüleşerek hayatı tehdit etmesi gibi dönemler olabilir. Bu evre de kronik hasta izleminde çok önemlidir. Yıllarca izlenen bir hastanın en kötü anında veya ölümden önce yanında bulunmak çok önemlidir. Bu dönemde hasta ve ailesine kendilerini sürekli izleyen hekim dışında bir başka hekimin yardımcı olabilmesi mümkün değildir. Bu dönemde hekime öncesinden daha fazla görev düşmektedir ve bu süreci en uygun şekilde geçirilmesini sağlamak bir sanattır. Hekimin bu süreci en iyi şekilde yönlendirebilmesi ve hasta ile ailesine destek olabilmesi için ilk olarak bunun

anlamını çok iyi kavramış olması gereklidir. Bu dönemde hekimin hastanın yanında olması ve çekinmeden gözünün içine bakabiliyor olması çok önemlidir. Hastanın ve ailesinin bu dönemde aslında tek istediği şey yıllardır kendilerini tedavi eden hekimin yanında olmasıdır. Bu dönemde hastayı rahat ettirecek her türlü desteğin sağlanacağını hastaya hissettirmek çok önemlidir. Bu süreçte hasta ile hekimin birlikte olması ve hekimin hastanın her türlü soruyu sormasına olanak sağlaması gereklidir.

Özet olarak, kronik hasta izleminde hekim ve merkez sürekliliğinin sağlanması, hekimlerin sürekli hasta izlem eğitimini almış olması, hasta ve ailesinin en uygun şekilde hastalık hakkında bilgilendirilmesinin yapılması, birinci derecede sorumlu hekimin gerekli bölümlerden destek alınmasını planlaması ve en zor anında da hastanın yanında olması çok önemlidir.

KAYNAKLAR

1. van der Lee JH et al. Definitions and measurement of chronic health conditions in children. JAMA 24: 2741-51, 2004.
2. McPherson M et al. A new definition of children with special health care needs. Pediatrics 102: 137-140, 1998.
3. Sawyer SM et al. Adolescents with a chronic condition: challenges living, challenges treating. Lancet 369: 1481-89, 2007.
4. van Servellen G et al. Continuity of care and quality care outcomes for people experiencing chronic conditions: A literature review. Nurs Health Science 8: 185-95, 2006.
5. Miller AR et al. Continuity of care for children with complex chronic health conditions: parents' perspectives. BMC Health Services Res 9: 242-53, 2009.
6. O'Malley AS. Current evidence on the impact of continuity of care. Curr Opin Pediatr 16: 693-99, 2004.
7. van Walraven C et al. The association between continuity of care and outcomes: A systematic and critical review. J Eval Clinical Prac 16: 947-56, 2010.

20 NİSAN 2013 / SALON B

08:30 - 09:30

Türkiye'de Gelişimsel Pediatriinin Önemi

Oturum Başkanları: *Esin KOÇ , İlgi ERTEM*

Prematüre Bebeğin İzlemi

Asuman ÇOBAN

20 NİSAN 2013 / SALON B

09:30 - 10:30

Prematüre Sorunları

Oturum Başkanları: *Yıldız ATALAY , Eren ÖZEK*

Prematüre Bebeğin Erken Dönem Sorunu:

Intrakraniyal Kanama

Rahmi ÖRS

Prematüre Bebeğin Geç Dönem Sorunu:

Bronkopulmoner Displazi

Ayşegül ZENCİROĞLU

PREMATÜRE BEBEĞİN ERKEN DÖNEM SORUNU: İNTRAKRANİYAL KANAMA

Prof. Dr. Rahmi Örs

Konya Necmettin Erbakan Üniversitesi

Meram Tıp Fakültesi Pediatri AD Neonatoloji BD – 42080 KONYA

Gebeliğin 37. Haftasından önce doğan bebeklere prematüre bebek denmektedir. Günümüzde yapay solunum teknolojisinde sağlanan gelişmeler, antenatal steroid uygulamaları, sürfaktan uygulamaları, diğer tıbbi tedavilerdeki ilerlemeler ve yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki donanım, alt yapı ve koşulların iyileşmesi ile prematürelerde (özelikle 1000 gramın altında ve 23-28 haftalık gebelik haftasındaki bebeklerde) yaşam şansını arttırmıştır. Ancak yenidoğan alanındaki tüm gelişmelere rağmen Evre III veya IV IVK sıklığında azalma olmamıştır.

Epidemiyoloji

Prematüre doğumun önemli komplikasyonlarından biri intraventriküler kanamadır. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl 12.000 prematüre bebekte IVK gelişmektedir. Gebelik haftası azaldıkça intraventriküler kanamanın görülme sıklığı artar. Çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde Evre III-IV kanama sıklığının görülme oranı doğum ağırlığı 501-750 gram olan bebeklerde %26, 751 ila 1000 gram arasındaki bebeklerde yaklaşık olarak %12 oranında bildirilmiştir. Bunların dörtte üçünden fazlasında mental retardasyon veya serebral palsi gelişir. Amerika Birleşik Devletlerinde her yıl IVK'ya bağlanabilen 3600 yeni mental retardasyon tanımlanmaktadır. Nörogelişimsel olumsuz prognoz için gebelik haftası önemli bir risk faktörü olmasına rağmen, buna katkıda bulunan faktörler arasında Evre III ve IV IVK başta gelmektedir. IVK 32. gebelik haftası ve altında doğan prematüre bebeklerde oluşur. Gebelik haftası azaldıkça risk ters orantılı olarak artar. İleri derecede immatür bebeklerde IVK görülme sıklığı %50'ye kadar çıkar.

Etyopatogenez

IVK etyolojisi kompleks ve multifaktöryeldir. Kısmen intravasküler, vasküler ve ekstravasküler faktörlerle etkilenir. Başlıca subependimal germinal matrikstekki küçük damar yapısının intrinsik fragilitesine ve beyin kan akımında bozulmaya bağlanır. Bazen de trombosit ve koagülasyon sistemi ile ilgili problemler IVK'ya yol açar. Evre III-IV IVK kanaması olan bebeklerde yapılan çalışmalarda prematürelilik, antenatal steroid uygulanmaması, vajinal doğum, doğum öncesi annede kanama, annede koriyoamniyonit/enfeksiyon/ enflamasyon, annede fertilitte tedavisi, başka merkezde doğum (nakil yapılması), düşük Apgar skoru, gebelik haftasına göre düşük kilolu doğum, sepsis, tedavi gerektiren hipotansiyon, hipoksemi, hiperkapni, pnömotoraks, pulmoner kanama, respiratuar distres sendromu, patent duktus arteriyozus, ağır hastalık skoru, nöbetler, asidoz tedavisi ve presörlerle tedavi gibi pek çok risk faktörü sayılmaktadır. Bu risk faktörleri başlıca beyin kan akımını bozarak İVK'ya neden olmaktadır. Çeşitli faktörle oluşan sistemik hipertansiyon öncesi hipotansiyon eşlik edebilir veya etmeyebilir. Bazı bebeklerde intrauterin veya postnatal oluşan sistemik hipotansiyona sekonder beyin kan akımında azalma önemli rol oynayabilir. Reperfüzyonla oluşan rüptür diğer ileri sürülen bir mekanizmadır. Venöz basınçtaki artış ta kanamaya katkıda bulunabilir. Yani hem arteriyel hem de venöz basınçtaki dalgalanmalar IVK patogenezinde rol oynar. Trombositopenide ise hemostatik yetersizlik kanamaya yol açar. Başka merkezde doğup nakil yapılan aynı gebelik haftasında bebeklerde Evre III veya IV IVK kanama aynı merkezde doğup izlenen bebeklere göre daha fazla görülür (%24'e karşı %17)

IVK yerleşim ve sinflaması

IVK karakteristik olarak periventriküler germinal matrikste başlar. Germinal matriks glial ve nöronal prekürsör hücrelerin ileri derecede damarsal kümelenmesinin olduğu bir alandır. Bu bölge prematüre bebeklerde özellikle yaşamın ilk 48 saatinde kanamaya yatkındır. Germinal matrikste kanama önemli

dereceye geldiğinde ependim yırtılır ve ventrikül içi kanla dolar. Prematüre bebeklerde intraventriküler kanama tipik olarak germinal matriks kanamasının ilerlemesi ile meydana gelir.. Ancak periventriküler germinal matriks yanı sıra intraventriküler yerleşimli olabilir.

IVK yerleşim ve yaygınlık derecesine göre dört evreye ayrılır.

Evre I: Germinal matriks kanaması

Evre II: ventriküler sistemde genişleme olmaksızın ventrikül içine kanama

Evre III: Ventrikülü dolduran ve genişleten kanama

Evre IV: Periventriküler venöz infarkt olarak ta bilinen kanamanın parenkim içinde olması.

Periventriküler beyaz cevher hasarı kanama öncesinde nadiren görülür, ancak büyük IVK’larda sıklıkla eşlik eder. Kanama ventriküler sistemi iki taraflı etkilediğinde, daha büyük kanamanın olduğu yerde beyaz cevher hasarı daha çok beklenir. IVK çoğunlukla 24 saatte ortaya çıkar, 48 saatte ilerleyebilir. Birinci haftanın sonunda IVK’lı bebeklerin %90’ında kanama ortaya çıkmış olur. Bu seyir gebelik haftasından bağımsız bir seyirdir.

Klinik

IVK meydana gelen bebeklerin çoğu asemptomatiktir ve çoğu beyin ultrasonografisiyle tarama sırasında ortaya çıkar. Bazı bebekler uyanıklık düzeyinde, hareket, tonus, solunum ve göz hareketlerinde silik belirtilerle gözüktür. Nadiren bebeğin genel durumunda ciddi bozulma, stupor, koma, deserebre postür, yaygın tonik nöbet ve quadriparezi ile ortaya çıkar. IVK’lı bebeklerde üç klinik sendrom tanımlanmıştır: Katastrofik bozulma, sıçrayıcı bozulma, klinik olarak sessiz sendrom bunlardan en az görülen ve dramatik olanı katastrofik bozulmadır. Ağır kanaması olan bebeklerin çoğunda meydana gelir. En sık görülen ise klinik olarak sessiz sendromdur.

Katastrofik tabloda bebekteki bozulma dakikalardan saatlere göre değişir. Derin stupor ve koma hali vardır. Hematokrit seviyesinde dūřme, ön fontanelde bombeleşme, hipotansiyon, bradikardi,hipoventilasyon ve apne, ısı değişikleri, metabolik asidoz, glikoz ve su homeostazisinde bozukluklar, antidiüretik hormonun uygunsuz salımı ve pulmoner hemoraji görölür. Bebekler deserebre postürde ve, pupiller fiks dilate, flask quadri parezi gözükabilir.

Sıçrayıcı sendrom daha belirsiz bir tablodur. Saatlerce sürebilir. Spontan hareketlerin kalite ve kantitesinde azalma, göz pozisyonunda ve hareketlerinde bozulma ortaya çıkar. Solunum bozulabilir.

Klinik olarak sessiz sendromda fark edilemeyecek kadar hafif nörolojik bulguları vardır. En deęerli bulgu hematokritte açıklanamayan dūřme veya kan transfüzyonundan sonra hematokritin yükselememesidir. Olguların %75' inde sessiz sendromda tablosunda da nörolojik bulgular görölür.

Evre III –IV kanamalı bebeklerin %5-10'u nöbetle gözükür. Yaklaşık %50'sinde post hemorajik hidrosefali gelişir. Evre III-IV kanaması olan bebeklerde ölüm oranı aynı gebelik haftasındaki kanaması olmayan bebeklere göre daha yüksektir. Evre III-IV kanamalı bebeklerde mental retardasyon ve serebral palsi gelişmektedir. Evre I-II kanamalı bebeklerde de nöro gelişimsel yetersizlikler görölmemektedir. Orta veya ağır IVK'lı bebeklerin %45 ila 85'inde büyük kognitif kusurlar gelişir, bu bebeklerin %75 okul döneminde özel eğitim gerektirir. Ancak yakın zamanlarda bu bebeklerin okul döneminde eskiden düşünölüdüğünden daha iyi bir fonksiyonel prognoza sahip oldukları gösterilmiştir.

Tanı

Ultrasonografi en uygun, hasta başı yapılabilen, invazif olmayan ilk seçilecek görüntüleme yöntemidir. Risk altındaki bebeklerde yine en uygun tarama yöntemidir. Hafif IVK'ların %70 kadarı ultrasonografi taraması ile ortaya çıkar. Kanama sıklığının yüksek olduğu gebelik haftasında ve yenidoğan yoğun bakımda yönetimi yapılan her prematüre bebeğin risk altında olduğu düşünülmelidir. Bu bebekler uygun tarama testleri için aday olmalıdır. Ultrasonografik inceleme periventriküler hemorajik infarkt olsun veya olmasın tüm kanamaların tanınmasında etkilidir. Lomber ponksiyon bazen sepsis ve menenjit gibi durumların tanısında kullanılır. İntrakranial kanamadaki karakteristik BOS profili başlangıçta birçok eritrositin görülmesi, proteinin yükselmesi ve glikoz konsantrasyonunun azalması ile birliktedir. Bunlardan ilk ikisi erken tanı için önemlidir. Ağır kanamalarda BOS proteininde belirgin artış olur.

Prematüre bebeklerde ilk gün ultrasonografi tarama için yapıldıktan sonra 4. günde tekrar edilirse kanamaların %90'ı tanınabilir. Lezyon maksimal 3.- 5. günlerde yayılır. Bu nedenle kanamanın maksimum yayılışını tayin için 5 gün sonra ultrasonografik inceleme yapılmalıdır.

Beyin tomografisi subdural kanama, posterior fossa lezyonları ve bazı serebral parankimal bozuklukları göstermede değerlidir, ancak radyasyon alınması ve bebeğin transport edilmei kullanımını sınırlar.

Magnetik rezonans görüntüleme ilk günlerden sonra kanamanın ayrıntılı görüntülenmesini sağlar. Ancak uzun zaman istemesi ile hipotermi riski kullanımını sınırlamaktadır.

aEEG ve EEG ile zemin aktivitesinde baskılanma ile kanamanın şiddeti arasında korelasyonla intraventriküler kanama hakkında değerli ipuçları verebilir.

Prognoz

Erken dönemde ölüm ve posthemorajik ventriküler dilatasyon, uzun dönemde nörolojik sekeller (mental retardasyon, serebral palsi, kognitif bozukluklar gibi) önemlidir.

Korunma

Prematüre doğumun önlenmesi korunmada önemlidir. Başka hastanede doğarak takip edilen bebeklerde IVK daha sık ve ciddidir. Bu nedenle anne karnında transport önemlidir.

Perinatal farmakolojik müdahaleler içinde fenobarbital ve K vitamini kullanımının yararlı etkisi gösterilememiştir. Yakın zamanlarda küçük bir grupta aminofilin, steroidlerle magnazyum ve ritodrin kombinasyonu ile ciddi IVK'da belirgin azalma olduğu gösterilmiştir.

Gebelikte ortaya çıkan hipertansiyon olgularında IVK azalmasının bu olgularda beyin matürasyonunun hızlanmasına bağlı olduğu ileri sürülmüştür. Bu olgularda kullanılan magnezyum sülfatın etkili olduğu düşüncesi doğrulanmamıştır, tersine tokolitik ajanlar IVK'yı artırır. Doğum şeklinin patogeneizde rol oynamadığı gösterilmekle birlikte, bazı çalışmalarda 750 gramın altındaki bebeklerde vaginal doğumun riski artırabileceği ileri sürülmüştür. Antenatal steroid uygulamasında beyaz cevher hasarı oluşturmadığı için betametazon uygulaması önem kazanır.

Postnatal yaklaşımlar

Yenidoğanın resüsitasyonu sırasında ventilasyonda ani basınç değişiklikleri, hipoksemi ve hiperkarbiye karşı dikkat edilmeli. Bebek yoğun bakım yönetimi sırasında kan basıncı ve serebral kan akımında dalgalanmalara yol açacak durumlardan (fazla dokunma, trakeal aspirasyon, hızlı infüzyon, kan değişimi, apneik ataklar, konvülsiyon, pnömotoraks ve hiperkarbi gibi) kaçınılmalıdır.

Doğumdan sonraki ilk saatlerden itibaren hipotermiden kaçınmak, hemodinamik instabiliteden bebekleri korumak ve gereksiz bolus tedavisi yapmamak önemlidir. Bebeklerin ünite de intraventriküler kanama için rutin taranması ve kanama saptandığında baş çevresi takibi ve seri ultrasonografi ile izlemi gereklidir.

Farmakolojik tedavi

Postnatal kullanım ile ilgili çalışılan ilaçlar fenobarbital, E vitamini, etamsilat ve indometazin dir. İndometazinle yapılan çalışmaların çoğunda postnatal erken indometazin uygulamasının İVK'ı önlemede yararlı olduğu gösterilmiştir . Ancak riskli bebeklerde kullanılması daha uygun gözük m ektedir. Etamsilatın İVK'ı önlemedeki birkaç çalışmada değerlendirilmiştir. Kontrollere göre İVK insidansını bir miktar azaltmıştır. E vitamininin kontrollere göre İVK sıklığını azaltmakla birlikte, dozu ve uygulama zamanı konusunda fikir birliği yoktur.

Kanama sonrası posthemorajik dilatasyon hidro sefali yönetimi bu bebeklerde önemli sorunlardan biridir. Seri lomber ponksiyon, asetozalamid ve furosemit kullanımı, drenaj, irrigasyon ve fibrinolitik tedavi seçenekleri yüz güldürücü sonuç vermemektedir. Beyin omurilik sıvısında protein 1,5 g/dl'nin altında olmak koşulu ile bebek 2.5 kg ağırlığa ulaştığında ventriküloperitoneal şant takılması gerekir.

PREMATÜRE BEBEKLERİN BİR GEÇ DÖNEM SORUNU: BRONKOPULMONER DİSPLAZİ

Doç. Dr. Ayşegül Zenciroğlu

*Dr. Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve
Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği*

Bronkopolmoner displazi (BPD) belirgin mortalite ve morbiditeye yol açan önemli bir prematürite komplikasyonu olarak halen önemini korumaktadır. Yenidoğan bebeklerde akciğerlerden kaynaklanan nedenlerle oksijen bağımlılığı ve/veya yardımcı ventilasyon ihtiyacının devam etmesi söz konusudur.

Tanım ve sınıflama: Hali hazırdaki tanım hastanın oksijen gereksinimi, gestasyonel yaşı ve hastalığın şiddetine göre yapılmaktadır. Bu tanımlama ve sınıflandırma sistemi Amerikan Ulusal Sağlık Enstitüsü (NIH) tarafından 2001’de yayımlanan kriterlere dayanır. Kronik akciğer hastalığı (KAH) terimi yenidoğan dönemi sonrası akciğer hastalıklarını da kapsadığı için, yenidoğanın KAH’nı tanımlamada “BPD” teriminin tercih edilmesi, tanımlamada mutlaka hafif/orta/ağır şeklinde sınıflandırma yapılması, 32. gebelik haftasının altındaki ve üzerindeki bebeklerin ayrı ayrı ele alınması gerektiği belirtilmiştir. Postkonsepsiyonel (PK)36. haftada O₂ (oksijen) bağımlılığının devam etmesi yanı sıra toplam 28 günden fazla O₂ bağımlılığının bulunması gerekir.

BPD tanı kriterleri ve sınıflaması

	Gestasyonel yaş	
	<32 hafta	≥32 hafta
Değerlendirme	36. haftada veya taburcu edilirken	48. haftada veya taburcu edilirken
Toplam 28 günden fazla oksijen ihtiyacı olmak kaydıyla		
Hafif BPD	O ₂ gereksinimi yok	O ₂ gereksinimi yok
Orta BPD	O ₂ gereksinimi < %30	O ₂ gereksinimi < %30
Ağır BPD	O ₂ gereksinimi ≥%30 + nCPAP veya PBV	O ₂ gereksinimi ≥%30 + nCPAP veya PBV

nCPAP; nazal devamlı pozitif havayolu basıncı, PBV; Pozitif basınçlı ventilasyon

Epidemiyoloji: BPD gelişme riski doğum ağırlığı azaldıkça artar. Doğum ağırlığı (DA) 1250 gr altındaki bebekler BPD’li olguların %97’sini oluşturur. Doğum ağırlığı 1500 gr altında olan (çok düşük doğum ağırlıklı; ÇDDA) bebeklerde BPD insidansı yaklaşık %25 olmakla beraber, hastaneler arasında, özellikle farklı solunum tedavi stratejileri uygulanması nedeniyle farklılıklar gösterebilir.

Patoloji: Yenidoğan yoğun bakım (YDYB) uygulamalarında 1980’lerden bu yana süregelen (surfaktan kullanımı, antenatal glukokortikoid tedavisi, daha az agresif mekanik ventilasyon uygulaması gibi) değişiklikler “yeni BPD” olarak adlandırılan daha hafif bir BPD formunun görülmesine yol açmıştır. “Yeni BPD” akciğer gelişimin bozulmasıyla karakterizedir. 23-32 haftalar arasındaki sakküler dönem akciğerlerin hasara en duyarlı olduğu evredir. Daha büyük alveoller ve vasküler gelişimde bozulma söz konusudur. “Eski BPD” ise, aksine, havayolu hasarı, inflamasyon ve parankimal fibrosis ile karakterizedir ve primer olarak mekanik ventilasyon ve O₂ hasarına bağlıdır.

Patogenez ve risk faktörleri: Multifaktöriyeldir. Oldukça hassas olan prematüre akciğerleri, antenatal veya postnatal dönemde etkileyen ve pulmoner gelişimin duraklamasına, enflamasyonuna ve hasarına yol açan faktörlerle karşılaşmasına bağlıdır. Bu faktörler prematürite (immatürite), mekanik ventilasyon, O₂ toksisitesi, pre-postnatal infeksiyon (korioamnionit dahil), inflamasyon, muhtemel genetik predisposisyon ve geç surfaktan eksikliğidir.

Klinik: Yaşamının 2. haftasında %25’den fazla O₂ gereksinimi olan bebekler BPD gelişimi için daha büyük risk taşırlar. Başlangıcı sessiz veya ventilasyon desteği gereksinimi az olan “yeni BPD’li” bebeklerde genellikle birkaç gün süren bir geçici iyilik (balayı) dönemi sonrası yardımcı solunum desteği ihtiyacında giderek artış, sonra da akciğer fonksiyonlarında hızlı bozulma ve O₂ ihtiyacında hızla artış olur. Bu hızlı bozulma dönemine genellikle sistemik bir bakteriyel enfeksiyon veya patent duktus arterioz (PDA) eşlik eder ve böylece BPD tablosu oturur. Fizik inceleme bulguları değişmekle beraber, etkilenen bebeklerin çoğu takipneiktir. Ayrıca retraksiyon, raller ve hışıltı (wheezing) duyulabilir.

“Yeni BPD” vakalarında radyolojik bulgular nispeten daha geç ortaya çıkar. Hafif olgularda atelaktazi, inflamasyon ve pulmoner ödemi yansıtan yaygın puslu görünüm, ağır olgularda da akciğer periferine uzanan ince/kaba dansiteler, aşırı havalanma ve non homojen görünüm belirlenir.

Belirgin kardiyopulmoner bozukluk nedeniyle BPD’li hastalar hipoksemik ve hiperkapniktir. Bu bebeklerde tidal volümde azalma, havayolu direncinde artış, dinamik akciğer kompliyansında azalma, havayollarında gayri muntazam obstruksiyon bölgeleri, ayrıca hava hapsi ve hiperinflasyonla birlikte anormal ventilasyon dağılımı ve vasküler resistansta artış söz konusudur.

BPD’li çoğu bebek takiben 2-4 ay içerisinde tedricen düzelme gösterir. Ağır hastalığı olanlar uzun süreli mekanik ventilasyon gerektirebilirler. Takiben pulmoner hipertansiyon (PAH) ve kor-pulmonare gelişebilir.

Tedavi

Mekanik ventilasyon gerektiren hastalarda; yakın monitrzasyonla, tolere ettikçe, progresif olarak ventilatör desteğinin azaltılarak sonlandırılması için girişimler yapılmalıdır. Mekanik pulmoner hasarlanmayı önlemek amacıyla küçük tidal volümler önerilir ve pH normal düzeylerde kaldığı sürece hedef PCO_2 55-65 mm Hg arasında tutulabilir. Atelektaziyi en aza indirmek ve pulmoner ödemi azaltmak için PEEP 5-7 H_2O olarak önerilmektedir. Uygun ventilasyonun sağlanması için kan gazının dikkatli monitorizasyonu önemlidir.

Hipokseminin nlenmesi ve aşırı O_2 maruziyetinden korunmak için puls-oksimetri ile takip gerekir. BPD’li tüm hastaları içerek şekilde standart bir hedef O_2 satürasyonu öngörmek zordur. Her bir BPD’li hasta için, PK yaşına ve klinik duruma göre hedef O_2 satürasyonu aralığının kişileştirilmesi önerilmektedir. Beslenme sırasında O_2 hedeflerini tutturabilmek için O_2 konsantrasyonunun arttırılması gerekebilir.

Ventilasyonun uzaması özellikle çok sayıda entübasyon gereken hastalarda subglottik stenoz ve laringeal zedelenmeye neden olabilir. Kronik ventilasyon gereken hastalarda trakeostomi için uygun zamanlama tam bilinmemektedir. Bazı merkezler 48-52. PK haftalarda ventilatör desteği gereksiniminin daha devam edeceği öngörülen hastalarda önermektedir.

Sakşın (suction) uygulanması trakeal ve bronşial zedelenme yapabilir, bu nedenle sadece gereksinim olduğunda yapılmalıdır. Ayrıca suksın kateterinin ucunun endotrakeal tüpün ucunu aşmadığından emin olunmalıdır.

Beslenme: BPD’li bebeklerin beslenmesi artmış total enerji ihtiyaçlarını karşılayacak ve uygun büyümeyi sağlayacak şekilde düzenlenmelidir. Bazı bebeklerde total enerji gereksinimleri 150 kcal/kg/gün, protein gereksinimleri 3,5-4 gr/kg/güne çıkabilir. Diyet tedavisi esnasında büyümenin monitorisyonu önemlidir. Büyümenin izlemi ve laboratuvar tetkiklerine dayanarak gerekli revizyonlar yapılmalıdır. Mümkünse güçlendirilmiş anne sütü kullanılmalıdır, çünkü anne sütünün intrinsik yararları da söz konusudur.

Sıvı tedavisi: BPD’li hastalarda rutin sıvı kısıtlaması önerilmez. Hafif sıvı kısıtlaması (140-150 cc/kg/gn) olacak şekilde ayarlanabilir. Çok ağır etkilenmiş hastalarda sıvının 110-120 ml/kg/güne kadar kısıtlanması gerekebilir. Bu olgularda mama veya anne sütünün yaklaşık 90 cal/100ml kadar ek güçlendirilmesi gerekebilir. Kısıtlı miktarda beslenebilen bebeklerde demir ve vitamin takviyesi de gerekebilir.

Diüretik tedavi: Diüretiklerin pulmoner hemodinamikleri düzelttiği gösterilse de, uzun dönemde BPD’li hastalarda klinik olarak düzelme sağladığına dair veriler çok kısıtlıdır. Bu nedenle BPD’li tüm hastalarda rutin olarak kronik diüretik tedavi önerilmez. Bu seçenek hafif sıvı kısıtlamasına rağmen ventilatör bağımlı hastalar için saklanmalıdır. Diüretik kullanımı idrarla sodyum, potasyum ve klor kaybına yol açarak hiponatremi, hipokalemi ve hipokloromik alkaloz yapabilir. Bu anormalliklerin önlenmesi için diyete potasyum klorit eklenmesi gerekebilir. BPD’li hastalarda komplikasyon risklerinin daha yüksek olması nedeniyle, lup diüretiklerinden çok tiyazit diüretiklerle tedaviye başlanması önerilir. Lup diüretikleri (ör; furosemid) akut pulmoner dekompanseasyon ataklarında, kan transfüzyonu esnasında aralıklı olarak, ya da hafif sıvı kısıtlaması ve tiyazit diüretiklerine rağmen, uzun dönemde ventilatöre bağımlı kalan hastalarda kullanılabilir.

Bronkodilatörler: Beta-2 agonistlerin (ör, [albuterol](#) veya [levalbuterol](#)) rutin kullanımı önerilmez. Ağır havayolu reaktivitesine bağlı akut pulmoner dekompenzasyon için önerilmektedir.

BPD’li hastalarda glukokortikoid (GK) kullanımı:

Sistemik postnatal GK tedavisi: BPD tanısı alan hastalarda sistemik verilen postnatal GK tedavisinin pulmoner sonuçları düzelttiği ve yüksek riskli hastalarda BPD’yi önlediği gösterilmiştir. Ancak sistemik GK tedavisinin, uygulama (erken dönem) esnasında hiperglisemi, hipertansiyon, gastrointestinal kanama ve perforasyon gibi belirgin yan etkileri vardır. Ayrıca (özellikle de deksametazonun) preterm bebeklerde uzun dönemde serebral palsy riskini artırdığı gösterilmiştir. Sistemik GK tedavisinin bilişsel fonksiyonlarda azalma gibi diğer belirgin nörolojik bozukluklara neden olup olmadığı konusunda henüz yeterli bilgi yoktur. Ayrıca, spesifik GK (hidrokortizon ve deksametazon) tedavilerinin uzun dönem yan etkilerinin farklı olup olmadığı da tam bilinmemektedir.

Inhale GK’ler: Sistemik yan etkilerden sakınılıp, bir miktar kısa dönem yarar sağlayabilirler. Ancak, postnatal inhale GK uygulanması BPD’yi önlemez. BPD’li bebeklerde uzun dönem faydası olup olmadığı da henüz tam bilinmemektedir.

AAP (Amerikan Pediatri Akademisi) BPD’de postnatal steroid kullanımı ile ilgili olarak en son 2010 yılında bir rehber yayınlamıştır. Buna göre; BPD’nin önlenmesi için postnatal sistemik GK tedavisi önerilmemektedir. BPD’nin önlenmesi için erken rutin steroid kullanılması, BPD gelişmeyecek birçok bebeğe gereksiz steroid verilmesine neden olur ve bu bebekler steroidlerin birçok kısa ve uzun dönem yan etkilerine maruz kalmış olurlar. Tanı almış BPD’li bebeklerin çoğunda da rutin olarak postnatal sistemik steroid tedavisi önerilmemektedir. Hâlihazırdaki veriler kısa ve uzun dönem yan etkileri göz önüne alındığında postnatal GK kullanımının potansiyel faydaları açısından caydırıcı değildir.

2-3 haftadan uzun süreli belirgin ventilatör ve O₂ desteği gereken ağır BPD'li bebeklere sistemik GK tedavisi verilmesi düşünülebilir. Bu durumda deksametazondan çok hidrokortizon (5 mg/kg/gn, başlangıç dozu) önerilebilir. BPD'nin önlenmesi için inhale GK'ler de önerilmemektedir. Belirgin pulmoner (mekanik ventilasyon ve yüksek O₂) destek gereken ağır ağır BPD'li seçilmiş olgularda kullanılabilirler.

BPD'li bebeklerin YDYB ünitesindeki takiplerinde enfeksiyon, ağır havayolu reaktivitesi, pulmoner kaçak, pulmoner ödem, ventilatör bağımlı hastalarda endotrakeal tüpün yerinden oynaması gibi nedenlerle akut pulmoner dekompensasyon atakları görülebilir. Bu atakların tedavisi altta yatan etiyolojiye göre yapılır.

BPD'nin komplikasyonlarını değerlendirmek için PAH, sistemik hipertansiyon, sol ventriküler hipertrofi ve nörodevelopmental, görsel ve işitsel monitorizasyonun yapılması önemlidir. 36-37. PK haftada %30'dan çok O₂ gereksinimi varsa veya PCO₂ değerleri 60 mm Hg üzerinde sebat ediyorsa ekokardiyografik değerlendirme yapılmalıdır.

Bu hastaların optimal bakımlarında mültidisipliner bir takım yaklaşımı gerekir. Hastanın konforunu ve aileyle bağlanmasını sağlayacak bir ortam oluşturacak koordineli bir bakımın sağlanması, taburculuk planının da yapılmasını sağlar.

Mortalite: Ağır BPD'si olan bebekler aynı gestasyon yaşındaki etkilenmemiş veya az etkilenmiş hastalara göre daha yüksek mortalite riski taşırlar. Uzun süreli mekanik ventilasyon, sepsis atakları ve PAH mortaliteyi artırır. Ölüm çoğunlukla solunum yetmezliği, kor-pulmonale ile giden düzeltilemeyen PAH veya sepsis nedeniyle olur.

Uzun dönem izlem

Bu bebeklerin taburcu olduktan sonra da kapsamlı bir klinik bakıma ihtiyaçları vardır, yakın takipleri çok önemlidir. BPD nedeniyle tedavi olup yaşayan prematüre bebekler respiatuar enfeksiyonlar, astma-benzeri hastalıklar ve PAH gibi solunum yolu hastalıkları açısından risk taşırlar. Hastalıklarının derecelerine göre pulmoner fonksiyonlarda sebat eden bozukluklar gösterebilirler.

BPD'li hastalarda nörogelişimsel (gerek motor, gerekse bilişsel bozukluk için) risk artmıştır. BPD'nin şiddetiyle nörogelişimsel bozukluğun hem riski hem de şiddeti artar.

BPD'nin uzun dönem büyüme üzerine direkt bir etkisinin olup olmadığı henüz tam açık değildir. Etki eden faktörlerin ayarlanmasından sonra, BPD olan ve olmayan çocuklarda okul yaşında belirgin bir farklılık bulunamamıştır.

Takibi yürüten primer hekim, bu bebeklerin bakımının optimal devamlılığı için anahtar rol oynar. Bakımın neonatologdan devir alınmasının koordinasyonu, direkt medikal bakımın sağlanması, diğer ilgili yandallar ve diğer sağlık profesyonelleriyle bakımın devamlılığın sağlanmasını gerçekleştirir. Taburculuk sonrası takibi yürüten hekimin yaklaşımında önemli noktalar şunlardır.

- Yoğun bakım seyrinin, halen kullandığı tedavilerin ve tıbbi ekipmanların gözden geçirilmesi,
- Büyüme izleminin devamlılığının sağlanması. Eğer büyüme yetersiz ise beslenmenin değerlendirilmesi ve doğru önlemlerin alınması (ör; besinlerin kompozisyonlarının, volümlerinin, kalorik dansitelerinin ve beslenme şekillerinin değiştirilmesi), etki edebilecek (GÖR gibi) faktörlerin dikkate alınması

- Kronolojik yaşı uygun şekilde (zaman ve dozda) normal term bebekler gibi aşılarının yapılması. Bu bebeklerin yoğun bakımda yatarken hepatit B aşlarına başlanmalıdır.
- Palivizumab profilaksisi (Türk Neonatoloji Derneği 2012 önerisi)
 - i) Gebelik yaşı 29 ($\leq 28^{6/7}$) hafta altında doğmuş, RSV sezonu başında 1 yaşından küçük, KAH tanılı/tanısız tüm bebekler,
 - ii) RSV sezonu başından önceki son 6 ayda KAH için özgün tedavi (ek O₂, bronkodilatör, diüretik veya kortikosteroid) gereksinimi olan, 2 yaşın altındaki çocuklar
- Kronolojik yaşı 6 ay olunca influenza aşısı önerilir. İnfluenza sezonunda 6 aydan küçük riskli bebekleri varsa aile aşılması yapılmalıdır.
- İşitme, görme ve nörogelişimsel izlemleri yapılmalıdır.
 - i) Taburcu anında işitme testi ve 1 yaşında tekrarı (BERA ile)
 - ii) ROP izlemleri; 9-12 ayda ek bir oftalmolog kontrolü (görme keskinliği, şaşılık, miyopati ve astigmatizm bunlarda daha sıktır)
 - iii) Nörogelişimsel uygun takip yapılmalıdır.
- Aileye bilgi ve psikolojik destek yapılmaya devam edilmesi önemlidir.
- Bebeklerin uygun araba koltuğu kullanımı sağlanmalıdır.
- Takip eden hekimin bu bebeklerde sık görülen prematüre apnesi, ani bebek ölümü, GÖR (gastro özefagial reflü) ve prematüre anemisi gibi konularda bilgi sahibi olması önemlidir.

BPD’li bebeklerde uzun dönem akciğer sorunları:

Erken dönemde akciğer hasarına bağlı BPD gelişen bebeklerde pulmoner fonksiyonlarda bozulma, santral ve üst hava yolları hastalıkları ve bazı vakalarda PAH gibi yaşam boyu süren sorunlar oluşabilir.

- BPD öyküsü olan çocuk ve adölesanlarda tekrarlayan hışıltı atakları sıklıkla, fakat altta yatan patoloji astmadan bir miktar farklıdır. Bronkodilatörler bunların yaklaşık yarısında etkilidir. Trakeobronkomalazi olan çocuklarda bronkodilatörler semptomları daha da kötüleştirebilir. BPD öyküsü olan çocuklarda astma semptomlarının kontrolü için inhale steroidlerin faydası olduğuna dair kanıt yoktur.
- Ağır BPD’si olan bebeklerde PAH gelişebilir. Taburcu olurken ek O₂ ihtiyacı olan bebekler, taburculuk öncesi PAH açısından Doppler ekokardiyografi ile değerlendirilmelidir. Eğer PAH varsa, poliklinikte seri takipleri gerekir.
- BPD’li bebeklerin ve küçük çocukların trakeobronkomalaziye bağlı santral havayolu kollapsı riski vardır. Bu durum BPD’ye bağlı altta yatan torasik havayolu hastalığını ağırlaştırabilir ve “BPD spelleri” veya siyanotik veya hayatı tehdit eden ataklara, bronkodilatör tedaviye yanıtız kronik öksürüğe, ateletaziye meyile, mekanik ventilatörden ayrılmada güçlüğü veya trakeal ekstübasyon intoleransına yol açabilir.

BPD’nin önlemesi: BPD riskinin azaltılması için şunlar önerilir.

- 24-34 gebelik haftasında ve bir hafta içinde yüksek riskli preterm doğum yapması öngörülen, membranları intakt tüm gebelere antenatal steroid önerilmektedir, (2 X 12 mg betamethasone, IM).
- Doğumda aktif olan, spontan soluyan ancak respiratuar distressi olan bebeklere mekanik ventilasyondan çok CPAP uygulanması, eğer mekanik ventilasyon gerekiyorsa küçük tidal volümle (4-6 ml/kg) birlikte permisif hiperkapni yaklaşımı uygulanması volutravmayı azaltır.

- O₂ gereken bebekler için hedef O₂ saturasyonunun %90-96 arasında ayarlanması,
- DA 1250 gram altında olan bebeklere yaşamlarının ilk 10 gününde kafein uygulanması,
- Aşırı düşük doğum ağırlıklı (1000gr altı) ve doğum sonrası ilk 24 saatte ventilatör desteği gereken bebeklere 4 hafta süreyle haftada 3 kez 5000 IU IM A vitamini uygulanması,
- Tüm prematüre bebeklerde nutrisyonel hedef, yeterli somatik ve akciğer büyümesini sağlayacak uygun kalorik alımın sağlanması şeklinde ayarlanmalıdır. Sıvı alımı ise nötral veya hafifçe negatif sıvı dengesi şeklinde olmalıdır.

Preterm bebeklere BPD'yi önlemek için inhale nitrik oksit önerilmemektedir.

20 NİSAN 2013 / SALON B

11:00 - 12:00

Çocuk Beslenmesinde Tartışmalı Konular

Oturum Başkanları: *Nafiye URGANCI , Yasemin AKIN*

Çocuklarda Probiyotik Kullanımı

Merve USTA

Diyetisyen Gözü ile Süt Çocuğunda Beslenme

Muazzez GARİPAĞAOĞLU

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA PROBİYOTİK KULLANIMI

Dr. Merve USTA

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

Besinlerle birlikte veya ayrı olarak alınan, mukozal ve sistemik immüniteyi düzenleyerek bağırsaklarda besinsel ve mikrobiyal dengeyi sağlayarak konakçının sağlığını olumlu yönde etkileyen canlı mikroorganizmalara '**probiyotik**' adı verilir.

Prebiyotikler; konağa yararlı olan bir veya daha fazla türden mikroorganizmanın çoğalma ve/veya aktivitesini seçici olarak artıran ve sindirilemez yiyecek içeriğidir.

Simbiyotik probiyotik ve prebiyotiğin her ikisini de içeren bir üründür¹.

Postbiyotik, konağın biyolojik işlevlerini etkileyen probiyotik mikroorganizma tarafından oluşturulan metabolik bir yan üründür.

Fonksiyonel besin, besleyici olan, fizyolojik yararları olan kronik hastalık riskini azaltabilen besindir. Beslenmeye katkısı bulunan sağlığı koruyup daha iyiye götüren bilimsel sağlam kanıtları olan bu özelliklerini sağlayan günlük miktarı belli olan tüketimi güvenilir maddedir².

Probiyotikler tipik olarak *Lactobacillus*, *Bifidobacterium* ve *streptococcus* ailesinin üyesidir. Fermentatif, zorunlu veya fakültatif anaerobik organizmalardır. Hareketli değildir değişken şekilleri vardır. Laktik asit üretirler. Bazı mayalar da (*Saccaromyces*) probiyotik olarak kullanılmışlardır.

Prebiyotikler oligosakkarit formunda bulunurlar. Fruktöz oligosakkarid (FOS), inülin, galakto-oligosakkaritler (GOS), soya oligosakkaritleri, laktüloz gibi prebiyotik özellik taşıyan bileşiklerden bazılarıdır³.

Probiyotiklerin rolünü anlamak için bağırsak florası ve önemini bilmek gerekir. Sağlıklı insan bağırsağındaki mikroorganizma türü yaklaşık olarak 500'dür. Bu mikrobiota sindirimi kolaylaştırır, besin sağlar (birçok B vitamini, K vitamini, folat, kısa zincirli yağ asidi) ve immün sistemi şekillendirir⁴. İntestinal bakterilerimiz 1 kg kadar gelir ve bakteriyel hücreler sayıca insan hücrelerinden fazla gelirler (10:1). Bakteriyel genom insan genomundan sayıca fazla olabilir (100:1). Kişinin günlük enerji miktarının % 10'a kadar olan ihtiyacı bakteriyel fermentasyon yan ürünlerinden sağlanabilir⁵. Kommensal mikrobiyotanın metabolik ve besinsel işlevlerini katkıda bulunmak ve değiştirmenin ötesinde probiyotik bakterilerin spesifik yaralı etkiler sunabilen birçok varsayılan mekanizması vardır; immün veya sensori-motor işlevin düzenlenmesi, mukozal bariyer işlevin iyileştirilmesi ve antipatojen etkiler gibi⁶. Probiyotiklerin etki mekanizmaları; bağırsak pH'sını düşürmeleri (patojen üremesini engeller), normal kolonizasyon bölgelerinin kompetitif olarak işgal edilmesi, var olan besinler ve büyüme faktörleri için patojen bakterilerle yarışma, doğal antibiyotiklerin (lactocin, helveticin, curvacin, nisin, bifidocin) sentezini yapabilmeleri, immün düzenleyici hücrelerin uyarılması ve laktaz üretimi şeklinde sayılabilir. Sonuç olarak, patojen bakterilerin çoğalmaları ve translokasyonunu engellemek yanında sentezledikleri enzimlerle konakçının sindirimine de olumlu etki yaparlar⁷.

Doğumda gastrointestinal sistem sterildir ve hızla kolonize olmaya başlar. Bu süreçte yenidoğan bebeğin gestasyon yaşı, doğum şekli ve beslenme şeklinin önemli etkileri vardır^{1,2,8}. Kolonizasyonu etkileyen diğer faktörler annenin aldığı besinler, probiyotik alıp almaması, yenidoğan bebeğin sağlık durumu, immünolojik durumu, gastrointestinal sistem geçiş zamanı, pH'sı stres gibi faktörlerdir¹. Doğumdan hemen sonra bağırsak florasında *E. coli* ve Streptokoklar baskındır. Bebek anne sütü aldıkça *E. coli* Streptokoklar ve Clostridia'lar azalırken, Bifidobakteriler artmaya başlar. Anne sütünden kesildikten sonra erişkin florası yönünde değişiklikler olmaya başlar ve ikinci yılın sonuna doğru erişkin florasının benzeri bir flora oluşur ve yaşam boyu sabit kalır⁹. Erişkin bağırsağında

Bakteroides grubu mikroorganizmalar ağırlıktadır. Bunun yanı sıra Bifidobakteriler, Laktobasiller, Stafilokoklar, Enterobakteriler, Streptokoklar ve Clostridia türleri bulunmaktadır¹⁰.

Probiyotik olarak kullanılacak bir üründe olması gereken başlıca özellikler; 1- Alınincaya kadar yeterli sayıda canlı mikroorganizma içeriğini sağlayacak raf ömrü olmalı 2- Kolonizasyonun sağlanması için sindirim işlevlerinden (mide asiditesi, duodenal safra vb.) etkilenmeden yeterli sayıda canlı mikroorganizmayı istenen bölgede sağlamak 3-Konakçıda patojenik ya da toksik etkiler göstermeden yararlı olmak, 4-Bağırsak hücrelerine tutunabilmek, üreyebilmek ve antibakteriyel ürünler üretebilmek, 5-Mukozal ve sistemik bir immün yanıt yaratabilmek, 6-İnsan orijinli olmak, 7-Bağırsakta geçici olarak kolonize olmak, 8-Doğal bağırsak florasına adapte olmak, fakat onun yerine geçmemektir^{7,11}.

Ticari olarak kullanılan probiyotik suşlarından bazıları;

<i>Lactobacillus</i> <i>suşları</i>	<i>Streptococcus</i> <i>suşları</i>	<i>Bifidobacterium</i> <i>suşları</i>	<i>Mayalar</i>
L. acidophilus	S. thermophilus	B. bifidum	Saccharomyces boulardii
L. casei		B. breve	
L. fermentum		B. lactis	
L. gasseri		B. longum	
L. johnsonii			
L. lactis			
L. paracasei			
L. plantarum			
L. reuteri			
L. rhamnosus			
L. salivarius			

Dozları

Probiyotikler kapsül, toz, tablet veya sıvı şeklinde satılır veya besinler içinde bulunur. İçeriği cfu(colony forming unit) olarak bulunur. Üründen ürüne değişir. Laktobasiller için tipik doz 1-20 milyar cfu/gündür. *S.boulardii* için 250-500 mg arasında değişir. Çocuklar için doz erişkinin yarısı süt çocuklarında dörtte biridir¹².

Hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde probiyotik kullanımı

Akut enfeksiyöz ishallerin önlenmesi

Akut enfeksiyöz ishalin hem önlenmesinde hem de tedavisinde probiyotik kullanımı ile ilgili birçok randomize kontrollü çalışma (RKÇ) yapılmıştır. Sağlıklı bebek ve çocuklarda RKÇ’larda ishalin önlenmesinde probiyotiklerin ılımlı faydası gösterilmiştir^{2,13}. Çocuklarda akut rotavirüs gastroenteritini önlemek için çocuk bakım merkezlerinde yapılan bir meta-analizde ortalama 7 çocuğa *Lactobacillus rhamnosus* GG (LGG) verildiğinde birinin nazokomiyal rotavirüs gastroenteriti gelişiminden koruduğu gösterilmiştir¹⁴. Rotavirüs aşısının olması nedeniyle American Academy of Pediatrics (AAP) probiyotikleri rotavirüs ishalinin önlenmesinde yaygın olarak desteklememekte ancak belli durumlarda rolü olabileceğini onaylamaktadır². Bakteriyel orijinli seyahat edenlerin ishalinin önlenmesinde probiyotiklerin kullanımının desteği ile ilgili yeterli veri olmadığı bildirilmiştir¹⁵.

En sık kullanılan probiyotik *Lactobacillus GG*, *Bifidobacterium lactis*, *Streptococcus thermophilus*; *Lactobacilli Reuteri*, *Lactobacilli rhamnosus*, *Lactobacilli acidophilus*dur. Çalışmalarda en sık saptanan ishal rotavirüstur¹³.

Günümüzdeki veriler nazokomiyal ishallerin önlenmesinde rutin probiyotik kullanımının yeterli olmadığını ancak özel veya seçilmiş durumlarda probiyotik kullanımını desteklemektedir.

Akut İshallerin tedavisi

Günümüzde bu konuda probiyotiklerin yararını gösteren birçok RKÇ yapılmıştır. 2010 yılında Allen ve ark. tarafından yapılan bir meta-analizde 8014 hastayı içeren 56 çalışma değerlendirilmiştir. Probiyotik kullanımına ait bir yan tesir bildirilmemiştir ve sonuçta akut rehidratasyon tedavisi ile birlikte kullanıldığında ishal süresini ve dışkılama sayısını azalttığı saptanmıştır¹⁶. Probiyotikler özellikle viral gastroenteritlerde; rotavirüs ishallerinde etkindir. En sık çalışılan probiyotikler *Laktobasillus*, *Bifidobacteriler*, *Saccoromyces boulardii*, *Enterokokkus* suşları olmuştur¹⁷. Daha önceden yapılan çift kör randomize plasebo kontrollü çalışmalar ve meta-analizler de probiyotiklerin gastroenterit tedavisinde faydalı etkisini göstermişlerdir. İshal sayısını ve süresini (yaklaşık 1 gün) düşürdüğü gösterilmiştir^{18,19}.

Bakteriyel gastroenteritlerde probiyotiklerin etkinliği tartışmalıdır. *Lactobacillus* GG ve farklı suşlarla yapılan çalışmalarda probiyotik kullanımı ile ishal süresi açısından anlamlı fark bulunmamıştır. Başka bir çalışmada entropatojenik *E.Coli* üreyen hastalarda probiyotik verilenlerde dışkı kıvamında artış saptanmıştır^{20,21}.

Antibiyotikle ilişkili ishal

Çocuklarda antibiyotikle ilişkili ishallerin önlenmesinde probiyotik kullanımı ile ilgili RKÇ'nin meta-analizlerinin sonuçları yararlı etki göstermişlerdir^{22,23}. LGG, B.Lactis, S Termophilus RKÇ'larda en sık kullanılan probiyotiklerdir. 2011'de yapılan Cochrane derlemesinde antibiyotikle ilişkili ishallerin önlenmesinde koruyucu etkilerinin olduğunu bildirilmiştir²⁴.

Clostridium difficile'nin neden olduğu ishal tedavisinde probiyotiklerin etkinliği konusunda çocuklarda RKÇ bulunmamaktadır ve tedavide probiyotik kullanımı önerilmemektedir².

Atopik hastalıkların Önlenmesi ve tedavisi

Probiyotiklerin alerjik hastalıkların önlenmesi ve tedavisinde etkili olduğu tartışmalı bir konudur. Alerjik hastalıklarda etkinlikleri araştırılan başlıca iki tür probiyotik vardır: *Lactobacillus* ve *Bifidobacterium* türleridir. Birçok çalışma probiyotiklerin atopik dermatit tedavisinde ve korunmasında yararlı olabileceğini desteklemektedir. Prenatal dönemden itibaren verilmesi postnatal dönemden verilmesinden daha etkili olduğu görülmektedir^{25,26}. Bugünkü verilere göre çocuklarda alerjik hastalıkların gelişmesinin önlenmesinde veya alerjik hastalıkların tedavisinde standart olarak probiyotik kullanımı ile ilgili yeterli düzeyde kanıt yoktur^{27,28}.

Düşük Doğum Tartılı Yenidoğanlarda Nekrotizan Enterokolitin Önlenmesi

Preterm bebekler intestinal kolonizasyon enteral beslenmenin kısıtlı olması, antibiyotik kullanımı gibi faktörlerle gecikir. Mikrobiyotanın ekolojik dengesini yeniden kurmak, nekrotizan enterokolit (NEK), nazokomiyal sepsis gelişiminden korumak için probiyotiklerle olası görülmektedir²⁹. 2008’de yapılan Cochrane derlemesinde (9 RKÇ) enteral probiyotik uygulaması hem NEK hem de mortaliteyi azalttığı gösterilmiş. Nazokomiyal sepsiste belirgin düşüş saptanmamış. Ancak çalışmalarda farklı probiyotikler kullanılmış (*LGG*, *Bifidobacterium Breve*, *Saccaromyces türleri*, *Bacteroides bifidus*, *S thermophilus*, *Lactobacillus acidophilus* ve *Bifidobacterium infantis*) dozlar farklı ve anne sütü, formüle veya her ikisi ile kullanılmıştır³⁰.

Mevcut kanıtlar probiyotik desteğinin preterm yenidoğanlarda belirgin yan etki olmaksızın tüm nedenlere bağlı mortalite ve kesin nekrotizan enterokoliti anlamlı olarak azalttığını göstermektedir. Sadece çok düşük doğum tartılı bebeklerde etkinlik ve güvenilirlik için daha fazla kanıt ve etkili preparat ve do için kılavuz olması gerekliliği bildirilmektedir²⁹.

Helicobacter Pylori Enfeksiyon Tedavisi

Erişkinlerde H.pylori gastriti tedavisinde probiyotik kullanımı ile ilgili RKÇ’larda orta derecede cesaret verici yararlar bildirilmiştir³¹. Çocuktaki bildirilen bir RKÇ’da probiyotik destekli tedavide eradikasyon daha iyi yan tesirler arasında fark saptanmamıştır³². Probiyotikler çocuklarda H.Pylori eradikasyonunda fayda sağlayabilir ancak daha fazla RKT gereklidir².

Kronik Enflamatuvar Bağırsak Hastalığı

Enflamatuvar Bağırsak hastalıklarının (EBH) patogenezinde genetik olarak yatkın bireylerde bozulmuş immün cevap ve enterik mikrobiyota arasındaki etkileşimler söz konusudur. Bu da probiyotikleri tedavi seçenekleri arasında gündeme getirmiştir³³.

Ülseratif kolitte (ÜK) probiyotik kullanımı ile ilgili RKÇ genellikle erişkinlerde yapılmıştır. ÜK’te hem remisyon indüksiyonunda hem de remisyonun idamesinde probiyotiklerle çalışılmıştır². Hafif orta şiddette ÜK’de mesalazinle kıyaslanabilir etki bildirilmiştir. Aynı şey kolektomi cerrahisi sonrası ileo-anal poşitli hastalar için geçerlidir³⁴. Remisyonun indüksiyonunda standart tedaviye ek olarak verilen VSL#3 (*S thermophilus*, *Bifidobacterium türleri* ve *Lactobacillus türleri*) ve fermente süt ürünleri placeboyla karşılaştırıldığında etkili görülmüştür³⁵. Probiyotikler ÜK tedavisi için daha fazla doğrulayıcı sonuçlar olmadan genel olarak önerilmemektedir².

Crohn hastalığında (CH), probiyotiklerin relapsları önleyici etkisi azdır³³. LGG, ile yapılan bir RKÇ’da fayda gözlenmemiştir³⁶. Son bir Cochrane derlemesinde remisyon idamesinde erişkinlerde probiyotik verilmesinin faydasını göstermemiştir

İrritable Bağırsak Sendromu ve Konstipasyon

Çocuklarda irritable bağırsak sendromunun (İBS) tedavisinde tek bir RKÇ yayınlanmıştır. LGG karın şişliği ve rahatsızlığını 6 haftalık çalışma süresinde 50 hastada azaltmıştır ³⁸. Erişkinlerde bu konuda yardımcı olduğu gösterilen birçok RKÇ yapılmıştır ². Ancak çocuklarda İBS tedavisinde genel kullanım önerilecek kadar güçlü kanıtlar yoktur konvansiyonel tedavilerin yanı sıra destek tedavi olarak önerilebilir ³⁹.

Fonksiyonel kabızlığı olan çocuklarda 2005 yılında yapılan bir RKÇ’da laktuloza ek olarak LGG verilmiş, plaseboyla karşılaştırıldığında etkili bulunmamıştır ⁴⁰. 2010 yılında yapılan bir derlemede 5 RKÇ (3 erişkin 2 çocukluk döneminde yapılan) gözden geçirilmiştir. Çocuklarda lactobacillus casei rhamnosus (Lcr35) yaralı etki gösterirken Lactobasillus rhamnosus GG yararlı bulunmamıştır⁴¹. Probiyotiklerin kabızlık tedavisindeki etkinliğine yönelik çelişkili veriler vardır ve tedavide rutin kullanımı önermek için yeterli kanıt yoktur⁴².

İnfanıl Kolik

İnfanıl kolikte probiyotik kullanımı ile ilgili İtalya’dan yapılan bir çalışmada anne sütü ile beslenen 90 infanıl kolikli bebeğin bir grubu probiyotikle (L.Reuteri, 10⁸CFU/gün)kalan grup simetikon (60 mg/gün) ile tedavi edilmiştir. Ortalama ağlama sürelerine göre tedaviye yanıt probiyotikli grupta % 95 simetikonlu grupta % 7 bulunmuştur⁴³. Aynı yazarların 2010 yılında L.reuteri DSM 17938 ile yapılan çalışmada palseboya göre probiyotikli grupta ortalama ağlama süresi, ağlama şiddeti ve atak sıklığında belirgin azalma saptanmıştır⁴⁴. Ancak infanıl koliğin tedavisinde elimizde rutin probiyotik kullanımının destekleyen kanıtlar yoktur.

Ekstraintestinal Enfeksiyonlar

Ekstraintestinal enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili 2001 yılında Finlandiya’da RKÇ yapılmış. LGG’li sütle LGG’siz sütle (3 kez/gün) 7 ay 1-6 yaş arası 571

çocuk izlenmiş. Respiratuvar belirtiler okula gitmeme antibiyotik verilme arasında fark saptanmamıştır⁴⁵.

Ektraintestinal enfeksiyonların tedavisinde probiyotiklerin yararlı etkilerini gösteren çocuklarda RKÇ yoktur. Ektraintestinal enfeksiyonların önlenmesi ve tedavisinde rutin probiyotik kullanımı önerilmez².

Kanser: Önlenmesi ve tedavisi

Hayvan modellerinde yayınlanan çalışmaların sonuçları karsinojenik sürecin önlenmesinde fonksiyonel besinlerin probiyotiklerin pozitif yararları gösterilmiştir. İnsanlarda kanserin önlenmesi ve tedavisinde erişkinde ve çocukta hiçbir RKÇ yoktur ve önerilmez².

Probiyotiklerin güvenilirliği

Son yıllarda probiyotik kullanımında artış gözlenmiştir. Genel olarak oral alınan probiyotiklerin genel olarak güvenilir olduğu iyi tolere edildiği gösterilmiştir⁴⁶. Bağışıklığı baskılanmış hastalar, hasta preterm bebekler veya intravenöz kateteri olanlar probiyotik suşlarını alırken dikkatli olmalıdır. Land ve arkadaşları bağışıklığı baskılanmış bebek ve çocuklarda LGG probiyotik sepsisi bildirmişlerdir⁴⁷. Yenidoğan sepsisi ve ve menenjiti de probiyotik desteği ile ilişkili bildirilmiştir⁴⁸. Sağlıklı term bebeklerde probiyotik tolerans ve güvenilirliğine odaklanan son bir çalışmada 18 ay boyunca randomize olarak bebeklere yüksek probiyotik içeren, düşük probiyotik içeren ve kontrol formüla verilmiş. Yan tesir gözlenmemiş ve kolik probiyotik alanlarda anlamlı düşük antibiyotik kullanımı da az saptanmıştır⁴⁹. European Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) beslenme komitesi probiyotik ve prebiyotik preparatlarının güvenliği ve etkinliğinin belirlenmesinde daha çok çalışmalara ihtiyaç olduğu sonucuna varmıştır⁷.

Kaynaklar

- 1- Coskun T. Pro-,Pre- ve Sinbiyotikler. Çocuk sağlığı ve hastalıkları Dergisi 2006; 49: 128-148.
- 2- Thomas DW, Greer FR; American Academy of Pediatrics Committee on Nutrition; American Academy of Pediatrics Section on Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition. Probiotics and Prebiotics in Pediatrics. Pediatrics. 2010 Dec;126(6):1217-31.
- 3- Manning TS, Gibson GR. Prebiotics. Best Pract Res Clin Gastroenterol 2004; 18: 287-298.
- 4- Kau AL, Ahern PP, Griffin NW, et al. Human nutrition, the gut microbiome and the immune system. Nature 2011;474:327– 336.
- 5- Macpherson AJ, Harris NL. Interactions between commensal intestinal bacteria and the immune system. Nat Rev Immunol 2004;4: 478–485.
- 6- Madsen KL. Interactions between microbes and the gut epithelium. J Clin Gastroenterol 2011;45(Suppl):111–114.
- 7- ESPGHAN Committee on Nutrition. Medical Position Paper; Probiotic Bacteria in Dietetic Products for Infants: A Commentary by the ESPGHAN Committee on Nutrition. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2004;38: 365–374.
- 8- Pietzak M. Bacterial colonization of the neonatal gut. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2004;38(4):389–391.
- 9- Young RJ, Huffman S. Probiotic use in children. J Pediatr Health Care 2003; 17: 277-283.
- 10- Guarner F, Malagelada J-R. Gut flora in health and disease. Lancet 2003; 360: 512-519.
- 11- ESPGHAN Clinical Practice Guideline. Clinical Efficacy of Probiotics: Review of the Evidence With Focus on Children. J Pediatr Gastroenterol Nutr 2006;43: 550-557.
- 12- Coskun T. Probiyotikler, Genel özellikleri ve Etki Mekanizmaları. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2012;8(3):1-11.
- 13- Guandalini S. Probiotics for prevention and treatment of diarrhea. J Clin Gastroenterol 2011;45(Suppl):149–153.
- 14- Szajewska H, Kotowska M, Mrukowicz JZ, Armanska M, Mikolajczyk W. Efficacy of *Lactobacillus* GG in prevention of nosocomial diarrhea in infants. J Pediatr. 2001; 138(3):361–365.
- 15- CiorbaMA. A gastroenterologist's guide to probiotics. Clin Gastroenterol Hepatol. 2012; Sep10(9): 960-8.
- 16- Allen SJ, Martinez EG, Gregorio GV, Dans LF. Probiotics for treating acute infectious diarrhea. Cochrane Satabase Syst Rev 21010; 10(11): CD003048.
- 17- Duman M. Akut ishallerin önlenmesinde ve tedavisinde probiyotikler. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2012; 8 (3): 27-30.
- 18- Szajewska H, Mrukowicz JZ. Probiotics in the treatment and prevention of acute infectious diarrhea in infants and children: a systematic review of published randomized, double-blind, placebo-controlled trials. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2001; 33(suppl 2):17–25.
- 19- Huang JS, Bousvaros A, Lee JW, Diaz A, Davidson EJ. Efficacy of probiotic use in acute diarrhea in children: a meta-analysis. Dig Dis Sci. 2002;47(11):2625–2634.
- 20- Chen CC, Khon MS, Lai MW, Chao HC, Chang KW, Chen SY, et al. Probiotics have clinical, microbiologic and immunologic efficacy in acute infectious diarrhea. Pediatr Infec Dis J 2010;29(2):135-8.
- 21- Htwe K, yee Ks, Tin M, Vandenplas Y. Effect of *saccharomyces boulardii* in the treatment of acute watery diarrhea in Myanmar children: a randomisd control study. Am j Trop Med Hyg 2008;78(2):214-6.
- 22- Corrêa NB, Péret Filho LA, Penna FJ, Lima FM, Nicoli JR. A randomized Formula controlled trial of *Bifidobacterium lactis* and *Streptococcus thermophilus* for prevention of antibiotic-associated diarrhea in infants. J Clin Gastroenterol. 2005;39(5): 385–389.
- 23- D'Souza AL, Rajkumar C, Cooke J, Bulpitt CJ. Probiotics in prevention of antibiotic associated diarrhoea: meta-analysis. BMJ. 2002;324(7350):1361.
- 24- Johnston BC, Goldenberg JZ, Vandvik PO, et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database Syst Rev 2011;CD004827.
- 25- Uysal P, Uzuner N. Allerjik hastalıklar ve Probiyotikler. Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci 2012;8(3):57-66.
- 26- Weston S, Halbert A, Richmond P, Prescott SL. Effects of probiotics on atopic dermatitis: a randomised controlled trial. Arch Dis Child. 2005;90(9):892– 897.

- 27- Osborn DA, Sinn JK. Probiotics in infants for prevention of allergic disease and food hypersensitivity. *Cochrane Database Syst Rev* 2007; (4): CD006135.
- 28- Boyle RJ, Bath-Hextall FJ, Leonardi-Bee J, Murrell DF, Tang ML. Probiotics for treating eczema. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(4):CD006135.
- 29- Sever AH, Duman N. Yenidoğanlarda probiyotik kullanımı. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8(3):74-80.
- 30- Alfaleh K, Bassler D. Probiotics for prevention of necrotizing enterocolitis in preterm infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008;(1):CD005496.
- 31- Lesbros-Pantoflickova D, Corthesy-Theulaz I, Blum AL. *Helicobacter pylori* and probiotics. *J Nutr*. 2007;137(3 suppl 2): 812–18.
- 32- Sikora J, Valeckova K, Amlerova J, et al. Effects of a specially designed fermented milk product containing probiotic *Lactobacillus casei* DN-114 001 and the eradication of *H. pylori* in children: a prospective randomized double-blind study. *J Clin Gastroenterol*. 2005;39(8):692– 98.
- 33- Demirören K, Özen H. İnflamatuvar Bağırsak Hastalıklarının Tedavisinde Probiyotikler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8(3):34-42.
- 34- Mallon P, McKay D, Kirk S, Gardiner K. Probiotics for induction of remission in ulcerative colitis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;(4):CD005573.
- 35- Miele E, Pascarella F, Giannetti E, Quaglietta L, Baldassano RN, Staiano A. Effect of a probiotic preparation (VSL#3) on induction and maintenance of remission in children with ulcerative colitis. *Am J Gastroenterol*. 2009;104(2):437– 443.
- 36- Bousvaros A, Guandalini S, Baldassano RN, et al. A randomized, double-blind trial of *Lactobacillus* GG versus placebo in addition to standard maintenance therapy for children with Crohn's disease. *Inflamm Bowel Dis*. 2005;11(9):833– 839.
- 37- Rolfe VE, Fortun PJ, Hawkey CJ, Bath- Hextall F. Probiotics for maintenance of remission in Crohn's disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006;(4):CD004826.
- 38- Bausserman M, Michail S. The use of *Lactobacillus* GG in irritable bowel syndrome in children: a double-blind randomized control trial. *J Pediatr*. 2005;147(2): 197–201.
- 39- Aksu AU, Dalgıç B. İrritabl Bağırsak hastalığı ve probiyotikler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8(3): 43-7.
- 40- Banaszkiewicz A, Szajewska H. Ineffectiveness of *Lactobacillus* GG as an adjunct to lactulose for the treatment of constipation in children: a double-blind, placebo controlled randomized trial. *J Pediatr*. 2005;146(3):364 –369.
- 41- Chmielewska A, Szajewska H. Systematic review of randomised controlled trials: probiotics for functional constipation. *World J Gastroenterol* 2010; 16(1):69-75.
- 42- Kasırga E. Konstipasyonun önlenmesi ve tedavisinde probiyotikler. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8(3): 53-6.
- 43- Savino F, Pelle E, Palumeri E, Oggero R, Miniero R. *Lactobacillus reuteri* (American Type Culture Collection Strain 55730) versus simethicone in the treatment of infantile colic: a prospective randomised study. *Pediatrics* 2007; 119(1):e124-30.
- 44- Savino F, Cordisco L, Tarasco V, Palumeri E, Calabrese R, Oggero R, et al. *Lactobacillus reuteri* DSM 17938 in infantile colic: a randomised, double-blind, placebo-controlled trial. *Pediatrics* 2010;126(3):e526-33.
- 45- Hatakka K, Savilahti E, Ponka A, et al. Effect of long term consumption of probiotic milk on infections in children attending day care centres: double blind, randomised trial. *BMJ*. 2001;322(7298):1327.
- 46- Dinleyici EÇ. Probiyotik kullanımının güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri J Pediatr Sci* 2012;8(3): 110-4.
- 47- Land MH, Rouster-Stevens K, Woods CR, Cannon ML, Cnota J, Shetty AK. *Lactobacillus* sepsis associated with probiotic therapy. *Pediatrics*. 2005;115(1):178 –181.
- 48- Kunz AN, Noel JM, Fairchok MP. Two cases of *Lactobacillus bacteremia* during probiotic treatment of short gut syndrome. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2004;38(4): 457– 458.
- 49- Saavedra JM, Abi-Hanna A, Moore N, Yolken RH. Long-term consumption of infant formulas containing live probiotic bacteria: tolerance and safety. *Am J Clin Nutr*. 2004;79(2):261–267.

BEBEKLİK (0-1 YAŞ) DÖNEMİNDE BESLENME

Prof. Dr. Muazzez GARİPAĞAOĞLU

İstanbul Medipol Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi,

Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Sıfır-6 ay döneminde beslenme-Doğal beslenme

Yaşamın ilk yılı büyüme ve gelişmenin en hızlı olduğu önemli bir dönemdir. Bu dönemdeki yetersiz beslenme, çocukluk döneminde geriye dönüşsüz boy kısalığına, emosyonel ve kognitif bozukluklara neden olurken, erişkin dönemde hipertansiyon ve diyabet gibi hastalıkların riskini artırmaktadır. Benzer şekilde bu dönemindeki yüksek protein alımı da ileri dönemde obesite riskini artırmaktadır. İşte bu nedenle, bebeklere optimal beslenmenin sağlanması hayati önem taşır. Bebekler için optimal beslenme, ilk 6 ay sadece anne sütü verilmesi, ondan sonraki 6 ay ise anne sütünün zamanında, yeterli ve uygun türden tamamlayıcı besinlerle desteklenmesiyle mümkündür.

Günümüzde anne sütünün bebek için en iyi ve en doğal besin kaynağı olduğu Dünya Sağlık Örgütü başta olmak üzere pek çok uluslararası organizasyon ve bilimsel topluluk tarafından kabul edilmektedir.

Anne sütü bebeğin doğal fizyolojisine katkıda bulunan canlı bir dokudur. Mevcut besinler arasında en doğal olanıdır, özgündür. Bugüne kadar taklit edilememiştir, taklit edilmesi de mümkün değildir.

Anne sütünün içeriği

Anne sütü D vitamini hariç bebeğin tüm gereksinimlerini karşılar.

Anne sütünün içeriğini tam olarak değerlendirmek güçtür. Çünkü anne sütünün bileşimi anneden anneye, günden güne, gün boyunca, emme süresince, laktasyon süresince değişebildiği gibi, laktasyondaki kadının beslenme özelliklerine ve kişisel metabolik faktörlere bağlı olarak da değişir. Örneğin emzirmenin başında karbonhidrattan zengin önsüt gelirken, emzirmenin sonunda

yağdan zengin sonsüt gelir. Sonsütün gelebilmesi için bebeğin bir memeyi yaklaşık 10-15 dakika güçlü bir şekilde emmesi gerekir. Aksi halde yağdan zengin sonsüte ulaşmak mümkün değildir. Öğünlerde her 2 memenin kısa süreli emzirilmesi, bebeğin sonsüt yerine laktozdan zengin önsüt ile beslenmesine neden olur ki, bu da gaz şikâyetlerine, gürültülü ve sulu dışkılamaya neden olur.

Anne sütündeki besin öğelerinin birçoğu klasik özelliklerinin dışında işlevsel özelliklere sahiptir. Örneğin; anne sütündeki proteinler, büyüme için gerekli amino asitleri sağlamanın yanında, sindirimin en iyi şekilde olmasını, patojenlere karşı savunmayı ve doku olgunlaşmasını da sağlar. Benzer şekilde anne sütündeki yağlar, enerji sağlamanın yanında, hücre membranlarının ve immün sistemin yapı ve işlevlerine de katılırlar. Karbonhidrat bileşenlerinden laktoz ve oligosakkaritler ise enerji kaynağı olmanın yanında, kolondaki bakteriyel gelişmeyi modüle ederler ve epitel hücrelerine bakterilerin yapışmasını önlerler.

Bu özellikleri nedeniyle, anne sütü ile beslenen bebekler arasında mortalite ve morbidite oranları belirgin bir şekilde düşüktür.

Anne sütü karmaşık bir sistemdir. İçeriğinde bulunan bazı faktörler bir diğerinin biyoyararlılığını olumlu yönde etkilemektedir. Örneğin; Anne sütünün fosfor düzeyinin düşük olması, kalsiyum biyoyararlılığının artmasında etkili olmaktadır.

Bütün bu üstünlükleri göz önüne alınarak, doğumdan itibaren bebeklerin 0-6 ay boyunca tek başına anne sütü ile beslenmeleri ve bu süre içinde su dahil hiçbir ek besin verilmemesi önerilmektedir.

Anne sütü ilk 2 yılda bebeğin sağkalımının güvencesidir.

Anne sütü bebeğe ağızla ve istedikçe verilir. Üç saatten fazla uyuyan bebekler, uyandırılarak emzirilir. Emzirme sıklığı, birinci aydan sonra, 2-3 saatlik aralarla programlanabilir. Günlük toplam emzirme sayısı, 10 kereden fazla olmamalıdır.

Sıfır-6 ay döneminde beslenme-Doğal olmayan beslenme

Anne sütü ile beslenmenin diğer bir deyişle doğal beslenmenin sağlanamadığı koşullarda, bebek beslenmesinde ilk seçenek olarak, inek sütünden yapılan formül sütler ya da endüstriyel sütler kullanılmaktadır. Bu tip beslenmeye doğal olmayan beslenme, suni beslenme ya da biberon ile beslenme denilmektedir.

Formül sütler, yaşamın ilk 6 ayındaki bebeklerin beslenmesinde kullanılan ve bu dönemdeki bebeklerin besin gereksinimlerini karşılayan ürünler ya da besinler olarak tanımlanmaktadır.”

Hazır mamalar olarak da tanımlanan formül sütlerin diğer bir deyişle formüllerinin karbonhidrat, protein, yağ, vitamin ve mineral içerikleri, her bir bileşenin minimum-maksimum değerleri, nerede, ne zaman ve hangi amaçla kullanılacakları, pazarlama koşulları vb. çeşitli otoriteler tarafından incelenmekte ve direktifler şeklinde uygulamaya konmaktadır.

Yaşamın ilk 6 ayında kullanılan formüller üretilirken, altın standart olan anne sütünün içeriği esas alınmaktadır. Bu nedenle bu dönemdeki formüllere **adapte formüller** ya da **başlangıç formülleri** denilmektedir.

Doğal beslenemeyen bebeklerde

- Solunum yolu enfeksiyonları ile orta kulak iltihabı sık görülür. Bu nedenle formüle ile beslenen bebekleri sırtüstü-düz yatar pozisyonda beslenmeden kaçınmalıdır.
- Gaz sancıları daha sık görülür. Özellikle inek sütü alerjisi varsa, gaz sancıları daha ağır seyredebilir.
- Alerjik sorunlar daha erken dönemde ortaya çıkar.
- Mide boşalma süreleri uzun olduğu için daha çok kusarlar, aspirasyon riskleri yüksektir.
- Normal konsantrasyonda hazırlanmayan formüller, bebeklerin ağırlığında sapmalara, diğer bir deyişle bebeklerin şişman ya da zayıf olmalarına neden olur.
- Uzun süren biberon kullanımı ortodontik sorunlara yol açabilir.

Altı -12. ay döneminde beslenme, Tamamlayıcı beslenme

Tamamlayıcı besinler, yaşamın ikinci 6 ayında, anne sütü ile birlikte bebeğe verilen besinlerdir. Zamanında başlanan, çeşit ve miktarca yeterli olan tamamlayıcı besinler, bebeklik döneminde mortalite ve morbiditeyi önler, optimal büyüme ve gelişmeyi sağlar, ileri dönemde ise kronik hastalıklardan korur.

Tamamlayıcı besinler, bebeğin artan enerji ve besin öğeleri (demir başta olmak üzere) gereksinimlerini karşılamak, çiğneme ve konuşma kaslarının gelişimine katkıda bulunmak, bebeği farklı tat ve kıvamda besinlere alıştırmak ve böylece ileri dönemde iyi bir beslenme alışkanlığı kazandırmak amacıyla başlanır.

Tamamlayıcı besinlerin ne zaman başlanacağı tüm zamanların en önemli konularından biri olmuştur. Farklı zamanlarda, farklı ülkelerde, farklı yörelerde farklı uygulamalar yapılmış ve yapılmaya da devam etmektedir. Tamamlayıcı besinlerin başlanabilmesi için bebeğin fizyolojik ve psikolojik yönlerden gelişmiş olması gerekir. Fizyolojik olarak böbrek fonksiyonlarının, sindirim sistemindeki enzim fonksiyonlarının ve merkezi sinir sistemi fonksiyonlarının (oral ve kaba motor) gelişmiş olması gerekir. Desteksiz oturması, baş kontrolünün tamamen gelişmiş olması ve itme refleksinin kaybolması gerekir. Psikolojik olarak ise bebeğin refleksif davranışlardan, taklit edilen davranışlara ilerleme yapması, örneğin aç olduğu zaman ağzını açarak besine doğru uzanması, tok olduğu zaman başını geriye atarak ya da uzaklaştırarak besine ilgisiz davranması gerekir.

Bütün bu gelişimler ya da duyulanımlar en erken 4. ayda, optimal olarak ta 6. ayda tamamlanmaktadır. Dördüncü aydan önceki bebeklerin, itme refleksi nedeniyle sadece sıvı besinleri yutabildikleri ve çiğneme becerilerinin gelişmediği bilinmektedir.

Dördüncü aydan önce başlanan tamamlayıcı besinlerin anne sütü alımını azalttığı, allerjik hastalıklar ve aspirasyon riskini artırdığı, kabızlık ve ishal durumları ile zatürre sıklığını artırdığı, büyüme açısından da üstünlüğünün olmadığı bildirilmektedir.

Tamamlayıcı beslenme dönemi pek çok zorlukların, karmaşanın yaşandığı, kırılgan ve değişken bir dönemdir. Bu dönemdeki bebeklerin gereksinimlerini karşılamak için standart bir uygulama yoktur. Optimal uygulamanın hangisi olduğu da açık değildir.

İlk 6 ay sadece sıvı bir besin ile beslenen bebeklerin, çiğneme ve yutma-
dan oluşan yemek yeme davranışını öğrenmeleri zaman alır.

Tamamlayıcı besinler ve başlanma özellikleri

Tamamlayıcı besinler genel olarak meyve püresi, sebze püresi, yoğurt, muhallebi ve kahvaltıdır. Bebeğe verilecek ilk besinin prensip olarak allerjenitesi düşük, gaz yapmayan, gluten içermeyen besinler arasından seçilmesi önerilmektedir. Bu özellikler esas alındığında, elma ya da şeftali püresi, pirinç unu ile hazırlanmış muhallebi, yoğurt ve sebze püresi ilk başlanacak besinlerdir. Allerji yapma riski olan turunçgiller, yumurta, ekmek, balık ve et ilk verilecek besinler arasında yer almaz.

Tamamlayıcı besinler birer birer, 5-7 günlük aralıklarla, gün içinde, bebeğe, anneye, bakıcıya ya da aileye uyan bir saatte, bebeğin canlı olduğu, çok aç ya da çok tok olmadığı bir zamanda ve tercihen öğlen öğününde başlanır.

Besinler kaşıkla, başlangıçta az miktarlarda (30-50 ml ya da 5-6 silme tatlı kaşığı) verilir. Miktar günden güne artırılır, 3-5 günde tam porsiyona çıkılır. Benzer şekilde besinler, başlangıçta püre kıvamında daha sonra ezilmiş, ardından ufak parçalara bölünmüş biçimde verilerek bebeğin farklı yapıdaki besinleri alması sağlanır.

Farklı besinler en az 3 gün, tercihen 7 günlük aralıklar ile denenir. İlk kez verilen yiyeceklerin allerjik belirtilere neden olup olmadığı kontrol edilir. Besinlerin temiz ve taze pişmiş olmasına dikkat edilir. Tuzlu, baharatlı ve acılı besinler bebeklere verilmez. Katı besinler verilmeye başlandığında bebek dili ile itebilir. Bu durum besini reddetme olarak algılanmamalı, doğal bir tepki olarak karşılanmalıdır.

Bebegın hoşlanmadığı yiyecekler 2-3 haftalık aralarla tekrar denenir. Aşırı lifli besinler ilk 12 ayda önerilmez.

Altı-9 ayda bazı içecekler bardakla denenebilir, katı yiyeceklerde çeşitliliğe yer verilir. Kúçük lokmalar şeklinde yiyecekler verilerek, bebek çığneme konusunda cesaretlendirilir.

Bebekler 9-12. aylar arasında parmakla yenen yiyeceklerden (finger foods) hoşlanırlar. Çocuk gelişiminin normal bir parçası olan bu hareketlere izin verilmesi bebeklerin el ve ağız hareketlerinin olgunlaşmasına yardım eder. Bu nedenle ince dilimlenmiş ekmek, patates, elma, muz, havuç, köfte gibi yiyecekler küçük parçalar halinde bebeğin tabağına konur. Ancak olası bir şok durumuna karşı yerken yalnız bırakılmaz.

Onikinci ayda bebeğin kendisinin yemesine izin verilir. Ancak desteksiz de bırakılmaz Dağıtıp dökse bile bebeği kendi yemesi konusunda sınırlandırmak doğru değildir. Yemek saatlerinde aile bireylerinin olumlu yeme davranışı içinde olmaları önemlidir.

Sıfır-1 yaş dönemindeki bebeklere salmonella riski nedeniyle az pişmiş yumurta, brusella riski nedeniyle pastörize edilmeyen süttten yapılmış peynir, tuz ve katkı maddeleri içeriği nedeniyle hazır çorbalar, hazır meyve suları, kafein içeriği nedeniyle çay, kahve, kola, gazoz türü içecekler, aspirasyon ve allerji riski nedeniyle fındık, ceviz, badem gibi kuru yemişler, yüksek yağ ve tuz içeriği nedeniyle kızarmış patates, cips ve anafilâksi riski nedeniyle bal verilmez.

Kaynaklar

1. WHO Working Group on the Growth Reference Protocol and the WHO Task Force on Methods for the Natural Regulation of Fertility. Growth of healthy infants and the timing, type, and frequency of complementary foods. *Am J Clin Nutr* 2002;76:620–7.
2. Friel JK, Isaak CA, Hanning R, Miller A. Complementary Food Consumption of Canadian Infants. *The Open Nutr J*, 2009, 3, 11-16.
3. Singhal A, Kennedy K, Lanigan, Fewtrell M, Cole TJ, Stephenson T, Elias-Jones A, Weaver LT, Ibhanebehhor S, MacDonald PD, Bindels J, Lucas A. Nutrition in infancy and long-term risk of obesity: evidence from 2. randomized controlled trials. *Am J Clin Nutr* 2010;92:1133–44.
4. Huh SY, Rifas-Shiman SL, Taveras EM, Oken E, Gillman MW. Timing of Solid Food Introduction and Risk of Obesity in Preschool-Aged Children *Pediatrics* 2011;127:e544–e551.
5. Trabulsi J, Capeding R, Lebumfacil J, RamanujamK, FengP, McSweeney S, Harris B, DeRusso P. Effect of an a-lactalbumin-enriched infant formula with lower protein on growth. *Eur J Clin Nutr*. 2011; 65: 167–174.
6. Kalhan SC. Optimal protein intake in healthy infants. *Am J Clin Nutr* 2009;89:1719–20.
7. World Health Organization .Infant and young child feeding. Model Chapter for textbooks for medical students and allied health professionals.2009.
8. Monte CMG, Giugliani ERJ. Recommendations for the complementary feeding of the breastfed child. *J Pediatr (Rio J)*. 2004;80(5 Suppl):S131-S141.

20 NİSAN 2013 / SALON B

12:00 - 12:45

Çocuklarda Sık Rastlanılan Ortopedik Problemler

Oturum Başkanları: *Ünal KUZGUN , Müferreret ERGÜVEN*

Konuşmacı: *Mücahit GÖRGEÇ*

ÇOCUKLARDA SIK RASTLANAN ORTOPEDİK PROBLEMLER

Mücahit GÖRGEÇ

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Beş başlık altında toparlanarak anlatılabilir

1)Klinik Bulgular : İçe basma ve parmakucu yürüyüş en sık rastlanan klinik bulgulardır. **İçe basarak yürüme** (In-Toe walking) genel anlamda çocuklardaki rotasyonel deformitelerin sonucudur ve üç ana kaynağı vardır: Femoral Antetorsiyon (Uyluğun dönmesi), İnternal Tibial torsiyon (Bacağın dönmesi) ve Metatarsus Adduktus (Ayağın dönmesi). Çoğunlukla içe basma gelişimle spontan olarak düzelir. **Parmakucuna basarak yürüme**, çocuklarda yürüme başladıktan sonraki ilk 6 ayda normaldir, devam ettiği takdirde ; Habitual (İdiopatik) Toe Walking ,Spastik dipleji ve müsküler distrofi arasında ayırım yapılmalıdır

2)Doğumsal Hastalıklar : Kalça çıkığı (GKD, DHD): intrauterine veya postnatal dönemde kalça eklemi gelişiminin yetersizliği sebebiyle femur başının asetabulum dışında olmasıdır. Her yeni doğan , özellikle aile anamnezi pozitif riskli bebekler, barlow ve ortalani testlerine bakılarak muayene edilmeli, US incelemesi yapılmalıdır. Erken dönemde Pavlik bandajı tek tedavi yöntemidir; birkaç ara bez kullanımının ne tedavide nede profilakside yeri yoktur. Çocuklarda sık rastlanan doğumsal ayak hastalıkları PEV(pes equinovarus=Clubfoot) ve Pes kalkaneus'tur. **PEV** ayağın tamamının içe dönük olduğu bir deformitedir ve tedavisine hemen, yenidoğan devresinde ,hiç beklenmeden başlanmalıdır. Manipüstasyon ve alçılama için, ilk 3-4 hafta altın peryottur. **Pes kalkaneus** ise ayağın aşırı dorsalfleksiyon halidir; ağır bir deformite gibi durmasına ve aileyi paniğe sevketmesine rağmen postural bir deformitedir ve egzersizlerle birkaç haftada düzelir. **Tortikolis** , sternokleidomastoid adelesinin fibrozisine bağlı olarak ,büyüme sürecinde adelenin kısılması ile ortaya çıkan boyun eğriligidir. Erken dönemde ağırlıkların büyük

kısmı (%90) kendiliğinden veya egzersizle düzelir, juvenile tip düzelmeyen şeklidir, cerrahi tedavi gerektirir.

2) **Edinsel hastalıklar : Genu varum-valgum:** Bu deformitelerin çoğu fizyolojik olup, spontan düzelirler. Fizyolojik olanın, patolojik olandan en erken zamanda ayırdedilmesi ve ailenin ikna edilmesi, gereksiz tetkik ve tedavilerin önünün alınması önemlidir. Normal çocuklarda diz açısı(tibio-femoral açısı) nın gelişimi ; 6-12. aylarda varus dizilimi, 18-24. aylarda nötral dizilim, 4 yaşında valgus dizilimi şeklindedir. 2 yaşından sonra devam eden varus deformitesi ,İnfanıl Tibia Vara (Blaunt hastalığı), Tibia medial fiz hasarına bağlı tibia vara (Travma İnfeksiyon), İskelet Displazileri ve Fokal Fibrokartilajinöz dizplaziyi, 8 yaşından sonra devam eden valgus deformitesi , Tibia medial fiz hasarına bağlı tibia vara (Travma İnfeksiyon), İskelet Displazileri ve Renal Osteodistrofi düşündürmelidir. **Pertes-Calve-Legg** : 4-8 yaş arası erkek çocuklarda görülen femur başı avasküler nekrozudur. Femur başının %50 sinden fazlasında nekroz olduğunda prognoz kötüdür, **Femurbaşı epifiz kayması (SCFE)** : Püberteye yakın , şişman ve uzun boylu ,gonadal gelişim geriliği olan erkek çocuklarında sıklıkla görülen femur üstuç epfiz kayması erken dönemde teşhis edilip, epifiz ,fiz hattını geçen vida ile tespit edildiğinde prognozu iyi, aksi halde kötü olan bir hastalıktır . **İdyopatik skolyoz** : Omurganın sagittal planda eğrilmesidir. İnfantil tip 3 yaşın altındaki erkek çocuklarda görülür, %90 kendiliğinden düzelirken, Jüvenil tip ve adolesan tip 3 yaşından ve püberteden sonra ve sıklıkla kız çocuklarında görülür, ilerleyicidir, kabaca 40 derecenin üzerindeki eğrilikle cerrahi tedavi gerektirir

20 NİSAN 2013 / SALON B

13:15 - 14:00

**Türkiye' de Çocuk Yoğun Bakım Birimlerinin Tarihçesi ve
Güncel Durumu**

Oturum Başkanları: *Metin KARABÖCÜOĞLU, Tugcin Bora
POLAT*

Konuşmacı: *Agop ÇITAK*

20 NİSAN 2013 / SALON B

14:00 - 15:00

Engelliliğin Önlenmesi ve Rehabilitasyonu

Oturum Başkanları: *Gülşen KÖSE, Güner KARATEKİN*

Konuşmacı: *Kalbiye YALAZ*

ENGELLİLİĞİN ÖNLENMESİ ve REHABİLİTASYONU

Prof. Dr. Kalbiye YALAZ

XXXXXXXXXXXXXXXXXX

Bedensel ve zihinsel engelliliğin önlenmesi ve rehabilitasyonu sağlık sorunlarının en önemlisi olmasına karşın tıp eğitimi ve uygulama döneminde yeterince tartışılmamaktadır. Son yıllarda genetik, moleküler biyoloji, Santral Sinir Sistemi görüntüleme yöntemleri ve Rehabilitasyon uygulamalarındaki gelişmeler konuyu tekrar gündeme getirmektedir.

Tıbbi değerlendirmeler DOKÜMANTASYON ve İSTATİKSEL verilere dayandırılmalıdır. Toplumda çocukların %17 si engelli ve %2 si ömür boyu bakımı gerektirir (ABD verileri) Türkiye'deki engelli profili konusunda sağlıklı verilere ulaşılamamıştır.

Etiyolojisi heterojendir ve genellikle ön tanı laboratuvar testlerinden önce klinik gözleme dayanmaktadır. Zihinsel engelli ve davranış bozukluğu olan çocukların tanımlanmasının ileri yaşlara kayabilmesi nedeniyle gelişim basamaklarını gösteren incelemelerin periyodik olarak tekrarlanması gerekmektedir. İzlemde: Motor (kaba ve ince), Konuşma (kelime hazinesi, akıcılık ve kapsamı), Bilinç (öğrenme ve yaratıcılık), Davranış (kişisel ve Sosyal) alanları kapsar.

Engelliliğin etiyojisinin bilinmesi, önlenmesi ve sekellerin aza indirilmesinde esastır. Erkan tanı, kesin tanı ve doğru yönlendirilmiş tedavi problemin düzeyini düşürür ve kişinin toplum içinde normal yerini almasını sağlar.

Normal gelişimin en önemli bulguları: GESTASYON YAŞINA UYGUN KİLOSU
GESTASYON ve YAŞINA UYGUN BAŞ
ÇEVRESİ

YAŞINA UYGUN GELİŞİM BASAMAKLARI dır.

Sağlık Bakanlığının verilerine göre: Major nörolojik- duyuşal
engellilik

Serebral palsi (SP)

Mental retardasyon (MR)

İşitme engelli (İE)

Retinopati sekeli görme engelli

Minör engelli:

Algı işlevlerinde gelişimsel engelli

Konuşma bozuklukları

Davranış bozuklukları

Okul başarısızlığı

0-5 yaş grubunda engelliliğın prevalansı: SP % 02.5, MR % 05, İE) % 02, Görme
Engelli % 05

Çocuklarda engelliliği önleyici faktörler: ANNE EĞİTİMİ

SOSYO-EKONOMİK DÜZEY

BİLİNÇLİ TIBBİ BAKIM

TARAMA TESTLERİ

TOPLUMSAL BİLİNÇ

İZLEM

Bütün araştırmalarda ANNE EĞİTİMİ çocuğun gelişmesinde en önemli faktör olarak bulunmuştur.

Çocukluk yaş grubunda gelişimsel değerlendirmenin yapılabilmesi ve doğru tanıya varabilmek için prenatal, natal, post natal verilere gereksinim vardır. Bu amaçla annelerin, izleyen sağlık elemanları ile beraber hamileliğin ilk gününden başlayarak ve aktif olarak katılabilecekleri

“ ANNE-ÇOCUK KARNESİ”

olarak isimlendirdiğimiz bir kayıt sistemi öneriyoruz.

Sosyo-ekonomik koşulların iyi olan Prematüre bebeklerin kendi akranları ile aynı gelişmeyi gösterdiği, düşük sosyo-ekonomik koşullarda akademik başarılarının da düşük olduğu gözlenmiştir.

Bilinçli tıbbi bakım RİSK FAKTÖRLERİ nin belirlenmesi ile sağlanabilir.

Gebeliklerin % 10-30 kadarında çeşitli risk faktörleri vardır. Doğumların % 10 u 37 haftadan önce prematüre olarak gerçekleşmektedir.İdeal doğum 40 haftalıktır. Çoğul gebelikler de bir risk faktörüdür. Neonatolojinin hızla gelişen bir ihtisas dalı olması risk faktörlerine çözüm bulmada önemlidir . Başarı şansı arttırabilmek için Kadın-Doğum uzmanı, Gelişimsel Pediatri, Çocuk Nörolojisi, Fizik Tedavi Rehabilitasyon KBB, Oftalmoloji, Konuşma (yeni bir ihtisas dalı olan Yutma tedavi ünitesi) ve Genetik, Metabolizma gibi laboratuvar branşları ile birlikte sorunlara çözüm aranması gerekmektedir.

Fetus ve Yeni Doğanın karşılaştığı önemli RİSK FAKTÖRLERİ:

Konjenital ve genetik bozukluklar

Kromozom anomalileri

Konjenital malformasyonlar

Kalıtsal hastalıklar (resesif ve dominant)

Maternal risk faktörleri:

Annenin sağlık sorunları (Maternal Fenilketonuri)

Utero-Plasental nedenler

Çevresel faktörler (Enfeksiyon, Teratojenik)

Doğum süresi ve izleyen dönemde

Mekanik

Hipoksik

Hipoglisemi

Hiperbilirubinemi

Tarama testleri anne adayından başlamak üzere, hamilelik süresinde, doğumun ilk günlerinde ve 0-6 yaş aralığında periyodik olarak uygulanır. Annenin yakın izlemi sırasında Tetanoz ve Kızamık aşılarının tekrarı önerilir. Türkiyede metabolik hastalıklardan öne çıkan Maternal Fenilketonuri taraması (Gutrie testi) annede de rutin olmalıdır.Tiroit , diyabet gibi endokrinle ilişkili durumlar kontrol edilmelidir. Folik asid desteği yurt dışında rutin olarak verilmektedir. USG ile Placenta durumu ve fetustaki anomaliler yakından izlenmeli, gerektiğinde gebeliğin sonlandırılması aile ile tartışılmalıdır.

Yeni Doğanın tarama testlerinden FENİLKETONURİ (FKU), BİYOTİNİDAZ, KONJENİTAL HİPOTİROİDİ (KH), İŞİTME TARAMASI yurt çapında rutin olarak yapılmaktadır. Yeni doğanın ve riskli bebeklerin göz taraması özenle yapılmaktadır.

DENVER II GELİŞİM TARAMA TESTİ 0-6 yaşta periyodik olarak en az dört defa uygulanır. Test a) Belirti göstermeyen çocukları olası problemler yönünden taramak b) Sezgisel kuşkuları nesnel bir ölçüm ile saptamak c)Yüksek riskli çocukları (örneğin doğum öncesi problemler, düşük kilolu doğum, prematüre bebekler, çoğul gebelikleri) izlemek amacı ile kullanılır. Genellikle konuşma (yaşına uygun kelime sayısı, cümle yapısı, artikülasyon, bilişsel düzeyi) rutin izlem sırasında en az üzerinde durulan konulardır. Sosyal iletişim, otistik davranış hiperaktivite, özel parametreler kullanılarak değerlendirilmelidir.

Risk taşıyan bebeklerin okula başlamadan önce motor becerileri yanında sosyal iletişim, davranış, konuşma yeteneği rutin görme muayenesi yapılmalıdır. Risk faktörü taşıyan bebeklerin %95 i normal gelişecektir.

Engellilerin rehabilitasyonunda: ERKEN TANI, KESİN TANI, ETKİN TEDAVİ yöntemleri öne çıkar. PLASTİSİTE (yeniden yapılanma) tedavi açısından çocuklarda görülen önemli bir farklılıktır. Santral Sinir Sisteminin KULLAN – YOKET prensibi ile işlev gördüğü için tedavinin zamanlaması örneğin GÖZ için ilk 8 aya , İŞİTME için ilk İKİ YAŞ a kadardır. MOTOR sistem çok daha uzun süre normal fonksiyonlarını kazanabilecek tedaviye açıktır. Riskli bebeklere ve ileri yaşta gelişimsel sorunları olan, zamanında doğan ve normal görülen çocuklara periyodik kontrolleri sırasında normalden sapma gösterdiklerinde tıbbi yardım ve özel eğitim olanakları sağlandığında yaşıtları ile aralarındaki farkın kapatılması veya en aza indirilmesi, topluma kazandırılması olasıdır. Riskli bebeklerin erken dönemdeki bulguları ile ileri yaşta ortaya çıkacak serebral palsi ve mental retardasyon gibi nörolojik sorunlarını saptamak her zaman mümkün olmaya bilir. Zamanında doğan ve risk faktörü taşımayan bebeklerin de (serebral palside % 60-70) ileride nörolojik sorunları çıkabilir.

Çocuğun sağlıklı gelişiminde en önemli faktör ANNE EĞİTİMİ dir.

SÖZLÜ - POSTER BİLDİRİLERİ

19 Nisan 2013

Değerlendirme: Behzat ÖZKAN (Büyük Harf soyisimler), Çağatay

SP-01

SPİNA BİFİDALI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN YAŞAM KALİTELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mahmut Cıvılibalı, Murat Suman, Murat Elevli, Nilgün Selçuk Duru, Seher Bozdoğan

Haseki Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Spina bifida yaşam boyu pek çok sorunla boğuşulması gereken ve halen ülkemizde yaygın görülen doğumsal bir hastalıktır. Bu çalışmada, spina bifidalı çocuğu bulunan annelerin yaşam kalitelerinin ve psikolojik durumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Yaşam kalitesi Kısa-Form Sağlık Araştırması Ölçeği (Short Form-36) ile, psikolojik değerlendirmeler Spielberg'in Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri (DSKE) ve Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile değerlendirildi. Spina bifidalı 30 çocuğun annesi ile benzer yaş ve cinsiyette 30 sağlıklı çocuğun annesi çalışmaya alındı. Hasta ve kontrol grubundaki annelerin ve çocukların demografik özellikleri (anne yaşı, medeni durumu, ailenin ekonomik durumu ve sağlık sigortası varlığı; çocukların yaş, cinsiyet ve kardeş sayıları) benzer bulunmuştur. Hasta grubundaki annelerin SF-36 yaşam kalitesi ölçeği puanlarının anlamlı düzeyde düşük ($p<0.001$); DSKE ve BDÖ puanlarının yüksek ($p<0.001$) olduğu belirlendi. SF-36, DSKE, BDÖ puanları ile çocukların yaşı, cinsiyeti, kardeş sayıları ve annelerin yaşı arasında ilişki olmadığı saptandı. Bu çalışma, spina bifidalı çocukların annelerinin yaşam kalitelerinin ve psikolojik durumlarının ciddi düzeyde olumsuz etkilendiğini göstermektedir. Klinisyenler bu hastalığın yönetiminde annelerin psikososyal durumunu gözden kaçırmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Spina bifida, depresyon, kaygı, yaşam kalitesi

YARIK DUDAK VE YARIK DAMAKLI HASTALARDA TEDAVİ YAKLAŞIMIMIZ

*Ayşin Karasoy Yeşilada, Fatih Irmak, Erkan Yüce, Dağhan Dağdelen,
Deniz Özgür Sucu*

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik
Cerrahi Kliniği*

AMAÇ: Türkiye’de yarık dudak +/- yarık damak görülme insidansı binde 0,95, izole yarık damak görülme insidansı binde 0,77 olarak bildirilmiştir. Hastaların değerlendirilmesinde genetik incelemenin rolünün artmasına paralel olarak, tespit edilen malformasyonların ve dudak-damak yarıklarının dahil olduğu sendromların sayısı ve oranı da yıllar içinde artış göstermiştir. Çalışmamızda 2003-2013 yılları arasında Şişli Etfal E.A.H. Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi kliniğinde tedavi edilmiş olan yarık damak-dudak olguları incelenmiştir.

METOD: Kliniğimize 2003-2013 yılları arasında başvurmuş olan yarık dudak ve damak hastalarının dahil edildiği çalışmada 35 izole yarık dudak, 61 yarık damak-dudak, 32 izole yarık damak hasta operasyon yaşı, cinsiyet, tedavi şekline göre kategorize edilmiştir. 35 yarık dudak olgusunun 12’si kadın, 23’ü ise erkek hastaydı. 61 yarık damak+dudaklı hastanın 28’i kadın 33’ü erkekti. 32 izole yarık damaklı hastanın ise 14’ü erkek, 18’i kadın hastaydı.

BULGULAR: Yarık dudaklı olguların ortalama operasyon yaşı: 5,2 ay olarak saptandı. Yarık dudak olgularının 48’i inkomplet, 42’si komplet ve 6’sı mikroform dudak yarığıydı. Bu hastaların 5’inde bilateral dudak yarığı olduğu gözlemlendi. Unilateral yarık dudak vakalarının tümü ve bilateral yarık dudak olgularının 1’i modifiye Millard yöntemiyle, bilateral yarık dudak olgularının 4’ü ise Manchester yöntemiyle opere edildi.

Yarık damak olgularının ortalama operasyon yaşı 13 ay olarak saptandı. Olguların 47'si, Veau Wardill Killner yöntemiyle, 38'i Von Langenback tekniğiyle ve vakaların kalan 8'i ise Furlow yöntemiyle opere edilmiştir.

SONUÇ: Yarık dudak ve damak olgularının bakımı ve takibi yenidoğan döneminden itibaren dikkatli bir şekilde yapılmalıdır. Hasta yakınlarına dudak-damak yarıklarının başarıyla tedavi edilebilen yaygın bir anomali olduğu anlatılmalı, takip ve tedavinin bu konuda uzmanlaşmış merkezlerce yapılmasının başarıyı olumlu yönde etkileyeceği vurgulanmalıdır. Cerrahi tedavinin gecikmeden yapılabilmesi için büyüme gelişmenin yakından izlenmesinin önemi, anomaliye özgü beslenme yönteminin nasıl yapılması gerektiği, cerrahi ve cerrahi dışı tedaviler hakkında gerekli bilgilerin verilmesi (nazoalveoler molding, cerrahi öncesi ortodontik tedavi) hasta yakınlarının hekimle koordinasyonunu sağlayarak gerekli tedavinin en uygun şekilde yapılabilmesini sağlar.

Anahtar Kelimeler: Konjenital malformasyon, Yarık Damak, Yarık Dudak,

ÇOCUKLARDA YANIĞA BAĞLI OLUŞAN KOMPARTMAN SENDROMUNDA FASYOTOMİ DENEYİMLERİMİZ

Fatih Irmak, Ayşin Karasoy Yeşilada, Zeliha Gül, Dilgem Mammadov,

Dağhan Dağdelen

*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve
Estetik Cerrahi Kliniği*

AMAÇ: Yanık ülkemizde sık görülen ve özellikle çocuk hasta grubunu etkileyen tedavisi çoğu zaman özel merkezlerde yapılması gereken bir travma şeklidir. Yanığa bağlı travma ve sonrasında oluşabilecek kompartman sendromu ekstremitelerdeki sinir, damar, kas gibi düşük dirence sahip vital yapılara zarar verebilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde 2003-2013 yılları arasında, çocuk yaş grubunda yanık travmasına bağlı yapılmış ekstremitel fasyotomileri incelenecektir.

METOD: 2003-2013 yılları arasında kliniğimizde opere edilmiş olan 18 yaş altı, yanığa sekonder kompartman sendromu gelişen veya gelişme riski oturmuş olan hastalara yapılan fasyotomiler dahil edilmiştir. Toplam 9 hastanın dahil edildiği çalışmada hasta yaş aralığı 8 ay-17 yaş arasında değişmekte ve ortalama yaş 7,2 olarak saptanmıştır. Hastaların 7'si erkek, 2'si kız çocuğuydu. Hastaların 2'sinde etiyoloji kaynar su ile haşlanma, 4 'ünde alev, 3'ünde ise elektrik yanığıydı.

BULGULAR: Toplam 14 ekstremiteye; 5 hastada 2 ekstremiteye (4 hastada 2 alt, 1'inde iki kol) kalan 4 hastada tek kola fasyotomi uygulandı. Eldeki kompartman sendromu için karpal tünel seviyesinden ve gerekli olan vakalarda parmak midaksiyel seviyelerden, el dorsumunda 2. ve 4. web seviyelerinden fasyotomi uygulandı. Önkol seviyesindeyse karpal tünel fasyotomi insizyon hattı proksimalde önkola veya kola gerektiği kadar uzatılarak fasyotomi devamı sağlanmıştır. Tüm hastalara önkol ateli uygulanarak kol elevasyonda olacak şekilde takip

edilmiştir.Alt ekstremitelerde kururis radiali ve lateralinden başlayıp gerektiğinde ayak dorsumunda ve üst bacağı uzayan insizyon yapılmıştır. Hastaların takibinde uzun bacak ateliyle elevasyon uygulanmıştır.

SONUÇ: Kompartman sendromu tanısında çoğunlukla periferdeki dolaşıma bakılmaktadır.Ama parmak rengi ve ısısı etkilenmeden, distal nabızlar alınırken de, kas ve sinir dokusunun beslenmesini ciddi şekilde bozan kompartman sendromu meydana gelebilir.Yani kompartman sendromunun tanısı esas olarak klinik gözlem ve değerlendirmeye dayanır.Bu tip durumlarda erken tanı konulması ve elevasyon-antiödem tedavisine rağmen kompartman sendromu gelişme olasılığı gözlemlendiğinde gecikmeden fasyotomi açılmalıdır.Yanığa maruz kalmamak için korunma son derece önemlidir. Evlerde alınacak basit ama etkili tedbirler bu travmaya maruz kalmayı önemli oranlarda azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Fasyotomi, Kompartman Sendromu, Yanık

ÇOCUKLARDA KOROZİV MADDE ALIMI: 7 YILLIK DENEYİM

Nafiye Urgancı¹, Merve Usta¹, Seda Geylani Güleç², Emirzad Demirel²

¹ŞEEAH, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

²ŞEEAH, Çocuk Klinikleri

AMAÇ: Koroziv madde alımı gelişmekte olan bir çok ülkede yaygın bir sorundur. Türkiye’de kesin insidansı bilinmemekle birlikte %3-28 arasında tahmin edilmektedir. Çocuklarda mortalite ve morbidite riski yüksektir. En çok 1-3 yaş arası erkekler etkilenmektedir (%50-62). Bu çalışmada koroziv madde içen çocukların klinik bulgular, tedavi planlaması ve komplikasyonlar açısından değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Son 7 yılda koroziv madde içen 0-16 yaşında 1709 olgu retrospektif olarak değerlendirildi. Tüm hastalara 24-48 saat içinde üst gastrointestinal sistem endoskopisi yapıldı. Endoskopi bulguları sınıflandırıldı. Grade 1 ve 2a özefajit saptananlara ranitidin başlandı ve kısa süreli olarak beslenmeleri kesildi. Grade 2b ve 3 özefajitlerde beslenme kesilip parenteral beslenme, ranitidin, ampisilin-sulbaktam ve steroid tedavisi (1 gr/m²/gün, 3 gün süreyle) verildi. Grade 2b ve 3 özefajitlere 7 gün sonra endoskopi tekrarlandı ve bu hastalara 3 hafta sonra baryumlu özefagus grafisi çekildi.

BULGULAR: Olguların yaş ortalaması 35.23±30.65 ay, erkek/kız oranı 1.45 idi. Koroziv maddelerin %41’i NaOH’ti. Olguların %30’u 5 veya daha kalabalık aile üyelerine sahipti. İzlemde, üst gastrointestinal endoskopide 29 hastada (%1.7) darlık saptandı. Bu hastaların %79.3’ünde alkali madde alımı vardı. 5 yaş üstü hastalarda striktür formasyonu anlamlı olarak daha sıkı (p=0.001).

SONUÇ: Beş yaş üstü grade 2b özefajitli hastaların tamamında striktür gelişmiştiği saptandı. Bu da göstermektedir ki çocukların koroziv madde alımının önlenmesi için ailelerin eğitimi, bu ajanların ulaşlamayacak yerlere kaldırılması ve kilitli kapaklı şişelerde saklanması çok büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, koroziv madde, özefajit

YARIK DAMAK OPERASYONLARINDA ANESTEZİSİ GÜÇLÜKLERİ

Leyla Kılınç¹, Ayşin Karasoy Yeşilada², Kamuran Zeynep Sevim², Ayşe Hancı¹, Sibel Oba¹, Osman Sevim¹, Birsen Ekşioğlu¹, Hikmet Eren Acık¹

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Kliniği, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yarık damak ve dudak cerrahi gerektiren en sık doğumsal anomalilerdir. Yaklaşık 1/1000 doğumda gözlenmektedir, erkeklerde daha sık görülür. Bu hasta grubunda eşlik eden malformasyonların varlığı, kronik solunum sorunlarının varlığı, havayolunun sağlanmasındaki güçlükler operasyonların erkenden yapılmasını gerektirmektedir. Anestezik ajanlar ve teknikteki ilerlemelere rağmen perop ve erken postop dönemdeki karşılaşılabilecek sorunlar açısından yarık damak cerrahisi anesteziistler için her zaman özellik taşımaya devam edecektir.

YÖNTEM: 2000-2013 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve Rekonstrüktif cerrahi kliniği ameliyathanesinde yarık damak nedeniyle opere edilen 122 olgunun anestezi belgeleri retrospektif olarak incelendi. Olguların operasyon zamanındaki yaşları, cinsiyetleri, eşlik eden anomalileri, ameliyat tipi ve süresi, ameliyat süresindeki ve sonrasındaki komplikasyonları incelendi. Verilerin istatistiksel değerlendirilmesi aritmetik ortalama, standart sapma ile değerlendirildi.

BULGULAR: İncelenen 121 olgunun 47 si(% 38) kız,74 i erkek (% 62) idi. Kızların operasyon zamanındaki yaş ortalamaları 15+7 ay, erkeklerin yaş ortalaması 14,1+6,1 aydı.

SONUÇ: Yarık damak anomalisi anesteziistlerin en sık karşılaştığı kraniofasyal anomalilerdir. Çoğu olguda en sık kardiovasküler anomaliler eşlik etmektedir. 300 den fazla sendromun yarık damakla birlikte gözlemlendiği tariflenmiştir. Treacher Collins ve Pierre- Robin sendromu bunlara örnektir, bu anomalilerde mikrognatia ve glossopitoz mevcuttur hem maske ventilasyonu hem de laringoskopiye zorlaştırmaktadır. Yarık damak dudak cerrahisinde mortalite oranı anesteziye gelişmelere paralel olarak azalmıştır. Anesteziye bağlı mortalite ve mahkemeye başvuruların en çok sebebi havayolu açıklığının sağlanmasındaki güçlükler olduğu düşünülürse bu hasta grubunda anestezi uygulaması önemini korumayı devam etmektedir. Sonuç olarak yarık damak olguları pediatri, anestezi ve plastik cerrahi tarafından yakın takip edilmesi gereken özellikli pediatrik olgulardır.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, Damak Yarığı

Eşlik eden sendrom ve anomaliler

Eşlik eden sendrom ve anomaliler	N(sayı)
Pierre Robin Sendromu	2
Larsen Sendromu	1
Renal ve anal agenezi	1
Goldenhar sendromu	1
Ventriküler septal defekt	3
Atriyal septal defekt	4

Peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar

Peroperatif ve postoperatif komplikasyonlar	N(sayı)
Entübe edilememe	3
Solunum sıkıntısı	11

ANTENATAL HİDRONEFROZ TANILI HASTALARIN POSTNATAL İZLEMİ

Önder Kılıçaslan¹, Nurver Akıncı¹, Gül Özçelik¹, Kaya Horasanlı²,
Ali İhsan Dokucu³

¹*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul*

²*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Üroloji Kliniği, İstanbul*

³*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahi Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Gebelik dönemi boyunca ultrasonografinin (USG) sıkça kullanılmaya başlanmasıyla prenatal anomali tanı sıklığı artmıştır. Hidronefroz (HN), antenatal en sık belirlenen genitoüriner sistem anomalisidir. Bu çalışmada antenatal hidronefroz (AH) tanısı alan hastaların postnatal izlem sonuçları ile AH'un klinik önemi, takip kriterleri ve sonuçlarının ortaya konması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 2008 Ekim ve 2013 Şubat tarihleri arasında hastanemiz çocuk nefroloji polikliniğine başvuran 85 hasta retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hastalar 56 erkek ve 29 kızdı; ilk başvuru yaş ortalaması $4,0 \pm 4,7$ aydı. 31 hasta 2. trimesterde, 54 hasta 3. trimesterde tanı almıştı. 46 tanesi (%54,1) unilateral, 39 tanesi (%45,9) bilateral HN; unilateral olanlarda sol böbrekte HN oranı %73,9'du. AH saptanan 124 böbreğin 78 tanesi (%62,9) hafif, 25 tanesi (%20,2) orta, 21 tanesi (%16,9) ağır HN'du. 26 böbrekte (%21) postnatal HN saptanmadı. Tüm hastalarda idrar yolu enfeksiyonu (İYE) oranı %18,8 olup, patolojik HN tanılı hastalarda anlamlı derecede yüksek saptandı. Hastaların postnatal son tanılarında %58,8 HN yapabilecek ciddi patolojik tanı bulunamazken; %41,1 patolojik tanılı HN saptandı. Patolojik tanıya sahip HN'da %17,6 veziköüretal reflü, %12,9 üretropelvik kavşak obstrüksiyonu, %5,9 posterior üretal valv, %2,4 megaüreter, %1,2 multikistik displazi, %1,2 üreterosel

saptandı. Prenatal ve postnatal USG'lerde ağır derecede HN saptanan hastalarda patolojik hidronefroz saptanma oranı anlamlı derecede yüksekti. Patolojik tanıya sahip olan ve olmayan AH tanılı hastaların; prenatal tanı konulma zamanları (2. veya 3. trimester), taraf dağılımları (bilateral-unilateral) anlamlı fark göstermedi. Takip sonunda patolojik hidronefroz tanısı olan hastalarda İYE ve cerrahi geçirme oranı; patolojik olmayan hidronefrozlu hastalara oranla anlamlı derecede yüksek saptandı. Takip boyunca %12,9 hastaya cerrahi müdahale gerekti. Cerrahi müdahale yapılan hastalarda idrar yolu enfeksiyonu saptanma oranı anlamlı derecede yüksekti.

SONUÇ: AH tanılı hastaların takipleri sonucunda büyük çoğunluğunda patolojik olmayan (fizyolojik ve geçici) hidronefroz olarak tespit edilse de patolojik tanılı hidronefrozların saptanması önemlidir. Prenatal ve postnatal USG'de ağır HN ve İYE saptanması patolojik HN olasılığını arttırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: antenatal hidronefroz

ÇOCUKLARDA AKUT LÖSEMİLERDE NEFROMEGALİ SIKLIĞI VE AKUT LENFOBlastİK LÖSEMİDE PROGNOSTİK ÖNEMİ

Nurver Akıncı, Gül Özçelik, Ela Erdem, Yıldız Yıldırım, Sema Vural
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Çocukluk çağı akut lösemilerinde tanı sırasında nefromegali görülebilir, nadiren ilk bulgu olabilir. Bu çalışmada, özellikle akut lenfoblastik lösemiler (ALL) olmak üzere tüm akut lökozlarda nefromegali sıklığını belirlemek ve prognoza etkisini ölçmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Şişli Etfal Hastanesi Çocuk Kliniğinde ocak 2004 ile ocak 2013 tarihleri arasında akut lökoz tanısıyla izlenen 127 olgu (57kız, 70erkek) retrospektif olarak değerlendirildi. Üriner sistem ultrasonografisinde(USG) böbrek boyutları >2SD olanlar nefromegali kabul edildi.

BULGULAR: Olguların yaşları 1ay-17yıl arası değişmekte olup; %63'ü(n=80) common ALL, %4,7'si(n=6) PreB ALL, %7,9'u(n=10) T ALL, %2,4'ü(n=3) miksdizi lösemi, %15,7'i (n=20) AML ve %6,3'ü(n=8) ProB ALL tanısı almıştı. İmmüfenotipleri incelendiğinde %52,7'si(n=67) L1, %31,5'i(n=40) L2, %2,4'ü(n=3) M0, %2,4'ü(n=3) M1, %3,1'i (n=4) M2, %3,1'i(n=4) M3, %2,4'ü(n=3) M4 ve %2,4'ü(n=3) M5'dir. Olguların ilk başvuruda %96,1'inin(n=122) idrar incelemesi normal, %3,9'unda(n=5) patolojik; %96,1'inin(n=122) kan basıncı normal, %3,9'unun(n=5) yüksek; %24,4'ünde (n=31) HSM görülmezken, %75,6'da(n=96) hepatosplenomegali mevcuttu; %37'si (n=47) standart risk, %48'i (n=61) yüksek riskliydi. Olguların %81,9'unun (n=104) renal USG sonuçları normalken, %18,1'inde(n=23) nefromegali saptandı. Olguların %73,2'sinde(n=93) relaps ve mortaliteyi içeren olay görülmezken, %26,8'inde(n=34) olay görülmekteydi. Olguların %76,4'ünde(n=97) mortalite görülmezken,

%23,6'ı(n=30) kaybedilmişti. Tüm olgular içinde L2 ve AML grubunda mortalite oranı anlamlı yüksek saptandı. Nefromegali olan ve olmayan olgular karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, FAB sınıflaması, ALL/AML oranı arası fark saptanmazken;L1 fenotipinde nefromegali oranı anlamlı yüksekti. Nefromegali varlığına göre olguların lökosit, üre, kreatinin, ürik Asit ve LDH düzeyleri istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Nefromegalisi olan 21 ALL olgusu risk kriterleri (erkek, <1->9yaş, >50000/mm³lökosit, HSM, T ALL), mortalite ve olaysız sağkalım süresi (OSS) açısından değerlendirildiğinde fark bulunmadı. ALL'li 120 olguda nefromegali mortaliteye ve OSS açısından bağımsız risk faktörü olarak bulunmazken; immunfenotip(L2), Üre, LDH ve lökosit düzeyleri mortalite üzerine bağımsız risk faktörleri olarak saptandı.

SONUÇ: Akut lösemili hastalarda nefromegali oranı %18,1 olarak literatürle uyumlu olarak bulunmakla beraber prognoz üzerine etkili bağımsız risk faktörü olarak bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Akut lösemi, nefromegali

ÖZEL BİR HASTANE PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNDEKİ ÇOCUKLARIN TELEVİZYON VE İNTERNET ALIŞKANLIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Vedat Baş, İlhan Hatip, Yücel Taştan

İstanbul Medicana İnternational Hastanesi

Günümüzde ilerleyen teknolojik olumlu gelişmeler, televizyon, bilgisayar ve internet gibi psikolojik bağımlılık yapan sorunları beraberinde getirmiştir. Doğumdan 6 yaşa kadar olan dönem çocukların bilişsel, dil ve sosyal gelişiminin olduğu dönemdir. Bu dönemde denetimsiz olarak televizyon izleme ve internet kullanımının çocuk gelişimini olumsuz olarak etkilediği bilimsel bir gerçektir. Ailelerin bir kısmı bu olumsuz gelişmelerin farkında olmakla birlikte çoğu bilinçsizlik nedeni ile bu konuya yeterli özeni göstermemektedir.

Bu anket çalışmasında çocukların televizyon ve internet alışkanlıklarını belirlemek amaçlı olarak pediatri polikliniğimize herhangi bir sebeple başvuran ve anketimizi cevaplamayı kabul eden 200 ebeveyn katılmıştır. Çalışmamıza katılan çocukların yaş ortalaması $2,24 \pm 1,64$ (6 aylık-9 yaş) olarak tespit edilmiştir. Ebeveynlerimizin %2'si ilkokul, %31'i ortaokul-lise ve %67'si üniversite mezunu idi. Çocukların %58'i anneleri, %32'si bakıcı tarafından bakılmakta ve %10'u kreşe gitmekte idi. Tüm katılımcıların evlerinde televizyon vardı ve %69'unda evdeki televizyon sayısı birden fazla idi. Çocukların %14'ünün kendi odalarında televizyon bulunuyordu. Çocukların sadece %7'sinin hiç televizyon izlemediği belirlendi. Ancak %32'sinin 1 saatten az, %28'inin 1-2 saat arası, %26'sının 2-4 saat arası %5'inin 4-6 saat arası ve %2'sinin 6 saatten fazla televizyon izlediği tespit edildi. Gün içinde çoğunlukla (%37) 08-12 arası televizyon izlendiği belirlendi. Tüm gün boyunca televizyon izleyenlerin oranı %7 idi.

Anahtar Kelimeler: çocuk, internet, teknoloji

SÖZLÜ - POSTER BİLDİRİLERİ

20 Nisan 2013

Değerlendirme: Engin ARISOY, Sultan KAVUNCUOĞLU

**PREMATÜRE BEBEKLERDE RETİNOPATİ GELİŞME SIKLIĞI VE
RETİNOPATİ GELİŞEN BEBEKLERİN ÖZELLİKLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

***Filiz Özkaya Gül, Ali Bülbül, Sinan Uslu, Dilek Hatipoğlu, Umut Zübarioğlu,
Mesut Dursun, Asiye Nuhoglu***

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Çalışmamızda; prematüre bebeklerimizde retinopati gelişme sıklığının belirlenmesi, gelişimde etkili olan faktörlerin, uygulanan tedavi modellerinin ve prognozun değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği'nde 2008-2012 yıllarında yatan, ≤ 35 gebelik hafta olan 508 prematüre bebeğin dosyaları retrospektif olarak tarandı. Retinopati gelişen bebeklerin doğum ağırlığı, gebelik haftası, apgar skorları, oksijen tedavisi, ventilatör tedavisi, surfaktan tedavisi, anemi, sepsis, periventriküler kanama, bronkopulmoner displazi, prematüre retinopatisi evresi ve uygulanan tedavi modelleri kaydedildi.

BULGULAR: Çalışmamızda 35 gebelik haftası ve altında olan 508 hasta değerlendirildi. Hastaların %15,7'sinde (n:80) prematüre retinopatisi saptandı. Prematüre retinopatisi saptanan hastaların gebelik yaşı ortalama $28,4 \pm 2,6$ hafta (aralık: 23-34 hafta), doğum ağırlığı ortalama $1151,8 \pm 312$ g (570-2100 g) olarak saptandı. Hastaların %57,5'i (46 hasta) kız, %42,5'i (34 hasta) erkek ve %2,5'inin (2 hasta) yabancı uyruklu olduğu belirlendi. Hastaların doğumda 1 ve 5.dakika apgar skorları ortalaması sırasıyla 5,2 ve 7,4 olarak değerlendirildi. Prematüre retinopatisi saptanan hastaların tamamı oksijen tedavisi aldığı, %95'ine (76 hasta) ventilasyon desteği verildiği ve %70'ine (56 hasta) surfaktan tedavisi verildiği görüldü. Hastaların %87,5'inde (70 hasta) anemi geliştiği, 62 hastanın transfüze

edildiği belirlendi. Prematüre retinopatisi olan hastaların %30'unun (24 hasta) muayene öncesi, %12'sinin (12 hasta) muayene sonrası, %32,5'inin (26 hasta) ise muayene öncesinde ve sonrasında transfüze edildiği saptandı. Prematüre retinopatisi görülen bebeklerde %63,5 oranında klinik sepsis, %33,8 oranında kanıtlanmış sepsis olduğu gösterildi. Hastaların %42,5'inde (34 hasta) periventriküler kanama, %37,5'inde (30 hasta) bronkopulmoner displazi birlikteliği saptandı. Prematüre retinopatisi gelişen hastalarda saptanan evreler; %62,5'i Evre 1, %26,3'i Evre 2 ve %11,2'i Evre 3 retinopati şeklindeydi. Retinopati saptanan olguların %13,8'inde (11 hasta) plus hastalık bulunuyordu. Tedavide bebeklerin 12'sine lazer fotokoagülasyon ve 2 bebeğe ise lazer+anti-VEGF tedavisi uygulandığı saptandı.

SONUÇ: Prematüre retinopatisi nedeniyle son 4 yılda görme kaybı gelişen bebeğimiz yoktu. Retinopati saptanan bebeklerin büyük bir kısmının erken dönemde mekanik ventilasyon ve oksijen desteği gereksiniminin olduğu, geç dönemde ise transfüzyon gereksiniminin olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: prematüre, retinopati

DOĞUMSAL DİAFRAGMA HERNİLİ HASTALARDA SAĞKALIMI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sinan Uslu¹, Melih Akın², Mesut Dursun¹, Ali Bülbül¹, Umut Zubarioğlu¹, İ Asiye Nuhuğlu¹

¹*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği*

²*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği*

AMAÇ: Doğumsal diyafragma hernisi (DDH) yenidoğan döneminde yüksek mortalite ile seyreden bir hastalıktır. Bu çalışmada yenidoğan döneminde DDH tanısı alan hastalarımızın demografik özellikleri ve sağkalımı etkileyen faktörlerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 1 Ocak 2007 ile 31 Aralık 2012 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde tedavi gören DDH'li yenidoğan hastaların dosyalarından retrospektif olarak elde edilen demografik ve tıbbi veriler sağkalım üzerine etkileri açısından değerlendirildi.

BULGULAR: 2007 ile 2012 tarihleri arasında toplam 23 hasta DDH tanısı ile tedavi gördü. Hastalarımızın ortanca doğum haftası ve doğum ağırlığı sırasıyla 38 hafta (36-41) ve 3000 gram (2700-3750) idi. Hastaların 13'ü erkek (%56,5) olup 14'ü sezaryen (%60,9) ile doğurtuldu. Hastalardan 10'u (%43,5) antenatal tanılıydı ve 18'inde (%78,3) defekt sol taraftaydı. 17 hasta (%74) ortalama 2,3 günde opere edildi. Hastalarımızın 22'si (%95,7) konvansiyonel mekanik ventilasyon desteği alırken, 6'sına (%26) yüksek frekanslı mekanik ventilasyon, 2'sine (%8,7) nitrik oksit ve 18'ine (%78,3) surfaktan uygulaması yapıldı. Persistan pulmoner hipertansiyon (PPH) için 22 hastaya (%95,7) pulmoner vazodilatör ve inotropik destek tedavisi verildi. Toplam 14 hasta (%60,9) ortalama 5,4 gün içinde

kaybedildi. Kaybedilen hastaların oksijen indeksinin ve pulmoner arter basınçlarının anlamlı olarak daha yüksek, operasyon gününün daha erken, hava kaçağı ve doğumsal kalp hastalığının daha fazla olduğu saptandı.

SONUÇ: Doğumsal diyafragma hernili olgularımızda doku oksijenizasyonunun, persistan pulmoner hipertansiyonun ağırlığının, operasyon gününün sağkalım üzerine etkili olduğu belirlendi. Antenatal tanı ve tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesinin, eksik olan perinatoloji ve pediatrik kardiyoloji bilim dallarının neonatoloji-çocuk cerrahisi ile birlikte multidisipliner yapının içerisinde yer almasının, PPH'nin ve uygun destek tedavisi ile birlikte geciktirilmiş cerrahi yaklaşımın DDH'li yenidoğanlarda sağkalımı arttırabileceği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Doğumsal Diafragma Hernisi, Sağkalım, Yenidoğan

ÇOĞUL GEBELİKLERDE YENİDOĞAN PROBLEMLERİ

Adil Umut Zübarioğlu, Mesut Dursun, Ömer Güran, Muhittin Çelik,

Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ: Dünya genelinde üreme tekniklerinin gelişmesi ve anne olma yaşının ileri kayması gibi nedenlerle çoğul gebeliklerin sıklığı giderek artmaktadır. Çoğul gebelik hem anne hem de bebek sağlığını önemli derecede olumsuz etkileyen bir durumdur. Bu çalışmada amacımız hastanemizde çoğul gebeliklerden doğan bebeklerin demografik ve klinik özelliklerini değerlendirmektir.

METOD: Hastanemizde 01 Ocak 2010 – 31 Aralık 2012 arasında gerçekleşen çoğul doğumlar retrospektif olarak sosyodemografik ve klinik özellikleri açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanemizde 2010-2012 yılları arasında 10158 doğum gerçekleşmiş olup 10285 bebek dünyaya gelmiştir. Doğumların %1'i (n=125) çoğul doğum olup %98,4'i (n=123) ikiz, %1,6 (n=2) üçüz olarak gerçekleşmiştir. Bu gebeliklerin %14,4'ünde (n=18) yardımcı üreme teknikleri kullanılmıştır. Annelerin yaş ortalaması $31,4 \pm 6,3$ yıl, ilköğretim eğitimi tamamlama oranı %81,4, akraba evliliği oranı %19,2, antenatal düzenli takip oranı %76 idi. Çoğul doğumların %94,4'ü sezaryen ile gerçekleşmişti. Bebeklerin %76,5'i (n=193) prematüre olarak doğdu. Ortalama gebelik haftaları $33,8 \pm 2,9$ hafta, doğum ağırlıkları 2058 ± 726 gram, SGA oranı %19, intrauterin büyüme geriliği oranı %6,3 idi. Bu bebeklerin %67,8'si (n=171) çeşitli sorunlar (RDS, TTN, beslenme yetersizliği, polisitemi) nedeni ile yenidoğan yoğun bakım birimimizde tedavi aldı. Bebeklerin 3'ü ölü doğdu (%1,2) ve 5 bebek (%2) ağır prematürite nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA: Yüksek riskli gebelik grubunda olan çoğul gebelikler neonatal mortalite ve morbiditeyi önemli derecede olumsuz etkilemektedir. Antenatal bakımın düzenli yapılması, ailelerin bu konuda eğitilmesi ve çoğul doğumların perinatal ve yenidoğan yoğunbakım hizmetinin merkezileştirilmiş bir organizasyon bünyesinde takiplerinin yapılmasının problemleri azaltılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, çoğul gebelik

ATEŞ ŞİKAYETİ İLE YENİDOĞAN KLİNİĞİNE YATIRILAN BEBEKLERİN İNCELENMESİ

Ali Bülül, Mine Pullu, Sinan Uslu, Umut Zübarioğlu, Mesut Dursun,
Asiye Nuhoğlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

Çalışmamızda ateş şikayetiyle getirilen yenidoğanların hastaneye yatış ve antibiyotik uygulanma gereksinimini tartışmayı ve bakteriyel enfeksiyon için düşük riskli bebekleri tanımlamayı sağlayan ülkemiz için geçerli yeni bir protokol geliştirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışma Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniğinde 2009-2012 yılları arasında (3 yıl süresince) ateş şikayetiyle yatırılan, gebelik haftası ≥ 35 hafta olan, alta yatan yada eşlik eden kronik hastalığı olmayan tüm bebeklere uygun antibiyotik başlanarak prospektif izleme alındı. Tüm hastalardan tam kan sayımı, biyokimya, CRP, periferik yayma, tam idrar analizi, kan kültürü, idrar kültürü alındı. Kültürde üreme olması veya lokalize enfeksiyon odağı saptanması ciddi bakteriyel enfeksiyon (CBE) olarak kabul edildi. Bu bebekler ciddi bakteriyel enfeksiyon açısından Boston, Philadelphia, Rochester ve Şişli Etfal protokollerine göre değerlendirildi.

BULGULAR: Ateş şikayeti ile yatırılan 91 hastanın 31'inde (%34,1) CBE saptandı. CBE(+) grupta antibiyotik kullanımı ve hastanede yatış süresi CBE (-) gruptan daha fazla olduğu görüldü. Hastaların 40'ı (%44,1) sınıflandırılmayan grubu oluşturdu. Hastaların 15'inde (%16,5) dehidratasyon, 12'sinde (%13,2) idrar yolu enfeksiyonu saptandı. Boston ve Philadelphia protokollerinin negatif kestirim değeri %92 iken Rochester protokolünün negatif kestirim değeri %83 saptandı. Şişli Etfal protokolünün negatif kestirim değeri %97 saptandı. Tüm protokoller

LR(+) yönünden değerlendirildiğinde ise en yüksek oran Philedelphia protokolünde elde edildi.

SONUÇ: Çalışmada Şişli Etfal protokolünün diğer protokollere göre daha yüksek olan negatif kestirim değerine sahip olduğu saptanmıştır. Bu Şişli Etfal protokolüne göre CBE riski düşük olarak tanımlanan hastalarda %97 oranında CBE olmadığını göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, ateş

ORTA VE AĞIR DERECE PREMATÜRELERDE (<34 GH) OKUL ÖNCESİ DÖNEMDE (4-6 YAŞ) DENVER GELİŞİM TESTİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evrin Kıray Baş¹, Selda Arslan², Ali Bülbül³, Sinan Uslu³, Pınar Gizem Kara³, Ebru Akyıldız³, Asiye Nuhuğlu³

¹*Gaziantep Çocuk Hastanesi*

²*Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi*

³*Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

GİRİŞ-AMAC: Neonatoloji ve perinatoloji alanlarındaki bilgi, deneyim birikimi ve gelişen teknolojik olanaklar sayesinde prematüre bebeklerin sağ kalım oranı giderek artmaktadır. Sağ kalım oranı artmasına karşın serebral palsi, mental retardasyon, konvülsiyon, posthemorajik hidrosefali, mikrosefali, işitme kaybı ve görme kusurları gibi majör nörolojik sekel sıklığı %6-8 olarak değişmektedir. Prematürelerin prognozunun değerlendirilmesinde yakın zamana kadar bu majör nörolojik bozukluklar dikkate alınmaktaydı. Ancak, son yıllarda okul çağında görülen algılama bozukluğu, öğrenim güçlüğü, dikkat azlığı, konuşma bozukluğu, davranış sorunları ve minör nörolojik disfonksiyon gibi sorunların daha sık görüldüğü fark edilmiştir. Rutin gelişimsel gecikmenin erken bebeklik ve çocukluk çağında tanınması ve risk altındaki prematürelerin belirlenip gerekli önlemlerin alınması, minör nörolojik sekellerin azaltılmasına katkıda bulunacaktır. Bu amaçla Denver Gelişimsel Tarama Testi (DGTT) gibi testler kullanılmaktadır. Bu çalışmanın amacı, DGTT kullanılarak prematüre bebeklerde rutin fizik muayenede gözden kaçabilen gelişimsel sorunları erken saptayabilmektedir.

MATERYAL-METOD: Hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatırılarak tedavi edilen ve daha sonra prematüre polikliniğinde izlenen 56 orta ve ağır derecede prematüreye okul öncesi dönemde DGTT uygulandı.

BULGULAR: Değerlendirilen olguların içinde 6 olguda (%10,7) özellikle kişisel sosyal alanda olmak üzere gerilik tespit edildi.

TARTIŞMA: Orta ve ağır derecede prematürelerin %10,7'sinde gelişimsel gerilik saptanması, bu bebeklerin ülkemiz koşullarında da iyi bir bakımla sekelsiz yaşama şanslarının yüksek olduğunu ancak gelişimsel problemlerle sıklıkla karşılaşabileceğini gösterdi. Ayrıca multidisipliner, aile odaklı gelişimsel yaklaşımların ülke ve bölge çapında geliştirilmesi gerektiğinin önemini ortaya koymaktadır.

Anahtar Kelimeler: denver, prematürite

HASTANEMİZDE DOĞAN CİNSEL GELİŞİM BOZUKLUĞU OLAN BEBEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Evrım Kıray Baş¹, Ali Bülbül², Sinan Uslu², Selda Arslan³, Ömer Güran², Asiye Nuhoğlu²

¹*Gaziantep Çocuk Hastanesi*

²*Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi*

³*Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi*

AMAÇ-GİRİŞ: Cinsel gelişim bozuklukları, kromozom bozuklukları, gonadlar ve iç ve/veya dış genital yapının uygunsuz olduğu durumlardır. Cinsel gelişim bozukluklarının sadece bir kısmı belirgin kuşkulu genital yapı gösterir ve birçoğu doğumda belirti vermez. Bu nedenle tanı koymak her zaman kolay değildir. Anormal dış genital yapı küçük penis, hipospadias (idrar deliğinin penisin altında bulunuşu), tek veya iki taraflı inmemiş testisi olan erkek görünümünden klitoriste büyüme, ve kasıkta kitle saptanan dişi görünümlü yapıya kadar değişebilir. Böyle bir hastanın değerlendirilmesinde öncelikle dikkatli bir muayeneyle skrotum, labiyumlar ve kasıklarda gonadların varlığı aranmalıdır.

MATERYAL-METOD: Bu çalışmada hastanemizde doğan bebeklerdeki cinsel gelişim bozukluğu sıklığının saptanması amaçlanmıştır. Hastanemizde 1 ocak 2010-31 aralık 2010 arasında doğmuş olan tüm bebekler cinsel gelişim bozukluğu açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Hastanemizde 2010 yılı içinde 3437 doğum gerçekleşmiş olup bunların arasında 20 olguda (%0,58) minör yada major cinsel gelişim bozukluğu saptandı.

SONUÇ: Kuşkulu genital yapı yenidoğan bebeğin acil sorunları arasında yer almaktadır. Cinsel belirsizlik gösteren bir bebekte doğru ve erken tanı, doğru şekilde yönlendirme, yaşam, psikolojik gelişim ve genetik danışma açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: cinsel gelişim, yenidoğan

AŞIRI DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEKLERİN MORTALİTE ORANLARI VE ERKEN DÖNEM SORUNLARI

Ömer Güran, Ali Bülbül, Sinan Uslu, Selda Arslan, Evrin Kıray Baş,
Muhittin Çelik, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Yenidoğan yoğun bakım ünitemize kabul edilen 1000 g altında doğmuş aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) bebeklerde mortalite oranlarını ve erken dönem sorunlarını belirlemek.

GEREÇ-YÖNTEM: Ocak 2007-Aralık 2011 yılları arasında ünitemize yatırılmış, doğum ağırlığı 500 g ile 1000 g arasında olan bebeklerin dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Anne ve bebeğe ait demografik veriler ile bebeklerin taburcu olana kadar yaşadığı sorunlar ve uygulanan tedavi yöntemleri kayıt edildi. Antenatal steroid uygulanmasının taburculuk sırasındaki prognoza etkileri araştırıldı.

BULGULAR: 2007-2011 yılları arasında aşırı düşük doğum ağırlıklı 85 bebek çalışmaya alındı. Ortalama gebelik haftaları $26,21 \pm 2,34$ hafta, ortalama doğum tartıları 787 ± 15 gr, erkek cinsiyet oranı %38,8 (33) olarak saptanırken %62,4'ünün (52) doğum şekli sezaryen idi. Bebeklerin %54,1'i (46) kaybedildi. Çalışma grubumuzdaki bebeklerde cinsiyet ve doğum şeklinin mortalite üzerine etkisi gösterilemedi. 500-750g arasındaki bebekler, 750-1000g arasındaki bebeklerle kıyaslandığında mortalite oranının yaklaşık 2 kat daha yüksek olduğu görüldü (%75,7'e karşın %37,5, $p=0,001$). Yaşatılabilen 39 bebek irdelendiğinde ise 5 hastada (%12,8) ileri evre ROP, 20 hastada (%64,5) BPD, 6 hastada (%15,4) Evre 2 ve üzeri NEK, 2 hastada (%5,1) Evre 3 ve üzeri İVK, 15 (%38,5) hastanın da kültür pozitif sepsis tanıları aldığı görüldü. Kaybedilen bebeklerde antenatal steroid

kullanım oranlarının yaşatılabilenlerden anlamlı olarak düşük olduğu belirlendi [sırasıyla oranlar %19,6 (9/46) ve %46,2 (18/39), p=0,009]

SONUÇ: Ünitemizde 1000 g altında doğan bebeklerin mortalite oranları ülkemiz verileri ile kıyaslanabilir düzeydedir, fakat gelişmiş ülke verilerinin gerisindedir. Prematüriteliği önleyici yaklaşımların yanında rasyonel koşullarda antenatal steroid kullanımının sağlanması, prematüriteliğe bağlı mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: aşırı düşük doğum ağırlıklı bebek, mortalite, morbidite

POSTER BİLDİRİLER

BİR OLGU NEDENİYLE İZOLE AĞIR DUDAK DAMAK YARIĞI

Emrah Can, Figen Dığın

Edirne Devlet Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım

Dudak damak yarıkları yenidoğan döneminde gözlenen en sık konjenital anomalilerden birisidir. Genellikle görülme sıklığı 750-1000 doğumda bir iken ülkemizde sıklığı %0.95 olarak bildirilmektedir. Olguların %50 sinde damak ve dudak yarığı birlikte görülmektedir. Bu patolojinin etiyolojisi tam olarak açıklanamamakla birlikte embriyolojik yaşamda bazı etkiler ile oluşma olasılığı üzerinde durulmakta ve multifaktöriyel kalıtım mekanizması sorumlu tutulmaktadır. Ayrıca akraba evliliğinin etkili olduğu da düşünülmektedir.

Olgu

38 gebelik haftasında takipli anneden 3225g ağırlığında 48 boy ve 36 baş çevresi ile doğan bebeğin ilk muayenesinde komplet, sağ göz medial komissüre uzanan ve nazomaksiller alana yayılan ağır damak dudak yarığı tespit edildi. Diğer sistem muayenelerinde özellik saptanmayan bebeğin kraniyal ve batin USG'leri normaldi. EKO normal olarak tespit edildi. Ekstremitelerinde patolojik özellik saptanmadı. Aile öyküsünde annede oligohidramnios, teratojen ilaç kullanımı ve infeksiyon öyküsü yoktu. İlişkili olabilecek diğer sendromik durumlara ait fizik muayene bulguları saptanmadı. (P.Robin, medial cleft palate sendromu, Down send vb.) Hastaya dişhekimliği fakültesi ile görüşülerek damak protezi takıldı. Bu süre içinde OGS ile beslenen hastaya damak yapıncaya kadar spesifik biberon ağır lezyon nedeniyle kullanılamadı. Protez sonrası biberon ile emmesi olan hasta plastik cerrahi ve dişhekimliği ve genetik birimlerine yönlendirilerek taburcu edildi.

Yarık damak dudak anomalisinde cerrahi tek tedavidir. Cerrahide fonksiyonel ve estetik olarak düzelmeyi sağlamak amaçlanmaktadır. Ameliyatın uygun zamanda uygulanması olabilecek estetik ve fonksiyonel bozuklukları engelleyebilecektir.

Anahtar Kelimeler: yarık damak, yarık dudak, yenidoğan

Olgu



Sağ göz medial komissur ve nazomaksiller alana yayılan ağır damak dudak yarığı

EDİRNE İLİ YENİDOĞAN GELENEKSEL UYGULAMALARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Emrah Can, Figen Dığın, Meryem Erçetin

Edirne Devlet Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım

Yenidoğana için toplumda süregelen geleneksel uygulamalar ülkemizde bölge, bölüm ve yörelere göre değişiklik göstermektedir. Geleneksel uygulamalar arasında kundaklama, tuzla ovma, şekerli su verme, sürme çekme, inek sütü verme, su verme, bebeğin erken dönemde yıkanması, göbek bakımında pudra ve benzeri maddeler kullanma gibi uygulamalar sayılabilmektedir. Bu uygulamaların çoğunluğu yenidoğan sağlığı için risk oluşturabilecek etkenlerdir.

Mataryel ve Metod: Edirne Devlet Hastanesi yenidoğan yoğun bakım kliniğinde 2012-2013 yılları arasında 1.düzeye yatırılan, dış merkezlerde veya evde doğan, eğitim almamış bebeklerin öyküleri ileriye dönük değerlendirildi. Geleneksel uygulamalar için bir anket formu hazırlanarak bebeğin sorumlu hemşiresi tarafından sözel olarak anneye soruldu.Yanıtlar kaydedilerek değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya kliniğe yatışı gerçekleştirilen yaklaşık 50 bebek alındı. Bu bebeklerin %85'i term %15'şi geç pretemdi. Yatış tanıları 21(%42) bebekte hiperbilirubinemi, 6(%11)'sında beslenme yetersizliği ve hipernatremik dehidratasyon, 11(%22)'inde sepsis, 12(% 24) ünde omfalit idi. En sık uygulanan geleneksel yöntemin %36 ile bebeğe su verme olduğu, %30 ile erken dönem banyo yaptırma, %10 kundaklama,%6 göbeğe pudra ve çörekotu yağı uygulanması, %2 tuzla ovma, % 2 oranında da sürme çekme davranışı tespit edildi. Tuzla ovulan bebeğin serum sodyum düzeyi 179 meq/L tespit edilerek tedavisi düzenlendi.

Tüm bebeklerin klinik tedavileri yapıldıktan sonra sonra gerekli eğitimleri hekim ve hemşire tarafından gerçekleştirildi.

Tartışma : Geleneksel uygulamalar günümüz koşullarında sosyoekonomik ve kültürel gelişmeye karşın devam etmektedir. Bu anlamda hekim ilgili yerdeki uygulamalara bu gözle bakarak gerekli temel bilgilendirmenin yapılması için çaba harcamalıdır. Mevcut durum coğrafi konumdan bağımsız olarak yenidoğan ve çocuk sağlığı açısından sağlık personeline önemli görevler yüklemektedir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, geleneksel, dehidratasyon, omfalit

SUPRAVENTRİKÜLER TAŞİKARDİ: İKİ OLGU, İKİ FARKLI KLİNİK SEYİR

***Özden Turan, Ozan Yüksel, Tolga Köle, Berna Akşahin, Emine Türkkan
SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım
Ünitesi, İstanbul***

Giriş: Supraventriküler taşikardi (SVT), yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan aritmidir. Acil tedavisi gerekli olup, bazen ilaçlara dirençli ve tekrarlayan ataklar nedeniyle mortaliteye neden olabilir. Burada, iki farklı yenidoğanda SVT kliniği ve tedavisi sunuldu.

Vaka 1: Prenatal izleminde sorunu olmayan 28 yaşındaki annenin 2. gebeliğinden, normal yolla 39 haftalık, 3750 gram doğan erkek bebek postnatal 17. günde emmede azalma ve hızlı nefes alma yakınması ile çocuk acil servisine getirildi. Vücut ağırlığı 3900 gram, vücut ısısı 36.8 °C, solunum sayısı 82/dk, kalp hızı 278/dk idi. Kapiller dolum zamanı 5 sn, 3 cm hepatomegali, yenidoğan refleksleri zayıf, retraksiyon ve inlemeli solunumu vardı. Tam kan sayımı, biyokimyası, kan gazı, akciğer grafisi, C-reaktif protein, tiroid fonksiyon testleri ve ekokardiyografisi normaldi. Elektrokardiyografisi SVT ile uyumluydu. Adenozin 50 µg/kg iv hızlı puşe yapıldı. Taşikardisi devam eden hastaya adenozin dozu arttırılarak maksimum 200 µg/kg verildi. Yanıt alınamayınca önce 0,5 J/kg, ardından 1 J/kg senkronize kardiyoversiyon yapıldı. Kalp hızı 150/dk'ya geriledi ve SVT tekrarlamadı. Propranolol başlanarak taburcu edilen hastanın kontrolünde EKG'de ritim bozukluğu görülmedi. Sekiz aylıkken aile ilacını vermediği için SVT atağı ile tekrar başvurdu. Adenozin 50 µg/kg iv hızlı puşe tek doz yapıldıktan sonra taşikardisi düzeldi.

Vaka 2: Yirmialtı yaşındaki annenin 2. gebeliğinden, eklampsi nedeniyle acil sezaryenle, 31 haftalık 1500 gram doğan kız bebek yenidoğan yoğun bakıma yatırıldı. Respiratuar distres sendromu nedeniyle sürfaktan verilerek ekstübe edildi. Takibinde enfeksiyon, kraniyal hemoraji ve ek problemi olmayan hastanın postnatal 23. gün monitorizasyonunda kalp hızı 300/dk izlendi. Elektrokardiyografisi SVT ile uyumluydu. Adenozin tek doz 50 µg/kg iv hızlı puşe yapıldıktan sonra taşikardisi düzeldi. Tam kan sayımı, biyokimyası, kan gazı, akciğer grafisi, C-reaktif protein, tiroid fonksiyon testleri ve ekokardiyografisi normaldi. Taşikardisi tekrarlamayan hasta postnatal 33. gün taburcu edildi.

Yorum: Spesifik olmayan yakınmalarla başvuran ve fizik incelemede taşikardisi olan veya yenidoğanın rutin monitorizasyonunda saptanan SVT'nin erken tanı ve tedavisi önemli olup hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: supraventriküler taşikardi, yenidoğan

KOLESTATİK HEPATİT A İNFEKSİYONUNDA URSODEOKSİKOLİK ASİT KULLANIMI

Elif Arslan, Yeşim Fehime Acar, Metin Trabzon, Emine Türkkan

S. B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İSTANBUL

Hepatit A tüm dünyada görülen, hemen daima fekal oral yolla bulaşan, besinlerin hijyenik koşullarda hazırlanmadığı, el yıkama adetinin yaygın olmadığı ve toplu beslenme kurallarına uyulmayan toplumlarda sıkça görülen bir enfeksiyondur. Kolestatik Hepatit A çocuklarda nadir bir klinik tablodur. Ursodeoksikolik asit (UDKA) hidrofilik non toksik bir safra asidi olup kolestatik Hepatit A tedavisinde kullanılmaktadır. Bu yazıda kliniğimizde kolestatik Hepatit A tanısıyla takip ettiğimiz ve tedavisinde UDKA kullandığımız olgumuzu sunmayı amaçladık.

OLGU: Onbir yaşında erkek hasta 14 gündür devam eden sarılık şikayetiyle kliniğimize başvurdu. Başvurusunda cildi ikterik, karaciğer ve dalak palpabl, koagülasyon parametreleri uzamış, aspartat aminotransferaz 2718 U/L, alanin aminotransferaz 1511 U/L, total bilirubin 14 mg/dl, direkt bilirubin 7 mg/dl saptandı. İntravenöz hidrasyon, K vitamini ve laktuloz şurup başlanan hastanın gönderilen hepatit göstergelerinde anti-HAV IgM pozitif saptandı. 15 gün boyunca karaciğer fonksiyon testleri, bilirubinleri ve kolestaz enzimleri giderek yükselen hastada kolestatik Hepatit A düşünülerek tedavisine UDKA kapsül eklendi. UDKA tedavisinin 2. gününden sonra karaciğer fonksiyon testleri, bilirubin ve kolestaz enzimlerinde düşüş saptandı ve ilerleyen günlerde hastanın ikteri kayboldu.

YORUM: Akut Hepatit A çocukluk çağında nadiren kolestatik formda seyretmektedir ve sunulan bu olguda olduğu gibi UDKA kullanımı tedavide yarar sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: hepatit A, kolestaz, ursodeoksikolik asit

ÇOCUKLUK ÇAĞI ZEHİRLENMELERİNDE ÖZKIYIMIN YERİ

*Yelda Türkmenoğlu, Bilal Yılmaz, Ümit Arslan Sarıtaş, Berna Akşahin,
Fatih Cemal Özdemir, Cem Arat, Servet Erdal Adal
Sağlık Bakanlığı İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi*

Çocukluk çağında zehirlenme olguları arasında özkıyım oranı giderek artan sıklıkta bildirilmektedir. Bunların büyük çoğunluğu zehirlenme ile olmaktadır. Özkıyım kızlarda daha sık görülmektedir. Burada amacımız hastanemiz çocuk acil servisine başvuran özkıyım nedeni zehirlenmeleri değerlendirmektir. S.B. İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil servisine 1-1-2010 ile 31-12-2010 tarihleri arasında zehirlenme nedeni başvuran hastaların çocuk acil müşahade kayıtları taranarak; olgular yaş, cinsiyet, hastaneye başvuru zamanı, aylara göre dağılım, zehirlenme etkeni, ilaç cinsi ve sayısı, hastaneye yatış ve yoğun bakım ihtiyacı yönünden değerlendirildi. Hastanemize zehirlenme nedeniyle başvuran 470 olgunun 90'ı özkıyım nedeni idi. Özkıyım nedeni olgularımızın yaş dağılımı 10-16 yaş arasında olup en sık görülme yaşı 15 yaş idi. Bunların 78'i (%87) kız olup biri hariç tümü ilaç ile meydana gelmişti. Olguların 33'ünde çoklu ilaç alımı öyküsü vardı. Olguların 44'ü yatırılarak tedavi edildi, 10'u yoğun bakıma gönderildi.

Çocukluk çağı zehirlenmelerinde özkıyım oranının bu şekilde yüksek bulunması dikkat çekici bir durum olarak görülmüştür. Bu nedenle ailelerin, okul çevresinin, başta sağlık çalışanları olmak üzere toplumun diğer bireylerinin bu konuda önlem alması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Özkıyım, Zehirlenme, Çocuk

HİPOKALSEMİ NEDENİ İLE YATIRILAN HASTALARIN ETYOLOJİK AÇIDAN DEĞERLENDİRİLMESİ

Betül Dilek Sarıgöl, Yelda Türkmenoğlu, Rohat Öztepel, Ahmet Doğan, Soner Sazak, Servet Erdal Adal
Sağlık Bakanlığı İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Kalsiyum, hücresel düzeyde iyon transportunun ve membran bütünlüğünün sağlanmasında önemli bir regülatördür. Hipokalsemi varlığında tetani, konvülsiyon, hipotansiyon, aritmi ve kalp yetmezliği görülebilir. Amacımız, çocuk servisinde son bir yıl içinde hipokalsemi nedeni ile yatırılarak tedavi edilen hastaların etyolojisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: S.B İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde 01.01.2012 ve 31.12.2012 tarihleri arasında hipokalsemi nedeni ile yatırılarak intravenöz(IV) tedavi alan hastalar, epikrizler ve tedavi defterleri taranarak değerlendirildi.

BULGULAR: Hipokalsemi nedeni ile IV kalsiyum tedavisi alan, yaşları 3/12 ile 13 arasında değişen 5 hasta tespit edildi. Bunların üçü erkek, ikisi kızdı. Bu hastaların birisi hariç diğerlerinde paratiroid hormon yüksek bulundu. Hipokalsemi nedeni ile değerlendirilen hastaların dördünde ağır D vitamini eksikliği, birinde çölyak hastalığına bağlı emilim bozukluğu olduğu görüldü.

SONUÇ: Ülkemizde, özellikle bir yaşın altındaki çocuklarda günlük D vitamini kullanımı yaygın olarak uygulanmasına rağmen, D vitamini eksikliğinin hala gözleniyor olması dikkat çekilmesi gereken bir durum olarak düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: D vitamini eksikliği, hipokalsemi

SOLUNUM SIKINTISI İLE BAŞVURAN,MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU GELİŞEN BİR SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS OLGUSU

*Müferet Ergüven, Olcay Yasa, Endi Romano, Özcihan Oğuz
İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D,İstanbul*

GİRİŞ: Sistemik lupus eritematozus (SLE) etyolojisi bilinmeyen,yaygın bağ dokusu, damar inflamasyonu ve otoantikör varlığı ile karakterize multisistemik,otoimmün bir hastalıktır. Çocuk yaş grubunda,genellikle akut başlangıçlı ve erişkinlere göre daha ağır seyirli bir hastalıktır.

AMAÇ: Vaka sunumumuz ile solunum sıkıntısı ile başvuran,tanı aşamasında makrofaj aktivasyon sendromu (MAS) gelişen hastada SLE farkındalığına dikkat çekmek amaçlandı.

OLGU: Ondört yaşında erkek hasta ateş, öksürük nefes almada zorluk,yanaklarda ve kollarda eritematöz döküntü şikayetiyle başvurdu. Dış merkezde çekilen PA akciğer grafisinde plevral efüzyon,lobar pnömoni saptanmış olup tarafımıza yönlendirildi. Fizik muayenede;yanaklarda bilateral eritematöz rash,kollarda eritematöz döküntü mevcuttu. Solunum sesleri sağ akciğerde azalmış,yaygın krepan rale,ekspiryum uzunluğu vardı.Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuar incelemesinde pansitopenisi mevcut olup akut faz reaktanları yüksek saptandı.Hastaya IV antibiyoterapi başlandı. Toraks USG ‘de sağ akciğerde plevral sıvı saptanması nedeniyle hastaya USG eşliğinde torasentez yapılarak hemorajik mayi aspire edildi. Plevral sıvı kültürü steril kaldı. Boyalı mikroskopik incelemede mesotel hücreleri ve lenfositik infiltrasyon saptandı. Malignite açısından çekilen

batın USG normal değeriendirildi.Toraks BT ‘de bilateral plevral efüzyon, sağ akciğer orta lobda konsolidasyon ve subsegmenter atelektazi saptandı. Pretrakeal bölge, axillada multiple lenfadenopatiler saptandı. Kemik iliği aspirasyonu normal değeriendirildi.Tümör markırları normal saptandı.Hastanın klinik seyrinde,remittant ateşi gelişerek pansitopenisi derinleşti. Hastanın antibiyoterapiye cevap vermemesi, yüz ve kollardaki döküntü varlığı, Ferritin yüksekliğinin eşlik etmesi nedeniyle MAS gözönünde bulundurularak hastada kollajen doku hastalığı düşünöldü. ANA:1/320 (+), Anti ds DNA (+), Anti Kardiolipin IG G(+), Direkt Coombs (+),C3 düşük saptandı. Hastanın 24 saatlik idrarda 50mg/m²/st proteinürisi saptandı. Ekokardiografide minimal perikardiyal sıvı tespit edildi. SLE ‘de kullanılan ACR tanı kriterlerine göre 7 bulgunun pozitif olması nedeniyle hasta SLE tanısı aldı. Böbrek biyopsisi yapılarak tedavi ve takibe alındı.

SONUÇ: SLE multisistemik bir hastalık olup tüm organları tutabilir. Başlangıçta çeşitli klinik prezentasyon ve MAS ile hastaların hekime başvurabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aktivasyon,eritematozus,lupus,makrofaj,sendrom,sistemik

KONVÜLZYONLA BAŞVURAN OTOİMMÜN POLİGLANDÜLER SENDROM TİP 1 OLGUSU

*Müferet Ergüven, Selcan Demir, Olcay Yasa, Gizem Ersoy, Ali Balık
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

Otoimmün Poliglandüler Sendromlar (OPS), endokrin ve nonendokrin organların otoimmün kökenli bozuklukları ile karakterizedir. OPS Tip I, OPS TipII ve OPS tip III olmak üzere üç formu tanımlanmıştır. OPS Tip I formu; hipoparatiroidi, Addison, Mukokütanöz Candidiasis, OPS Tip II formu; Addison, insüline bağımlı diabetes mellitus ve/veya otoimmün tiroid hastalığı, OPS Tip III formu; Addison hastalığı olmadan insüline bağımlı diabetes mellitus ve otoimmün tiroid hastalığı ile karakterizedir. OPS Tip I'de hastaların 1/3'ü üç komponenti, 2/3'ü iki komponenti aynı anda taşır. Bunlarla birlikte, alopesi areata veya totalis, malabsorbsiyon, pernisiyöz anemi, gonadal yetersizlik, kronik aktif hepatit, vitiligo ve diğer otoimmun hastalıklar da görülebilir. NOlgumuz epilepsi tanısı alarak tedavi gören hastalarda metabolik nedenlerin araştırılmasının önemini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

7 yaşında erkek hasta, evde yaklaşık 30 dk süren tonik klonik generalize nöbet nedeniyle tarafımıza başvurdu. anamnezde epilepsi tanısı aldığı ve takipsiz olduğu öğrenildi. Sistem bulgularında patolojik bulgu yoktu. Nörolojik muayenesi doğaldı. Tırnaklarında enine çizgilenmeler ve ayak tırnaklarında trofik bozukluklar vardı. Laboratuar bulgularında hemogram doğal, üre: 39 mg/dl, glukoz: 81 mg/dl, Na: 134 meq/l, K: 4.5 meq/L, Ca: 5.2 mg/dl, P:8.6 mg/dl, ALP: 285Ü/L, LDH: 484 U/L, ALT: 27 Ü/L, AST: 34 Ü/L, PTH <6 pg/ml cl olarak bulundu. T4: 1.02(0.67-1.2) mcg/dl, TSH:4.47(0.28-4.3) mu/ml, Anti TPO: 11.6 (0-9) u/ml değerdaydı.

Bazal kortizol düzeyi: 19.4 mcg/dl, ACTH:324 pg/ml (0 - 46), adacık hücre antikorı: negatif bulundu. Hastanın el ve ayaklarında candida albicans tespit edildi. Bu bulgularla OPS Tip I tanısı alan hastaya hipoparatiroidi için kalsiyum ve D vitamini, kandidiasis için oral flukanozol tedavisi başlandı. Hasta halen kliniğimizce takip ve tedavi edilmektedir.

Sonuç olarak; Poliglandüler otoimmün sendromlar, endokrin ve nonendokrin organların otoimmün kökenli bozuklukları ile karakterize olup, klinik yelpazeleri çok geniştir. hipokalsemik konvülsiyonla başvuran olgularda OPS tip1 düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: OTOİMMÜN POLİGLANDÜLER SENDROM

JUVENİL İDİOPATİK ARTRİT İLE MAKROFAJ AKTİVASYON SENDROMU BİRLİKTELİĞİNDE TANI ZORLUĞU

Müferet Ergüven¹, Olcay Yasa², Elif Yıldız², Selcan Demir², Ayşe Ulusoy²

*¹Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

*²Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Sistemik juvenil idiyopatik (sJİA) artrit; artrite ateş, döküntü ve sistemik bulguların eşlik ettiği juvenil idiyopatik artrit tipidir. Makrofaj aktivasyon sendromu (MAS); özellikle sJİA'de araya giren enfeksiyonlar ve tedavide yapılan önemli değişiklikler sonucunda nedeni bilinmeyen bir şekilde iyi diferansiye monositlerin aktivasyonu ve infiltrasyonu ile karakterize sekonder hemofagositoz sendromudur.

AMAÇ: sJİA bulgularıyla tarafımıza başvuran ve tedavinin başlangıcında MAS gelişerek tanı zorluğu yaratan olgu sJİA ve MAS birlikteliğine dikkati çekmek amacıyla sunulmuştur.

OLGU: 16 yaşında kız hasta tarafımıza yaygın artralji, myalji, makülopapüler döküntü ve ateş kliniği ile başvurdu. Laboratuvar bulgularında akut faz reaktanlarında yükseklik (CRP:2,87mg/dl), lökositoz(WBC:11100/mm³) saptanan hastanın ANA, ANCA, AntidsDNA ve RF negatif bulundu. Akciğer grafisi, batin ultrasonografi, ekokardiyografisi doğal saptandı, kemik iliği aspirasyonunda özellik saptanmadı. hastaya mevcut bulgularla sJİA tanısı konularak pulse steroid (metilprednizolon 30mg/kg/gün) tedavisi başlandı ve tedavinin 1. gününde tüm şikayetlerinde gerileme gözlemlendi. 3 gün pulse steroid tedavisi alan hastanın oral metilprednizolon tedavisinin 1. gününde artralji, myalji ve ateşi tekrarladı.

Laboratuar bulgularında bisitopeni, karaciğer fonksiyon testlerinde, koagülasyon parametrelerinde bozulma, d-dimer ve ferritin düzeylerinde artış gözlendi. Tedavi başlangıcında MAS gelişen hastaya tekrar pulse steroid tedavisi başlandı. Tedavi sonrası klinik ve laboratuar bulguları normale dönen hastanın daha sonra tedavisine prednol 60mg/gün, metotreksat 10mg/m2/hafta ve siklosporin 3mg/kg/gün ile devam edildi. Klinik şikayetleri tekrarlamayan ve remisyonda olan hasta takibe alındı.

SONUÇ: MAS özellikle sJIA'da araya giren infeksiyonlar ile veya tedavi sürecinde görülebilen, mortalitesi yüksek olan bir sendromdur. Tanı aşamasında veya tedavi sürecinde gelişebileceği ve tanı zorluğuna yol açacağı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: sistemik juvenil idiopatik artrit, makrofaj aktivasyonu sendromu

TURNER STİGMALARI İLE BAŞVURAN HASTADA SANTRAL PUBERTE PREKOKS TANISI

*Müferet Ergüven, Olcay Yasa, Ali Balık, Selcan Demir, Ayse Ulusoy
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Ana
Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Puberte prekoks(PP); pubertal gelişimin fiziksel ve hormonal bulgularının normal kabul edilen zamandan önce gelişmesidir. Tümörler (astrositom, gliom, HCG salgılayan germ hücreli tümörler), hipotalamik hamartomlar, inflamasyon, cerrahi, travma, radyoterapi, apse gibi nedenlerle oluşan santral sinir sistemi yaralanmaları, konjenital anomaliler (araknoid kist,hidrosefali, suprasellar kistler) santral puberte prekoks nedenleridir.

AMAÇ: Ayaklarda şişlik şikayeti ile tarafımıza başvuran, Turner sendromunu andıran bulguları olan hasta; klinik muayenede erken puberte bulgularının görülmesi ile araştırılıp santral PP tanısı almıştır. Farklı şikayetler ile gelen çocuklarda cinsel gelişimin mutlaka değerlendirilmesinin önemini vurgulamak amacıyla olgu sunulmuştur.

OLGU: 7 yaşında kız hasta ayaklarda şişlik nedeniyle tarafımıza başvurdu.Fizik muayenesinde ayak sırtında ödem, yüksek damak, cubitus valgus, yele boyun, tanner sınıflamasında aksiller kıllanma yok, meme gelişim evre 2-3, pubik kıllanma evre 1 saptandı. 7 aylıkken hidrosefali nedeniyle ventriküloperitoneal şantı olan hastanın laboratuar tetkiklerinde LH değeri yüksek saptanması üzerine yapılan LHRH testi pubertal olarak değerlendirildi. Hastaya yapılan suprapubik Ultrasonografide uterus ve sağ over pubetal boyutta, sol overde multiple kistler izlendi. Ekokardiyografik muayenede kardiyak patolojiye rastlanmadı, aort triküspit

görülmekle beraber biküspit aorta ekarte edilemedi. Hastanın Turner Sendromuna yönelik istenen kromozom analizi normal bulundu. Çekilen pelvik MRda her iki overde multiple follikül kisti ve serbest sıvı izlendi. Kranial MRda 4. ventrikül hafif genişlemiş bulundu ve sağda VPşant, hipofiz MRda sol paramedian kısımda 3mm çapında mikroadenom lehine değerlendirilen lezyon izlendi. Santral PP tanısı konan hasta tedavi ve izlem altına alındı.

SONUÇ: Farklı şikayet ve bulgular ile başvuran bu olgu ile çocuklarda cinsel gelişim dahil ayrıntılı fizik muayenenin önemi vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: puberte prekoks

ÇOCUKLUK ÇAĞI AKCİĞER TÜBERKÜLOZU: 72 OLGUNUN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Emel Hatun Aytaç Kaplan¹, Nazan Dalgıç Karabulut¹, Mehmet Şükrü Ertürk²

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Tüberküloz, günümüzde önlenebilir ve tedavi edilebilir bir hastalık olmasına karşın, ülkemizde ve tüm dünyada çocukluk çağında da önemli bir sağlık sorunu olmaya devam etmektedir.

YÖNTEM-GEREÇLER: Bu çalışmada Kasım 2004- Eylül 2012 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Kliniği'nde yatan ve akciğer tüberkülozu tanısı alan 72 olgunun klinik ve laboratuvar özellikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların 35'i kız 37'si erkek olup yaş ortalaması 7,9±5,3 yıl idi. Olguların %69,4'ünün sosyoekonomik düzeyi düşüktü. En sık başvuru yakınmaları sırayla öksürük (%61,1), ateş (%41,7), halsizlik (%20,8), solunum zorluğu (%15,3) idi. Nadir başvuru nedenleri göğüs ağrısı (%13,9), kilo kaybı (%13,9), karın ağrısı (%5,6), terleme (%5,6), hemoptizi (%4,2) şeklindeydi. Temas öyküsü sorgulandığında olguların %40,3'ünde ev içi temas %19,4'ünde ev dışı temas öyküsü vardı. Hastaların 30'unda patolojik fizik muayenesi mevcut iken, 42'sinde fizik muayene normaldi. Otuz hastada BCG (Bacillus-Calmette-Guerein) aşı skarı mevcuttu. Hastaların lökosit sayısı ortalama 11825±5689/mm³, hemoglobin değeri 11,03±1,9 gr/l, trombosit sayısı 389830±160365/mm³, C-reaktif protein değeri 59,1±77,1 gr/l, eritrosit sedimentasyon hızı 59,2±37,6 mm/saat idi. Kırk dokuz (%68,1) hastada tüberkülin cilt testi pozitifliği vardı. Hastaların %79,2'sinde direkt

akciğer grafisi patolojik, %91,7'sinde bilgisayarlı akciğer tomografisi patolojikti. Tanı amaçlı en çok alınan örnek %83,3 oranında mide açlık sıvısı idi. Alınan örneklerin %16,7'sinde aside dirençli basil görüldü, %45,8'inde M.tuberculosis basili üretildi. Hastalara izoniazid, rifampisin, etambutol ve pirazinamid tedavileri başlandı ve izlemde 3 hastada hepatotoksisite gelişti, olguların hiçbirinde mortalite gözlenmedi.

SONUÇ: Tüberküloz hastalığı, tedavisindeki ilerlemelere rağmen yüksek mortalite ve morbidite hızı nedeniyle dünyada ve ülkemizde hala önemli bir halk sağlığı sorunu olmaya devam etmektedir

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, akciğer, çocukluk çağı

PNÖMONİ NEDENİYLE HASTANEYE YATIRILAN ÇOCUKLARDA HİPONATREMİ SIKLIĞI

Nilgün Selçuk Duru, Mahmut Çivilibal, Seher Bozdoğan, Murat Elevli
Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,

AMAÇ: Hiponatremi hastaneye yatırılarak tedavi edilen olgularda sık görülen bir elektrolit anormalliktir. Bu çalışmanın amacı pnömoni tanısı ile hastaneye yatırılmış çocuklarda serum sodyum düzeyi ile diğer temel laboratuvar tetkikler ve hastalığın klinik sonuçları arasındaki bağlantıyı araştırmaktır.

YÖNTEMLER: Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Büyük Çocuk Servisinde 01.01.2009 ile 31.07.2012 tarihleri arasında pnömoni tanısı ile hastanede yatırılarak tedavi edilen 2-17 (ortalama 8.2 ± 4.2) yaş arasındaki 92 (%57 erkek) olgu geriye dönük olarak incelenmiştir. Kronik akciğer etkilenmesi (kistik fibrozis, bronkopulmoner displazi, immün yetmezlik vs.), böbrek tübüler hastalığı bulunan hastalar ve yoğun bakımda izlenen olgular çalışma dışında tutulmuştur. Hastaların yaş, cins, hastanede yatış süreleri, serum Na düzeyleri ve diğer laboratuvar tetkikleri kaydedildi. Hiponatremi serum sodyum düzeyinin 135'in altında olması olarak tanımlandı. Hastalar hiponatremik ve normonatremik olmak üzere iki gruba ayrıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 25 (%27) hastada hafif, dört (%4) hastada orta düzeyde hiponatremi mevcuttu. Hiponatremik olgularda serum Na düzeyi 131.7 ± 2.2 mmol/l, normonatremik olgularda ise 137.2 ± 1.7 mmol/l bulundu. Ciddi hiponatremi hiçbir olguda görülmedi. Hiponatremili ve normonatremili olgular arasında yaş açısından bir farklılık yoktu ancak hiponatremi erkek çocuklarda daha sıkı. Serum sodyum düzeyleri ile lökosit sayısı, mutlak nötrofil sayısı ve C-Reaktif

protein arasında negatif korelasyon mevcuttu. Hiponatreminin hastanede yatış süresi ve komplikasyonlar üzerine herhangi bir etkisi saptanmamıştır. Yedi hastada plevral komplikasyonlar görüldü. Bu hastaların dördünde hiponatremi mevcuttu.

SONUÇ: Pnömonili çocuklarda, hafif düzeyde hiponatremi sık görülen bir laboratuvar anormalliğidir. Pnömoni nedeni ile hastaneye yatırılan çocuklarda parenteral sıvı başlanırken bu durum göz önüne alınmalı ve serum sodyum düzeyi izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hiponatremi, sodyum, pnömoni, çocuk

KONJENİTAL HAİRY POLİP OTOAMPUTASYONU VE TEKRARLAYAN ORTA KULAK ENFEKSİYONU BİRLİKTELİĞİ

Damla İnce¹, Özden Turan¹, Hatice Betül Gemicı¹, Yelda Türkmenoğlu¹, Şenay Erdoğan², Çağlar Çakır²

¹S. B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İSTANBUL, TÜRKİYE

²S. B. Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Patoloji Kliniği, İSTANBUL

Hairy polip sıklıkla nazofarenks ve orofarenksde yerleşen, nadir görülen iyi huylu bir tümördür. Erken embriyogenez döneminde ortaya çıkar ve iki germ yaprağı olan ektoderm ve mezodermi içerir. Yenidoğan döneminde sıklıkla solunum sıkıntısı ile belirti vermektedir. Burada, tekrarlayan orta kulak enfeksiyonu ile başvuran ve otoamputasyon sonrası tam iyileşme olan hairy polip olgusu sunuldu.

OLGU: Otuz yaşındaki annenin 2. gebeliğinden 3300 gram, vajinal yolla, 38 haftalık doğan kız bebeğin prenatal öyküsünde polihidroamniyoz saptandığı, postnatal dönemde sorun olmadığı öğrenildi. Annenin gebelikte ilaç, alkol, sigara kullanım öyküsü yoktu. Elli günlükken orta kulak enfeksiyonu nedeniyle hastaneye yatış öyküsü mevcuttu. İki buçuk aylıkken kulak akıntısı şikayeti ile çocuk acil servisine başvuran bebeğin muayenesinde sağ kulakta pürülan kulak akıntısı ve orta kulak enfeksiyonu bulguları saptandı. Muayene sırasında yaklaşık bir dakika süren şiddetli öksürük, siyanoz atağını takiben ağzından 4x1,5x1,5 cm boyutlarında tüm dış yüzeyi ince tüylü kitlenin çıktığı görüldü. Takibinde öksürüğü ve siyanozu düzeldi. Makroskopik olarak grimsi pembe renkli polipoz kitlenin patolojik incelemesinde mikroskopik olarak keratinize olmayan çok katlı yassı epitelle örtülü dokuda epitelyumun altında deri ekleri (yağ ve ter bezleri) polipin santralinde kas ve yağ dokusu tespit edildi. Bu bulgular ile hairy polip olarak değerlendirildi.

Kraniyal ve nazofarengeal magnetik rezonans görüntülemede özellik saptanmadı. Batın ultrasonografi, ekokardiyografi ve işitme testi (BERA) normaldi. Taburculuk sonrası iki aylık izleminde orta kulak enfeksiyonu ve ek şikayeti olmadı.

YORUM: Hairy polip tekrarlayan orta kulak enfeksiyonları ile nadiren ilişkilendirilebilen bir durumdur. Doğum sonrası ilk birkaç saatte solunum sıkıntısı, siyanoz, stridora neden olabilirken, daha küçük polipler ileri dönemde kusma, asfiksi, hemoptizi, östaki tüp disfonksiyonu ve persistan tek taraflı burun akıntısı yapabilir. Gebelikte polihidroamniyoz öyküsü ve sık tekrarlayan orta kulak enfeksiyonu olan hastalarda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: hairy polip, orta kulak enfeksiyonu

ANTENATAL STEROİD UYGULAMASININ ERKEN DÖNEM PREMATÜRE SORUNLARI ÜZERİNE ETKİSİ

Ali Bülbül, Filiz Özkaya Gül, Sinan Uslu, Muhittin Çelik, Ömer Güran, Dilek Hatipoğlu, Asiye Nuhoğlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Prematüre eyleminde antenatal dönemde anneye yapılan steroid uygulamasının erken dönem prematüre sorunları üzerindeki etkisini incelemek.

GEREÇ-YÖNTEM: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği'nde 2008-2012 yıllarında yatan, ≤ 34 gebelik hafta olan ve antenatal steroid (AS) uygulanan 145 prematüre bebek ile aynı dönemde aynı özelliklere sahip fakat antenatal steroid uygulanmadan doğumun gerçekleştiği 173 prematüre bebeğin erken dönem prematüre sonuçları karşılaştırıldı. Her iki gruptaki bebekler doğum ağırlığı, gebelik haftası, apgar skorları, oksijen tedavisi, ventilatör tedavisi, surfaktan tedavisi, anemi, sepsis, apne, periventriküler kanama, bronkopulmoner displazi, prematüre retinopatisi açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmanın yapıldığı dönemde gebelik süresi ≤ 34 hafta olan toplam 436 bebeğin doğumu gerçekleşirken, bunların 145'inde (%33,2) AS uygulaması yapılmış idi. Çalışmamızda AS uygulanan grubun ortalama gebelik haftası $30,5 \pm 2,7$ hafta ve doğum ağırlığı 1476 ± 437 g iken AS uygulanmayan grupta bu değerler $30,5 \pm 2,3$ hafta ve doğum ağırlığı 1438 ± 358 g idi. AS uygulananlarda 1 ve 5.dakika apgar skorları ortalaması sırasıyla 5,9 ve 8,1 iken AS uygulanmayanlarda 5,8 ve 7,9 olarak saptandı. Her iki grupta mekanik ventilasyon desteği, surfaktan uygulaması, entübasyon süresi, sepsis, bronkopulmoner displazi gelişimi ve yatış süreleri arasında istatistiksel bir fark saptanmadı. AS uygulanan

bebeklerde ROP görölme sıklığının daha düşük olduğu belirlendi (p:0,038).

SONUÇ: Prematür eylemde doğum öncesi antenatal steroid uygulamasının ROP gelişim sıklığını azalttığı saptandı. Kliniğimize yatan bebeklerde antenatal steroid uygulanma oranının oldukça düşük olduğu belirlendi. AS uygulamasının yaygınlaştırılması için uygun sağık politikalarının geliştirilmesine ihtiyaç olduğu düşünölmektedir.

Anahtar Kelimeler: antenatal steroid, prematüre, retinopati

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE BRAKİYAL PLEKSUS HASARI

Ali Bülbül, Şehrinnaz Sözeri, Ayşe Kunt, Melek Selalmaz, Serap Özdemir, Sinan Uslu, Asiye Nuhoglu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Son 6 yıllık süre içerisinde brakial pleksus hasarı gelişen bebeklerin klinik özelliklerinin değerlendirilmesi.

GEREÇ-YÖNTEM: Hastanemizde 2007- 2012 yılları arasında doğan tüm bebeklerin dosyaları brakial pleksus gelişimi açısından retrospektif olarak incelendi. Brakial pleksus hasarı saptanan bebeklerin prenatal, natal ve postnatal özellikleri kaydedildi. Hasar gelişiminde etkili olan risk faktörleri incelendi.

BULGULAR: Çalışma için belirlenen süre içerisinde 22 387 doğum gerçekleşmişti. Brakial pleksus hasarı saptanan 16 olgu vardı. Brakial pleksus hasarı gelişme sıklığı 1000 canlı doğumda 0,7 olarak belirlendi. Çalışmayı oluşturan olguların doğum şekli; 15 bebek normal vajinal yolla doğum, bir bebek ise sezaryen ile doğmuştu. Vakum ve forseps yöntemiyle doğum yoktu. Bebeklerin ortalama gebelik yaşı $39,3 \pm 1,3$ hafta, doğum ağırlıkları 3783 ± 394 gram, boy $50,8 \pm 2,1$ cm ve baş çevresi $34,5 \pm 1,3$ cm bulundu. Cinsiyet dağılımı 10 bebek kız, 6 bebek erkek şeklindeydi. Ortalama anne yaşı $30,9 \pm 6,6$ yıl saptanırken bebeklerin 2'si ilk doğum ile olma, beşi ikinci doğum, 9'u üçüncü ve üstü doğum ile doğma özelliği vardı. Paralizi 2 bebekte total, 1 bebekte Klumpke ve 13 bebekte Erb-Duchenne şeklindeydi. Paralizi 9 bebekte sağ kolda iken 7 bebekte sol kolda gelişmişti. Bebeklerin risk faktörleri incelendiğinde; 8 bebekte her hangi bir risk faktörü saptanmaz iken, 8 bebekte ise toplam 10 risk faktörü olduğu belirlendi. Saptanan risk faktörleri 6 bebekte doğum ağırlığının >4000 gr olması, 2 bebekte

uzamış doğum travayı, 1 bebekte omuz takılması ve 1 bebekte prezantasyon anomalisi (ayak gelişi) idi.

SONUÇ: Brakiyal pleksus hasarı gelişiminde bebeklerin önemli bir kısmında bir risk faktörü saptanamamaktadır. Multipar annelerin doğumu normal vajinal yolla doğum ile gerçekleştirmesi durumunun brakiyal pleksus hasarı gelişiminde bir risk faktörü olduğu belirlendi.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, brakiyal pleksus hasarı

PEDİATRİ ALANINDA HİZMET SUNAN SAĞLIK PERSONELİNİN PULSE OKSİMETRE EĞİTİM DURUMU

Melek Selalmaz, Ali Bülbül, Ayşe Kunt, Şehrinaz Sözeri, Serap Özdemir, Sinan Uslu, Asiye Nuhoğlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Pediatrik yaş grubu içerisinde verilen sağlık bakım hizmetinin önemli bir parçası olan pulse oksimetre ile hasta takibi hakkında sağlık personelinin bilgi düzeyinin değerlendirilmesi.

YÖNTEM: Çalışma kesitsel olarak planlandı. Pediatrik yaş grubuna sağlık hizmeti sunan bölümlerde (çocuk servisleri, acil çocuk, yenidoğan yoğun bakım üniteleri ve çocuk cerrahisi bölümleri) çalışan sağlık personeli ile birebir görüşülerek anket yapıldı. Ankette bireyin genel çalışma özellikleri ile birlikte; pulse oksimetre cihazının parçaları, çalışma yöntemi, izlemde dikkat edilmesi gereken durumlar, sık saptanan sorunlar ve pulse oksimetrenin cihaz ayarları konusunda bilgi düzeyleri açık uçlu sorular ile değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışma anketi kabul eden 128 sağlık personeli ile yapıldı. Ankete katılanların meslek dağılımları 12 uzman doktor, 26 pediatri asistan doktor ve 90 hemşire şeklindeydi. Ankette katılanların %83'ü konu ile ilgili eğitim almadığı, pulse oksimetre kullanım amacının %99 SpO2 ve kalp atım takibi olduğu ve pulse oksimetre çalışma yöntemini bilenlerin %21 oranında olduğu belirlendi. Pulse oksimetre ile takipte olası yan etkilerin (lokal cilt yanığı, dolaşım bozukluğu ve ödem) gelişebileceğini %50,4 oranında biliyordu. Probun yer değiştirme süresi ne olmalıdır sorusuna %5 oranında 24 saat, %25 oranında 6 saat ve %70 oranında üç saat yanıtı alındı. Bir ay içerisinde saturasyon ve kalp atım hızı alarm limitlerinin

%76,5 oranında doğru bilindiği belirlendi. Pulse oksimetre kullanımı, bakımı, örnek hasta üzerinde uygulamalar ile ilgili sorulan sorularda ortalama %73,6 doğru cevap alındı. Cihazın alarm sesi ayar düzeyi ile ilgili sorularda %3 oranında alarmın kapalı olduğu ve gerektiğinde alarm sesinin açıldığı belirlendi. Alarm limitlerini bebeğe göre değiştirenlerin oranı %75,1 idi. Meslek grubuna göre yapılan değerlendirmede doktor grubunun pulse oksimetrenin çalışma yöntemini daha yüksek oranda bildiği (p:0,04) saptanırken, pulse oksimetrenin kullanımı ve olası yan etkileri konularında meslekler arasında bir fark saptanmadı (p:0,122)

SONUÇ: Pediatrik yaş grubuna hizmet veren sağlık çalışanlarının bilgi düzeylerinin ve uygulama metodlarının oldukça farklı olduğu, konu ile ilgili standart bir eğitim almadığı belirlendi.

Anahtar Kelimeler: pediatri, pulse oksimetre

FARKLI ŞİKAYETLER İLE KLİNİĞİMİZE BAŞVURAN AKUT DİSSEMİNE ENSEFALOMYELIT TANILI OLGULARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

İhsan Kafadar, Fatma Moustafa, Oya Köker

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Akut dissemine ensefalomyelit (ADEM) genellikle geçirilen enfeksiyonlar veya aşılama sonrası ortaya çıkan merkezi sinir sisteminin inflamatuvar, demyelinizan bir hastalıdır. Çalışmada kliniğimize başvuran akut dissemine ensefalomyelitli hastaların, klinik özellikleri, radyolojik bulguları ve tedavi sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

GEREÇ-YÖNTEM: Çocuk kliniğinde ADEM tanısı ile takip edilen dört hastanın ilk başvuru şikayetleri, klinik özellikleri kraniyal MR bulguları ve tedavi sonrası erken dönem prognozları gözden geçirildi.

BULGULAR: Olgularımızın üçü kız, biri erkek idi. Bir hastada geçirilmiş suçiçeği enfeksiyonu, iki hastada geçirilmiş üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü vardı. Hastalarda en sık görülen başvuru semptomları dengesizlik, yürüme bozukluğu ve bilinç değişikliği idi. Olguların tamamının kranyal MR görüntüleri ADEM de görülen kranyal MR değişiklikleri ile uyumlu bulundu. Hastaların tamamına metil prednizolon ve intravenöz immunglobulin tedavisi verildi. Olgulardan bir tanesi eksitus olurken üç olgunun nörolojik bulguları tamamen düzeldi.

SONUÇ: ADEM farklı klinik şikayetler ile karşımıza çıkabilen, farklı prognozlara sahip geniş bir yelpazeyi kapsayan bir hastalıktır. Hastalığın bu özelliklerini vurgulamak amacı ile kliniğimizde ADEM tanısı alan hastalar sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: ADEM, konvulsiyon

KIRIM KONGO KANAMALI ATEŞ TANILI ÇOCUK HASTALARDA İMMUNGLOBULİN G, A, M VE KOMPLEMAN C3, C4 DÜZEYİNİN PATOGENEZDEKİ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fatma Ayata, Dilara İçağasioğlu, Utku Aygüneş, Mevlüt Demir, Meryem Ölmez, Melih Timuçin Doğan

Cumhuriyet Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sivas

Bu çalışmanın amacı Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisinde Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi (KKKA) tanısıyla izlenen hastaların serum immunglobulin G,A,M ve kompleman C3,C4 düzeylerinin patogenezdaki etkinliğinin değerlendirilmesidir. Haziran 2011-Temmuz 2012 tarihleri arasında KKKA tanısı alan hastaların epidemiyolojik, demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar verileri, tedavi şekilleri ve sonuçları dosyalardan kaydedildi. Haziran 2011-Temmuz 2012 arasında KKKA öntanı 72 hasta tespit edildi. Hastaların ortalama yaşı 11.95 ± 3.95 yıl idi. Hastaların %66.7'si erkek, %33.3'ü kız cinsiyet oluştuyordu. Hastaların %20.8'i Yozgat, %11.1'i Giresun, %41.7'si Tokat, %25'i Sivas, %1.4'ü Erzincan'dan, tüm hastaların %95,8'i kırsal kesimden geliyordu. En çok başvuru %27,7'si mayıs, %37,6'i temmuz ayında gerçekleşti. Hastaların %86.1'inde kene ile temas öyküsü vardı. Hastaneye başvuru esnasında başlıca semptomlar ve bulgular ateş ($68/72=94,4$), kusma ($39/72=54,2$), peteşi-purpura-ekimoz ($5/72=6,9$), halsizlik ($38/72=52,8$), epistaksis ($6/72=8,3$), ishal ($9/72=12,5$), iştahsızlık ($36/72=50$), başağrısı ($34/72=47,2$), melena ($4/72=5,6$), makülopapüler döküntü ($6/72=8,3$), hematemez ($4/72=5,6$), hematüri ($2/72=2,8$), üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları ($30/72=41,7$), hepatomegali ($3/72=4,2$), splenomegali ($3/72=4,2$), lenfadenopati ($3/72=4,2$) idi. Hastaneye başvuru esnasında hastaların %80,6'sında trombositopeni, %70,8'inde lökopeni, %50'sinde nötropeni, %73,6'sında yüksek AST, %26,4'ünde

yüksek ALT, %71,6'sında yüksek LDH, %68,1'inde yüksek CK, %54,2'sinde uzamış PT, %52,8'inde uzamış PTT ve %56,9'unda yüksek INR, %8,2'inde düşük IgG, %6,1'inde düşük IgA, %25'inde düşük C3, %2,1'inde düşük C4 saptandı. Hastaların tamamı destek amaçlı sıvı-elektrolit tedavisi, 32 hasta (%44,4) trombosit süspansiyonu, 36 hasta (%50) taze donmuş plazma, 3 hasta (%4,2) eritrosit süspansiyonu, 5 hasta (%6,9) İntra Venöz İmmun Globulin (IVIG), 69 hasta (%95,8) ribavirin tedavisi aldı. Bir hastamızda plevral kanama sonrası hemotoraks gelişti. Tüp torakostomi uygulandı. Sonuç olarak, KKKA klinik bulguları çocuklarda erişkinlere benzerdir. Yaygın enflamasyonla seyretmesine rağmen, çalışmamızda hastaların serum immunglobulin G,A,M ve kompleman C3,C4 düzeylerinde sağlıklı popülasyona göre anlamlı fark bulunmamıştır. Hastalığın tedavisinde etkinliği kanıtlanmış antiviral ajan bulunmamakla beraber tedavinin en büyük bölümünü destek tedavisi oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Kırım-Kongo Kanamalı Ateşi, İmmunglobulin, Kompleman, Çocuklar, Destek tedavi

AKUT BATIN KLİNİĞİYLE GELEN MASİF PERİKARDİYAL EFFÜZYONU SAPTANAN SİSTEMİK JUVENİL İDİOPATİK ARTRİT OLGUSU

Tuba Kasapbaşı¹, Leyla Telhan¹, Pınar Karadeniz¹, Zeynep Yıldız Yıldırım¹,
Nuray Ayaz², Fatma Sevinç Şengül³

¹*şişli etfal eğitim araştırma hastanesi Çocuk kliniği*

²*istanbul kanuni sultan süleyman eğitim araştırma hastanesi Çocuk Romatoloji*

³*istanbul mehmet akif ersoy eğitim araştırma hastanesi Çocuk Kardiyoloji*

AMAÇ: Masif perikardiyal effüzyon çocukluk çağında en sık viral enfeksiyon sonrasında akut başlangıçlı olarak oluşan bir durumdur. Kliniğinde ön planda ateş, solunum sıkıntısı bulunmaktadır. Atipik olarak akut batın kliniği ile başvuran olgumuzun takibinde masif perikardiyal efüzyon saptanmıştır. Literatürde JIA tanısı almadan ilk bulgu olarak akut batın ve kardiyak tamponadla gelen çocuk vaka bildirimi nadir olması sebebi ile sunulmuştur.

OLGU: Öncesinde sağlıklı olduğu belirtilen 7 yaşında erkek hasta karın ağrısı ve ateş yakınması ile çocuk acil polikliniğimize başvurdu. Batında yaygın hassasiyeti olan, akut faz reaktanları pozitif olan ve batın USG sinde perfore apandisit ekarte edilemeyen hastaya batın eksplorasyonu yapıldı. Serbest sıvısı gözlenen hastada apendiks sağlandı. Olgunun operasyon sonrasında solunum sıkıntısı gelişmesi üzerine çekilen telekardiyografisinde kardiyomegalisi saptandı. Toraks BT sinde de masif perikardiyal efüzyon görülerek çocuk kardiyolojisi ile konsulte edildi. Transtorasik EKO eşliğinde perikardiyosentez yapılarak direnaja alındı. Alınan sıvı örneği nonspesifik ve Mycobacterium Tbc kültürüne gönderildi ve İV seftriakson başlandı. Bir gün çocuk kardiyoloji yoğun bakımda izlenen hastaya ön planda ailevi Akdeniz ateşi düşünülerek kolşisin başlandı. Kolşisin tedavisine yanıt

alınamayan hastada masif perikardiyal effüzyon ve plevral efüzyon gelişti. Sıvı örneklerinde üreme olmayan, ailede Tbc öyküsü olmayan ve FMF mutasyonu negatif gelen hasta çocuk romatoloji ile konsulte edildi. Sistemik juvenil idiyopatik artrit olarak değerlendirilen hastaya malignite ekarte edilerek İV steroid başlandı. Klinik bulguları hızla düzelen hastanın takibi çocuk romatolojiden sürdürülmektedir.

SONUÇ: Masif perikardiyal efüzyonla gelen hastalarda ayırıcı tanıda sistemik JİA da akılda tutulmalı ve ayırıcı tanı yapılarak tedavisi geciktirilmeden başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut batın, perikardiyal effüzyon, sistemik juvenil idiyopatik artrit

VARİCELLA ZOSTER ENFEKSİYONUNA SEKONDER GELİŞEN HEMOFAGOSİTOZ OLGUSUNDA PLAZMAFEREZ DENEYİMİMİZ

Leyla Telhan¹, Dilek Kabakçı¹, Z. Yıldız Yıldırım¹, Demet Demirkol²

¹Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Çocuk Yoğun Bakım

AMAÇ: Varicella zoster infeksiyonu, çocukluk çağının sık görülen, mortalite ve morbiditesi yüksek olmayan bir hastalıdır. Yaşamı tehdit eden bir durum olan infeksiyona sekonder gelişen hemofagositoz tablosuna nadiren de olsa yol açabilmektedir.

OLGU: Herediter sferositoz tanısıyla Çocuk Hematoloji Polikliniği'nden takipli olan 7 yaşındaki splenektomili kız hasta ateş, beslenme güçlüğü ve bütün vücudunu kaplayan, bazıları krutlanmış, bazıları enfekte papüloveziküler cilt lezyonları nedeni ile başvurması üzerine yatırıldı. Takibinde solunum sıkıntısı arttı ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı, entübe edilerek mekanik ventilasyona başlandı. Hastada ateş, pansitopeni, KC büyüklüğü, hipofibrinojenemi ve hiperferritinemi (52374ng/ml) saptanması üzerine enfeksiyona sekonder hemofagositik sendrom geliştiği düşünüldü. Kemik iliği aspirasyonu yapıldı ve incelemesi hemofagositoz ile uyumlu bulundu. Hastaya 12 seans plazmaferез yapıldı. Yatışının 7. gününde tedavisine deksametazon eklendi. 10. günde ateşi düştü, 15.günde Çocuk Kliniği'ne transfer edilen hastaya kontrol kemik iliğinde hemofagositoz bulgularının devam etmesi üzerine HLH 2004 kemoterapi protokolü başlandı. Hastanın takipleri çocuk Hematoloji Polikliniği'mizden sürdürülmektedir.

SONUÇ: Edinsel HLH’da primer etkenin düzeltilmesi veya tedavi edilmesiyle HLH bulguları düzelebilir. Ancak klinik bulgular ilerliyorsa intravenöz immünglobulin, steroid veya cyclosporin A ve etoposid gibi ilaçların yanı sıra plazmaferez de etkin bir tedavi yöntemi olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: varicella infeksiyonu, sekonder hemofagositoz, plazmaferez

OLGU SUNUMU: METİLFENİDAT KULLANIMI SONRASI GELİŞEN AKUT DİSTONİK REAKSİYON

***Lida Bülbül, Nazlı Dilay Gültekin, Nermin Anka, Sezin Çetinol, Sami Hatipoğlu
Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği***

GİRİŞ-AMAÇ: Metilfenidat, çocukluk çağında dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun (DEHB) tedavisinde yaygın olarak kullanılan, genel olarak güvenlik aralığı geniş ve iyi tolere edilen psikostümülant bir ilaçtır. Burada DEHB tanısı ile metilfenidat tedavisi başlanan, uygun doz tedaviye rağmen tedavinin ilk gününde akut distonik reaksiyon gelişen olgu, metilfenidatın nadir görülen bu yan etkisine dikkat çekmek için sunuldu.

OLGU: Yedi yaşında erkek çocuk, dil çıkarma, yalanma, tükürük salgında artış, ellerde kasılma şikayeti ile hastanemiz Acil Çocuk Polikliniği'ne başvurdu. DEHB nedeni ile metilfenidat tedavisi başlanan hastanın (10 mg tablet 2x1/2) ikinci doz ilaç alımından sonra şikayetleri ortaya çıkmıştı. Muayenesinde genel durumu iyi, huzursuz fakat bilinci açık koopere olan hastanın ateşi yoktu, TA:105/65 mmHg, KTA:96/dak/ritmik idi. Dil çıkarma, yalanma, ellerde bükülme tarzında istemsiz, distonik hareketleri olan hastanın hipersalivasyonu mevcuttu, meningeal iritasyon bulgusu yoktu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Kan elektrolitleri, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, kan sayımı normaldi. Öykü ve muayene bulguları ile ilaca bağlı akut distoni düşünülen olguya intravenöz biperiden (2,5 mg) tedavisi uygulandı. Şikayetleri saatler içinde tamamen kaybolan hasta oniki saatlik izlemin ardından taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuk yaş grubunda ilaca bağılı akut distonik reaksiyon antipsikotikler, antidepresanlar ve özellikle antiemetik olarak kullanılan metoklopramid yan etkisi olarak görölmektedir. İlaçların genel olarak korpus striatumdaki postsinaptik dopamin reseptörlerini antagonize ettiğı düşünölmektedir. Böylece postsinaptik kolinerjik reseptörler aktivite kazanarak belirti ve bulgular oluşturmaktadır. Metilfenidat, DEHB tedavisinde en yaygın olarak psikostimulan ilaçtır, etkisini prefrontal bölgede dopamin yoğunluğunu arttırarak gösterir. Sık bildirilen yan etkileri arasında karın ağrısı, baş ağrısı, iştah azalması, risk taşımayan tansiyon değışiklikleri ve anksiyete, iritabilite, huzursuzluk, obsesif kompulsif belirtiler ve tikler gibi psikiyatrik bulgular yer alır. Bu olgu ile, metilfenidatın nadir bir yan etkisi olan akut distonik reaksiyona ve çocuklarda akut distoni ayırıcı tanısında ilaç etkisinin akılda tutulması gerektiğine dikkat çekmek istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: akut distoni, metilfenidat

HENOC-SCHÖNLEİN PURPURASINDA MEFV GEN MUTASYONUN KLİNİK SEYİR ÜZERİNE ETKİLERİ

Göktuğ Özdemir, Dilara İçağasioğlu, Fatih Bolat, Asım Gültekin, Utku Aygüneş, Meryem Ölmez, Melih Timuçin Doğan

Cumhuriyet Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sivas

AMAÇ: Ailevi akdeniz Ateşinde MEFV genin immün sistem üzerine supresif etkisi olduğu daha önceki çalışmalarda gösterilmiştir. Amacımız; Henoch- Schlöin Purpurası hastalarında (HSP) MEFV gen mutasyonunun incelemek ve klinik etkisini değerlendirmektir.

YÖNTEM: Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniğinde Henoch- Schlöin Purpurası tanısı almış 62 çocuk olguda MEFV gen mutasyonuna bakıldı. Ailevi akdeniz ateşi olan olgular çalışmaya alınmadı. Henoch- schlöin Purpurası hastalarda MEFV mutasyon taşıyan ve taşımayan gruplar arasında sistem tutulumları ve laboratuvar bulguları karşılaştırıldı.

BULGULAR: Hastaların 24'ünde (%38,7) MEFV gen mutasyonu saptandı. En sık het.m694v (%11.3) görüldü. Gruplar arasında sistem tutulumları açısından anlamlı fark görülmedi. Mutasyon taşıyıcılığı olan grupta C-reaktif protein (p=0.004) ve eritrosit sedimantasyon hızı (p=0.003) istatistiksel anlamlı fark saptandı. Bununla birlikte albümin düzeyinin daha düşük (p=0.009) olduğu saptandı. Ayrıca, MEFV gen mutasyonu taşıyan bir hastada hemolitik üremik sendrom, bir hastada steroide dirençli karın ağrıları gözlemlendi. Steroide dirençli karın ağrısı olan hastada Ailevi akdeniz Ateşi şüphesi ile, gen mutasyonu sonuçlanmadan kolşisin kullanılmış ve cevap alınmıştı. Bu hasta kolşisin tedavisini taburculuk sonrası kesmesine rağmen

karın ağrısı, ateş veya eklem ağrısı şeklinde olabilecek Ailevi akdeniz Ateşinde atağı hiç görülmemiştir.

SONUÇ: Heoch-Schönlein Purpurası akut faz reaktanlarının yüksek olması MEFV gen mutasyonu ile ilişkilidir. Hastalığın klinik bulguları MEFV gen mutasyonunun immün sistem üzerine etki ederek diğer kollajen doku hastalıklarına benzer klinik bulguları ile gelebilir.

Anahtar Kelimeler: Heoch-Schönlein Purpurası, MEFV gen, akut faz reaktanları

KAWASAKİ HASTALIĞI: 14 VAKANIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Talip Sayar, Azad Ozan Yüksel, Berna Hamilçikan, Soner Sazak, Yelda Türkmenoğlu, Yeşim Acar, Emine Türkkkan
Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Kawasaki hastalığı özellikle beş yaşın altında sık görülen en az 5 gün devam eden ateş, döküntü, pürülan olmayan bilateral konjunktivit, servikal lenfadenit, ağız-mukoza ve el-ayak değişiklikleri ile karakterize bir vaskülitir. Tedavi edilmeyen vakaların yaklaşık %20 sinde anevrizma, tromboz, miyokard enfarktüsü ve ani ölümle sonlanan koroner arter anomalileri gelişir. Bu çalışmada 2009-2012 yılları arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları Servisinde kawasaki tanısıyla takip edilen 14 vaka klinik bulgular ve tedavi cevapları açısından değerlendirildi.

Komplet kawasaki tanısı alan 11 ve inkomplet kawasaki tanısı alan 3, toplam 14 hasta değerlendirildiğinde 4'ünün (%28.5) kız, 10'unun (%71.5) erkek olduğu görüldü. Yaş ortalaması 2.6 yıl (1 – 6 yaş) olarak saptandı ve 5 yaş altında 12 (%85.7) hasta bulunduğu görüldü.

Kawasaki hastalığının tanı kriterlerini oluşturan bulgulara ek olarak 11 hastada AST, ALT yüksekliği, 5 hastada aseptik piyüri, 3 hastada aseptik menenjit, 1 hastada koagülopati, trombositopeni ve ferritin yüksekliği saptandı. Hastaların hepsine İntravenöz İmmünglobülin ve asetilsalisilik asit tedavisi başlandı. Hastaların yedisi (%50) bir doz İntravenöz immünglobülin tedavisine yanıt verdi. Dört hastaya (%28.5) ikinci doz intravenöz immünglobülin tedavisi verilmesi gerekti. İVİG tedavisine yanıt vermeyen 3 hastadan ikisine (%14.2) ek olarak pulse steroid tedavisi, bir (%7.1) hastaya da immünsupresif tedavi başlandı.

EKO' da koroner arterde patolojik bulgu gösteren 3 (%21.4) hastadan birinin komplet kawasaki, ikisinin ise inkomplet kawasaki tanısı aldığı görüldü. Bu hastaların hepsinde AST, ALT yüksekliği mevcuttu. Komplet kawasakili hastada ek olarak aseptik menenjit ve aseptik piyüri saptandı, inkomplet kawasakili hastada ek bulgu yoktu.

Kawasaki hastalığının erken tanısı ve eşlik eden bulguların saptanması erken tedavi verilebilmesi için çok önemlidir. Morbiditesi yüksek olan bu hastalığın başlangıç bulgularının MSS enfeksiyonunu veya idrar yolu enfeksiyonunu taklit edebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, koroner arter anevrizması, intravenöz immunglobulin

TEKRARLAYAN HIŞILTI ATAKLARI TANISI İLE SÜT ÇOCUĞU SERVİSİNE YATIRILAN OLGULARIN RETROSPEKTİF İNCELENMESİ

***Şebnem Özdoğan, Ayşe Şirin Aslan, Ela Eralp, Seda Güleç, Gülşen Köse**
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,
İstanbul*

AMAÇ: Süt çocuğu döneminde tekrarlayan hisilti atakları hastaneye yatışların önemli bir nedenidir.

YÖNTEM: Kasım 2012 ile Şubat 2013 tarihleri arasında tekrarlayan hisilti atakları nedeni ile süt çocuğu servisine yatırılan ve son 1 yıl içinde 2 ve daha fazla sayıda yatışı yapılan olgular retrospektif olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Toplam 33 olgu (K:12, E: 21) incelenmiştir. Olguların demografik özellikleri, prematüre, BPD, kronik hastalık öyküsü, anne sütü alımı, gece biberonla beslenme öyküsü, evde sigara içilmesi, kardeş sayısı, evde oturan toplam kişi sayısı, düzenli inhaler kullanma öyküsü, ebeveynde ve kardeşlerde astım yada allerjik rinit/egzema öyküsü sorgulanmıştır. Hastaların %61'inin (21/33) 2 ve 3 kez yatış öyküsü varken, %39'unun (13/33) 4 ve daha fazla yatışı olmuştur. Prematüre hikayesi %24 (8/33) olguda olup, ortalama yatış sayısı 4,8 bulunmuştur. Anne sütü hiç almamış olgu sayısı 1(%3) iken, yaşı 6 ay üzerinde olan olguların %80'ni (24/30) 6 ay ve üzerinde anne sütü almıştır. Biberonla gece beslemesi yapılan %63(19/30) olgunun hastanede ortalama yatış sayısı 4,1'dir. Sadece 4 olguda gelişme geriliği mevcut olup bu olguların trakeözefagial fistül, hipoksik iskemik ensefalopati, ve konjenital kalp hastalığı tanıları mevcuttur. %63 (21/33) olguda evde sigara içildiği bu olguların hastanede ortalama yatış sayısı 3,8 bulunmuştur. Dört ve üzeri yatış yapılan olguların %61,5'u (8/13) pasif içici konumundadır.

Çekirdek aile veya kalabalık ailede yaşayan çocukların ortalama yatış sayısı arasında fark bulunmamıştır (3,6/3,6). Nebül tedavisi kullanımına bakıldığında %33 (11/33) olgunun daha önce nebül tedavisi almadığı, sadece %18 (4/22) olgunun düzenli nebül tedavisi kullandığı ve %49 (18/22) olgunun ise sadece ihtiyaç olduğunda kullandığı görülmüştür. %30 (10/33) vakada ebevenynde astım veya allerjik rinit/egzema öyküsü mevcutken %18 (6/33) vakada ise kardeşte astım veya allerjik rinit/egzema hikayesi vardır.

SONUÇ: Tekrarlayan hışiltı atakları tanısı ile yatırılan olgularda kronik hastalık öyküsü, prematürite, BPD, evde sigara içilmesi ve biberonla beslenme önemli bir risk faktörüdür.

Anahtar Kelimeler: tekrarlayan hışiltı atakları, çocuk

YENİDOĞAN VE PEDIATRİK HASTA GRUPLARINDA PLASTİK CERRAHİ AMELİYAT HEMŞİRESİNİN ROLÜ

Fatmagül Gayretlioğlu, Hatice Karasüleymanoğlu, Şirin Myumyun, Pınar Çolak, Deniz Özgür Sucu, Kamuran Zeynep Sevim
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

Yenidoğan ve pediatrik hastalar tedavilerinin her aşamasında erişkin hastalardan farklı bir grup olarak değerlendirilmelidir. Özellikle operasyon gerekliliği doğduğunda bu grup hastalara özgü ayrı prosedürler gerekmektedir. Çalışmamızda plastik cerrahi kliniğinde son 10 yılda opere edilen 1884 pediatrik, 261 yenidoğan hasta değerlendirilip, bu hastalara özgü uygulanan ameliyathane hemşirelik prosedürleri alt başlıklarda incelenmiştir.

Hastaların genel ameliyathane ortamının pediatrik hasta grubu için özel olarak ayarlanması gerekmektedir. Plastik cerrahi hemşiresinin rolü operasyon planlanan hastanın yaşına ve genel sağlık durumuna göre oda ısının hasta gelmesinden önce ve operasyon esnasında uygun seviyede ayarlanması, hastaya verilecek intravenöz sıvıların uygun derecede ısıtılmasının sağlanması ve kontrolü, havalandırmanın yeterli ve uygun olduğunun kontrolü, hasta için uygun pozisyonun ve gerekli pozisyon desteklerinin sağlamaktır. Özellikle hasta gruplarından damak dudak yarıklı hastalarda hastanın özel olarak pozisyonlanması, uygun boy ekartörlerin seçimi, postoperatif dirsek atellerinin hazırlanması uygun boğaz tamponlarının hazırlanması plastik cerrahi ameliyat hemşiresinin görevlerindendir. Yine hastalarda kanama takibi açısından gaz/ped sayımları ve cerrahi ekibin yönlendirilmesi hemşirenin kontrolündedir.

Pediyatrik hastalar erişkinler her açıdan farklıdırlar. Hastalar için gerekli olan cerrahi alet ve ekipmanlarda farklı olmalıdır. Plastik cerrahi hemşiresinin ameliyathanedeki görevlerinden biride hastaya uygun cerrahi ekipmanın sağlanmasıdır. Bu açıdan uygun boy ve ergonomideki malzemeler seçilerek hazır edilir.

Operasyon esnasında hastaya uygulanacak her türlü lokal anestetiklerin kontrolü ve hazırlanması temel hemşirelik hizmetlerindendir. Pediyatrik hastalarda anestezi ve cerrahi ekiple işbirliği içerisinde hazırlanan lokal anestetikler erişkinden farklı olarak hesaplanmaktadır. Hazırlanan lokal anestetiklerin uygulama öncesi mutlak suretle ameliyat hemşiresi ve cerrahi tarafından kontrolü ve uygunluğunun denetlenmesi gerekmektedir.

Kliniğimizde opere edilen 2145 hastadan edinilen klinik deneyimlerimize göre, plastik cerrahi ameliyathane hemşiresi pediyatrik ve yenidoğan hasta gruplarında erişkin hastalardan daha fazla role sahiptir. Hemşireler operasyon planlanan hasta ameliyathaneye gelmeden gerekli hazırlıklara başlamalı, ameliyat odasının fiziki hazırlığının tamamlanıp kontrolü, operasyon esnasında uygun malzemelerin kullanımının sağlanması, doğru pozisyonun sağlanması, ameliyat sonrasında ise hastanın pansumanın ve gerekli atellerinin ameliyat öncesi uygun şekilde hazırlanmasından temel olarak sorumludurlar.

Anahtar Kelimeler: ameliyat, hemşirelik, yenidoğan

D HİPERVİTAMİNOZU

***Sevilay K  k, Yelda T  rkmeno  lu, Sibel Kal  n, Hale Kahyao  lu,
Servet Erdal Adal***

Okmeydanı eğitim araştırma hastanesi, ocuk kliniği,İstanbul

D vitamini vücuttaki kalsiyum dengesinin düzenlenmesi ve normal kemik yapısının oluşumu için gereklidir. Aileler veya hekimler tarafından diş çıkarma veya kemik gelişiminin geri kalması nedeniyle sıklıkla yüksek dozda kullanılmaktadır. Buna bağlı olarak D vitamininin fazlalı ında ise hiperkalsemiye bağlı kardiyak aritmiler ve nefrokalsinozisle sonuçlanan hipervitaminoz tablosu ortaya çıkabilir. Burada aileleri tarafından yüksek dozda D vitamini verilen 23 aylık ve 14 aylık iki kız hasta sunulmaktadır. Olguların sırasıyla serum Ca:15,4mg/dl ve 11.2mg/dl idi. Her ikisinin de PTH düzeyleri düşük iken 25(OH) D vitamini düzeyleri sırasıyla 694ng/ml ve 332ng/ml idi. Her iki olguda da kardiyak komplikasyon ve nefrokalsinozis saptanmadı. Olgularımız farklı ilaç protokolleri ile tedavi edildi. Sonuç olarak D vitamininin yanlış kullanılmasına bağlı D vitamini intoksikasyonundan korunabilmek için raşitizm varlığı laboratuvar yöntemleriyle kanıtlanmadan uygunsuz dozda D vitamini tedavisinden kaçınılmalıdır

Anahtar Kelimeler: D vitamini intoksikasyonu, hiperkalsemi

TEKRARLAYAN BRONŞİOLİT-BRONKOPNÖMONİ ATAKLARI İLE SEYREDEN BRONKOJENİK KİST VAKASI

Gülcihan Gülcan, Huriye Elif Altınmakas, Sevilay Kök, Saniye Berna

Hamilçıkan, Emine Türkkkan

S.B. Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve

Hastalıkları Kliniği

Bronkojenik kistler, bronşial ağaç ve ön barsağa ait konjenital anomalilerdir. Bronkojenik kistler en sık görülen bronkopulmoner malformasyonlardan biridir ve sıklıkla trakea, ana bronş veya özofagus çevresinde bulunurlar. Çoğu bronkojenik kist mediastenden köken alır ancak %15-25'i akciğer parankimi içerisinde, sıklıkla da alt loblarda oluşur. Her yaş grubunda görülebilmekle birlikte semptomatik olanlar yenidoğan döneminden itibaren tanı alabilirler. Buna karşın asemptomatik olanlar ise ileri yaşlarda tesadüfen çekilen akciğer grafilerinde saptanabilmektedir. Bu çalışmada tekrarlayan bronşiolit tanısı ile iki kez yatış öyküsü olan 18 aylık erkek hasta sunulmaktadır. Posteroanterior akciğer grafisinde özofagusun sola deviye, özofagus-mide-duodenum grafisinde özofagus 1/3 orta kesimde sağ laterale belirgin deplesman ve belirgin dıştan bası uyumlu görünüm saptanan ve ileri tetkik amacı ile çekilen Toraks MRG de kalp sola deviye, mediastinum posterior kompartmanda yaklaşık 3 cm çapında kontrast tutmayan homojen iç yapıda düzgün sınırlı kistik lezyon saptanan ve sol akciğer volümünde azalma olan hasta bronkojenik kist ön tanısı ile opere edildi. Torakotomi ile çıkarılan materyalin bronkojenik kist ile uyumlu olduğu saptandı. Hastanın post-op 2 yıllık takibi süresince bronşiolit- bronkopnömoni atağı gözlenmedi.

Anahtar Kelimeler: tekrarlayan bronşiolit-bronkopnömoni, bronkojenik kist

ÇOCUKLUK ÇAĞI ALT EKSTREMİTE TRAVMATİK DEFEKTLERİNDE TEDAVİ ALGORİTMAMIZ

Fatih Irmak, Erkan Yüce, Ayşin Karasoy Yeşilada, Semra Hacikerim Karşıdağ, Selami Serhat Şirvan

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Alt ekstremitte yaralanmalarına maruz kalan popülasyonun önemli bir kısmını çocuklar oluşturmaktadır. Çocuklardaki alt ekstremitte defektlerine neden olan yaralanmalarının büyük çoğunluğu travmatik nedenlerle meydana gelmektedir. Çalışmamızda çocuk alt ekstremitte travmatik defektlerine yönelik rekonstrüksiyon seçenekleri ve sonuçları retrospektif olarak incelenmiştir.

YÖNTEM: Bu çalışmada retrospektif olarak 2003-2013 yılları arasında travmatik alt ekstremitte yaralanması nedeniyle kliniğimizde rekonstrüksiyon yapılan 18 yaş altı 42 hasta; cinsiyet, etiyoloji, etkilenen bölge, rekonstrüksiyon zamanlaması, rekonstrüksiyon seçenekleri ve komplikasyonlar açısından değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 2003 Ocak- 2013 Mart tarihleri arasında 18 yaş altı 42 hastaya alt ekstremitte rekonstrüksiyonu yapıldı. Hastalar ortalama yaş 7 olmak üzere 14 kız, 28 erkekten oluşmaktadır. En sık yaralanma bölgesini ayak-ayak bileği bölgesi (27hasta) oluşturmaktadır, bu bölgeyi krus(14 hasta) ve uyluk(4 hasta) takip etmektedir. Etiyolojide 37 hastada araç dışı trafik kazası sonrası degloving yaralanmalar, 5 hastada crush yaralanma sonrası açık kırıklar alt ekstremitte defektlerine neden olmuştur. 32 hastaya kısmi kalınlıkta deri greftiyle, 6 hastaya serbest doku aktarımıyla (3 anteriolateral uyluk fasyokütan, latissimus dorsi kas, 2 serratus kas), 2 hastaya primer suturasyon ile, 1 hastaya fasyokütan interpolasyon

flebiyle (cross leg), 1 hastaya lokal flep + kısmi kalınlıkta doku greftiyle rekonstrüksiyon yapılmıştır.

SONUÇ: Alt ekstremitte vücutta travmalara en çok maruz kalan bölgelerden biridir. Özellikle çocuklarda meydana gelen yaralanmalarda; ebeveyn gözetim eksikliği, çocukların uygun oyun alanlarının olmayışı, ev kazalarını önleyici tedbirlerin alınmaması önde gelen sebeplerdir. Ezilme, avülsiyon ve degloving tarzı yaralanmalarda çoğunlukla ilk görünüşte olmasa bile cilt ve ciltaltı dokularda geniş kayıplar gelişecektir. Rekonstrüksiyonda ilk aşamada kemik stabilizasyonu sağlanır, sonrasında nekrotik dokulara debridman (bir veya birkaç kez) uygulanarak sonrasında yumuşak doku defekti kapatılır. Kemik – tendon ekspozite kompleks defektler dışında debridman ve pansumanlarla takip sonrasında deri greftleri ile onarım başarılı bir rekonstrüksiyon yöntemidir. Kompleks yaralanmalarda ve vital yapıların ekspozite olduğu defektlerde lokal fasyokütan flepler, interpolasyon flepleri, kas flepleri ve serbest kompozit doku aktarımı yöntemlerinden birini seçmek gerekli olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Alt ekstremitte, travma, rekonstrüksiyon

FARKLI KLİNİK BULGULARLA ADEM

***Özgül Yiğit¹, Meltem Erol¹, Tuğçe Uzunhan², Ebru Burcu Demirgan¹,
Hüseyin Kaya¹, Can Polat¹, Dilek Borakay¹***

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi

GİRİŞ: ADEM (Akut dissemine ensefalomyelit) merkezi sinir sisteminin akut, inflamatuvar, ensefalopati olup, multifokal nörolojik defisitlerle seyreden demyelinizan bir hastalıktır. Hastaların %75’inde viral hastalık, aşılama öyküsü bulunur. Farklı klinik bulgu ve nörolojik semptomlarla gelir, MR bulguları ile tanınır. Birbirinden farklı bulgularla gelen, ADEM tanısı alan 3 olgu sunulmuştur.

OLGU 1: İki yaşında kız hasta halsizlik, uyuklama şikayetiyle başvurdu. İki haftadır devam eden ÜSYE ve antibiyotik kullanma öyküsü vardı. Genel durum orta-ağır hipotonik, uykuya meyilli, sadece ağrılı uyaranlara yanıt var. Ense sertliği (-), sistem muayeneleri normaldi. Lökosit: 21280 (%82 nötrofil) CRP: 38 biyokimya, kan gazı, BOS biyokimya normal, kültürler steril viral seroloji: EBV VCA IgM(+) BT: normal MR:Frontoparietal, tentoryal ak maddede, medulla oblongatada multifokal, talamusta simetrik patolojik sinyal saptandı, ADEM’le uyumlu görülmüştür. Yüksek doz steroidle tam düzelme sağlandı.

OLGU 2: Beş yaşında kız hasta uyuklama, denge ve kuvvet kaybı, hareketlerde yavaşlama şikayetiyle başvurdu. Genel durum orta-ağır, Ense sertliği: (-) sistem muayeneleri normaldi. DTR’ler azalmıştı. Lökosit:15670 (nötrofil:%78), CRP:27.6, BOS bulguları normal, kültürü sterildi. Kranyal BT normaldi. 1.Kraniyal MR normaldi, ensefalit tedavisi başlanan hastanın EEG’si normaldi. Yatışının 6. Gününde ataksisi ve kas güçsüzlüğünün olması üzerine MR tekrarlandı. İkinci

Kraniyal MR’da: T2Flair incelemelerinde bilateral frontal, parietal ve sol temporal loblardaki görüntüler ADEM’le uyumluydu.

OLGU 3 : Beş yaşında kız hasta ateş, kusma, baş ağrısı, nöbet geçirme şikayetleriyle başvurdu. Genel durum orta, bilinç konfüze, ense sertliği (+), ateş:38.5, fokal epileptik nöbet vardı. Lökosit: 36920, CRP: 3.98 Biyokimya, kan gazı normal, kültürleri sterildi. Viral seroloji normaldi. Birinci Kraniyal MR ve EEG normaldi. LP’da 100 hücre/mm3 saptanması nedeniyle menenjit tedavisi başlandı. Ense sertliği gerileyip ateş yüksekliği devam etmesi üzerine tekrar LP yapıldı. İkinci MR’da tbc menenjit düşünülerek BOS PCR Tbc gönderildi. Kliniği devam eden hastanın 3.MR’ı ADEM’le uyumlu idi.Steroid tedavisi başlanan hastanın kliniği hızla düzeldi.

SONUÇ: Farklı etkenlerin neden olduğu ADEM in klinik başvurusunun farklı olabildiği vurgulanmıştır.

Anahtar Kelimeler: ADEM, çocukluk çağı, MR

0-18 YAŞ ARASI HEMATÜRİLİ ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hicran Gül Emral, Gül Özçelik, Nurver Akıncı

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Hematüri, çok sayıda böbrek hastalığının ve sistemik hastalıkların başlangıç bulgusu olabilir. Çoğu zaman detaylı bir öykü, fizik inceleme ve basit laboratuvar testleri hekimi tanıya götürür. Çalışmamızda; çocuklardaki hematürinin nedenlerini, hematüri tiplerini, yaşlara ve cinsiyete göre sıklığını, başvuru yakınmaları ve eşlik eden bulgulara göre nedenlerini belirlemeyi amaçladık. Hematürili hastanın tanı ve tedavisi için gereken basamakları belirtmeye çalıştık.

MATERYAL-METOD: Hastanemiz Çocuk Nefroloji polikliniğinden izlenen 151 çocuk retrospektif olarak değerlendirildi. 0-18 yaş arası hastalar yaşlarına ve cinsiyete göre sınıflandırıldı, 1.grup 0-6 yaş, 2.grup 7-18 yaş olarak ayrıldı. Hastaların en sık başvuru yakınmaları ve hematüri nedenleri; yaş gruplarına ve cinsiyete göre, sıklık sırasına ve eşlik eden şikayetlere göre belirlendi. Hematürinin aile öyküsü ile ilişkisi incelendi. Hematüri tipleri makroskopik/mikroskopik, semptomatik/asemptomatik, rekürren/persistan olarak sınıflandırıldı. Hematüri tiplerine göre nedenler belirlendi. İleri görüntüleme ve böbrek biyopsisi nedenlere göre yapıldı.

BULGULAR: Hastaların 65 'i<6 yaş, 86'sı >6 yaş, 80'ni kız ve 71'i erkekti. Aile öyküsü 45 hastada (%29.8) bulundu. En sık başvuru yakınması kanlı idrar 110 (%72.8) hastada, ateş 69 (% 45.7), karın ağrısı 63 (%41.7) hastada bulundu. En sık hematüri nedenleri arasında idrar yolu enfeksiyonu %28.5, nefrolithiazis % 15.9, FMF %14.6 saptandı. 90 hasta makroskopik hematüri, 61 hasta mikroskopik hematüri ile başvurdu. Makroskopik ve mikroskopik hematüride benzer oranlarda

en sık etkenler idrar yolu enfeksiyonu, nefrolityazis ve FMF idi. Semptomatik olan hastalarda İYE %32.8, glomerulonefrit %14.8, FMF % 14.8 idi. Asemptomatik olgularda en sık neden olarak nedeni saptanamayan grup bulundu. Rekürren yada persistan hematüri ile başvuran hastalarda en sık nedenler nefrolityazis %18.2, FMF %18.2, İYE %16.5, tekrar etmeyen hematüri hastaları içinde en sık neden İYE %76.7 olarak saptandı.

SONUÇ: Hematüri, tanınması kolay olan ancak sebepleri çok çeşitlilik gösteren bir bulgudur. Zor olan hematüri varlığının saptanması değil, sebebinin belirlenmesidir. Bu hastaların izleminde önemli olan, hematürilerin tiplerine göre değerlendirilmesi, takip ve tedavisinin düzenlenmesidir.

Anahtar Kelimeler: hematüri, çocuk

ADELOSAN DÖNEMİNDE HİPOKALSEMİ

Meltem Erol, Özgül Yiğit, Can Polat, Sinan Yavuz, Dilek Borakay,
Ebru Demirgan

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Hipokalsemi çocuklarda önemli bir klinik durumdur. Kalsiyum homestazı negatif geribildirimle (parathormon sentezi ve sekresyonu, vitamin D metabolizması) kontrol edilir. Hipokalseminin semptomları kalsiyum konsantrasyonuna bağlıdır ve kalsiyumun hızlı düşmesinin yansıması olarak nörolojik bulgular ve nöromusküler uyarımlar ortaya çıkmaktadır. Adelosan çağda hipokalsemik tetani ile başvuran olgularımız sunuldu.

OLGU 1: 15 yaşında kız hasta parmaklarda uyuşma, kasılma, şikayetleriyle acil polikliniğimize başvurdu. İki haftadır şikayetleri devam eden hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayene bulguları normal olan hastanın yapılan tetkiklerinde Ca: 6.7 mg /dL, Mg: 1.82 mg /dL, Fosfor: 5,3 mg/dL T.protein: 7,3 gr/dL Üre: 17.1 mg/dL Kreatinin: 0,4 mg/dL, ALP: 286 U/L, Vit.D 25 (OH): 6.37 ng/mL, PTH: 638.9 pg/mL saptanan hastaya vitamin D ve kalsiyum tedavisi başlandı. Tedavi sonunda kalsiyum ve D vitamini düzeyi normaldi.

OLGU 2: On beş yaşında erkek hasta ellerde kasılma şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Bir sene önce de benzer şikayetleri olan hastanın soy geçmişinde bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde chovestek bulgusu (+) olan hastanın tetkiklerinde Ca: 5.97 mg/dL, Mg: 1,57 mg/dL, fosfor: 8,6 mg/dL, T.protein: 7.2 gr/ dL, Albumin: 4.6 gr/dL, PTH: 697.6pg/mL. Vitamin D, 25

(OH):9.84 ng/ mL idi.Hastaya kalsiyum ve D vitamini tedavisi başlandı.İzlemde PTH değeri düştü.D vitamini ve kalsiyum değerleri düzeldi.

SONUÇ: Onbeş yaşlarında iki olgumuzu semptomatik hipokalsemi bulgularıyla gelmesi üzerine yapılan tetkiklerinde vitamin D düzeylerinin düşük olduğu saptandı. Adelosan çağda vitamin D eksikliği önemli bir sorundur. Bu olgularımız vitamin D eksikliğini vurgulamak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: adelosan, hipokalsemi, vitamin D 25 (OH)

HEPATOBLASTOMLU OLGU

Meltem Erol, Can Polat, Özgül Yiğit, Ebru Burcu Demirgan, Hüseyin Kaya, Dilek Borakay

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Hepatoblastom çocukluk çağının en sık rastlanan malign karaciğer tümörüdür. Hastaların büyük çoğunluğunda sağ lob tutulurken, tanı anında %35’inde iki taraflı tutulum saptanmıştır. Başvuru nedeni batında asemptomatik kitle olup alfa fetoprotein yüksekliği ile tanı konulur. Karında şişlik nedeniyle getirilen hepatoblastom tanısı konulan olgu sunulmuştur.

OLGU: 7 aylık erkek çocuk karın şişliği şüphesiyle getirildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Genel durumu iyi, batın muayenesinde batın orta hattı dolduran kitle palpe edildi. Diğer muayene bulguları normaldi.Yapılan batın USG de karaciğer sol lobu tamamen dolduran, yaklaşık 60x90 mm boyutunda hiperekojen heterojen, düzgün konturlu, kitle içi lobüle görünümde izlenen solid kitle lezyon izlendi. Batın BT de karaciğer sol lob komşuluğunda hepatik arterde sola deplasmana neden olan yaklaşık 95x66 mm boyutunda içinde septalar ve yer yer hafif kontrast tutan alanlar izlenen heterojen görünümlü yer yer lobule konturlu nekrotik alanlar bulunan kitle lezyon izlendi.(Resim 1) Laboratuvar incelemelerinde Hb:7,7 gr /dL, BK:14950 mm³, Trombosit:719 000 mm³, alfa fetoprotein düzeyi > 1000 ng/ml idi. Hasta çocuk cerrahisi kliniğine yönlendirildi.

SONUÇ: Olgumuz dolayısıyla kitle ile kendini gösteren hepatoblastomun tanısı için özellikle küçük yaştaki çocuklarda dikkatli batın muayenesi yapılmasının önemi vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: alfa feto protein, çocukluk çağı, hepatoblastom

AKUT GASTROENTERİTLİ OLGULARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Muhammet Cömçe¹, Özgül Yiğir², Meltem Erol², Ebru Demirgan²,
Ayşe Banu Esen³

¹*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği*

²*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

³*Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Kliniği*

GİRİŞ-AMAC: Akut ishaller, çocuklarda morbidite ve mortalitenin alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık nedeni olup, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sağlık sorunudur. Çocukluk çağındaki ishal nedenleri en sık enfeksiyöz kaynaklıdır. Biz bu çalışmada Çocuk Acil'e ishal nedeniyle gelen ve gaita tahlili yapılan 0-16 yaş hastalarda Rotavirüs ve Adenovirüs sıklığını, bu enfeksiyonlar için mevsim, cinsiyet, yaş faktörlerini ve gözleme alınma, hastaneye yatış üzerine etkilerini araştırılması ve risk faktörlerini belirleyip koruyucu önlemlerin alınmasının sağlanmasını amaçladık.

MATERYAL-METOD: Çalışmamıza 0-16 yaş grubunda, ishal şikâyeti ile 1 yılda çocuk acile gelmiş ve gaita tahlili yapılmış olan hastaları aldık. Tüm vakalarda Rotavirüs varlığı, Adenovirüs varlığı, yaş, cinsiyet, geliş mevsimi, gözleme alınma ve hastaneye yatış durumlarına ait bilgileri topladık.

BULGULAR: Çalışmamıza ortalama yaşları 5.21 ± 3.40 (0-16 yaş) olan, 2303'ü kız, 3223'ü erkek, toplam 5526 akut ishalleri vaka alınmıştır. Vakaların %3,1'inde Adenovirüs, %22,4'ünde rotavirüs etken olarak saptanmıştır. Adenovirüs ve Rotavirüs saptanan vakalarda cinsiyet anlamlı bulunmamıştır. Yaş gruplarına bakıldığında Rotavirüsün en sık süt çocukluğu (%25,8), oyun çocukluğu (%26,9) döneminde çocuklarda, adenovirüsün ise adölesan dönemi hariç tüm çocuklarda

eşit oranda görüldüğü saptanmıştır. Rotavirüs enfeksiyonlarının kışın(%31,6) daha sık, Adenovirüs enfeksiyonlarının ise yıl boyunca görüldüğü saptanmıştır. Hastanın gözleme alınma durumunu Rotavirüs (%27,7) ve Adenovirüsün (%29,6) eşit oranda yüksek derecede etkiledikleri görülmüştür. Hastaneye yatışı Rotavirüsün (%21) doğrudan etkilediği fakat Adenovirüsün (%5,9) anlamlı şekilde etkilemediği belirlenmiştir.

SONUÇ: Rotavirüs ve adenovirüs çocuklarda akut ishalin sık nedenlerindendir. Rotavirüs enfeksiyonları en sık hastaneye yatış sebeplerini oluşturmaktadır. Toplumun hijyen açısından ve toplum sağlığı açısından bilgilendirilmesi akut gastroenteritler ve buna bağlı hastane yatışlarının azalacağını ve buna bağlı olarak hastane maliyeti ve iş kaybı azalacaktır.

Anahtar Kelimeler: adenovirüs, gastroenterit, rotavirüs

SPONTAN PNÖMOTORAKSLI OLGU SUNUMU

Meltem Erol¹, Özgül Yiğit¹, Fatih Akova², Can Polat¹, Ebru Burcu Demirhan¹, Gamze Büyükbay¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Cerrahisi Kliniği

Akciğerde parenkimal hastalık olmaksızın aniden gelişen pnömotoraksa primer spontan pnömotoraks denir. Astenik yapılı erkeklerde daha fazla olmak üzere, en sık prepubertal dönemde ve sporla uğraşanlarda gelişir. Öksürükle acile başvuran, genel durumu iyi görünümlü, pnömotoraks tanısı alan hasta sunuldu.

OLGU: 15 yaşında erkek hasta nefes almada hafif zorluk, öksürük şikayeti ile acil polikliniğimize başvurdu. Öz geçmişinde özellik yok. Travma ve enfeksiyon öyküsü yok. Genel durumu orta-iyi, astenik görünümü, fizik muayenesinde solunum sesleri sağ tarafta azalmıştı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Çekilen PA AC grafisi sağda pnömotoraks görüntüsü mevcuttu. Hastanın hafif dispnesi vardı, ancak oksijen saturasyonu düşüktü. Hasta çocuk cerrahisi ile konsülte edildi, hastaya toraks tüpü takıldı. Hasta çocuk cerrahisi kliniğinden taburcu olduktan bir hafta sonra tekrar öksürük ve nefes almada zorluk şikayeti ile getirildi. Aynı bölgede tekrar pnömotoraks gelişen hastaya tekrar göğüs tüpü takıldı. Hasta tuberküloz açısından tarandı. Çekilen akciğer BT sinde sağ akciğer orta ve üst zonlarda buller izlendi.

SONUÇ: Travma ve enfeksiyon öyküsü olmadan nefes almada hafif zorlanma şikayeti ile acil servise başvuran büyük çocuklarda spontan pnömotoraksı hatırlatmak için sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: akciğerde bül, dispne, spontan pnömotoraks

KONJENİTAL EPİDERMOLİZİS BÜLLOSA DİSTROFİKA (BART SENDROMU) HASTALARINDA TEDAVİ MODALİTELERİMİZ

Kamuran Zeynep Sevim¹, Fatih Irmak¹, Dilgem Mammadov¹, Ayşin Karasoy Yeşilada¹, Leyla Kılınç², Semra Hacıkerim Karşıdağ¹

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi Kliniği

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

AMAÇ: Konjenital epidermolizis bülloza cildin oldukça fragil olduğu bir grup genetik tablodur. Epidermolizis bülloza distrofika (Bart Sendromu) tanılı hastalar ise özellikle el, ayak, diz ve dirsek gibi travmaya maruz kalan bölgelerde epidermoliz bulgularının yanı sıra, tırnak anomalileri ve müköz membranlarda epidermolizle birlikte seyreden bir grup hastadır.

MATERYAL-METOD: Kliniğimizde 2001-2013 yılları arasında 6 adet prematür yenidoğan hastada doğumdan sonraki ilk haftada yoğun bakım servisinde yatmaları sırasında klinik ve patolojik olarak tanı konulan epidermolizis bülloza distrofika bulguları (özellikle ekstremit ve gluteal bölgelerde) mevcuttu. Hastaların 4'ü kız, 2'si erkekti. Bu vakaların yaş aralığı kız hastalar 1ay-9 ay, erkek hastalar 2 ay -11 ay (ort:6,5 ay)olarak değerlendirilmiştir. Bu hastaların tümü ağır formdaki hastalardı. Hastaların 3 tanesinde Neoderm® adlı büyüme faktörü içeren yara bakım örtüsüyle ameliyathane şartlarında seri pansumanlar yapılmıştır. Diğer 3 hastada ise konvansiyonel yara bakımı (yağlı gaz ve nemli pansumanla) hastalar takip edilmiştir. Hastalar ortalama 7 ay olarak takip edilmiştir.

BULGULAR: Hastalarda alt ekstremitte tutulumu %45 vaka, üst ekstremitte %35 vaka, kulak %10 vaka ve gövde %20 vakada tutulum göstermiştir. Bu olgulardan 2 kız hastaya 2 günde bir Neoderm®(Büyüme faktörlü yara bakım örtüsü) uygulanmış, bu uygulama ortalama 1 ay devam etmiştir. 2 olguya hidrobebridman sonrası Omiderm uygulanmıştır. 2 olguya sadece baktroban ve rifamisin uygulaması ile günlük pansuman yapılmıştır. Takip sırasında Neoderm® uygulanan vakalarda epitelizasyonun daha hızlı olduğu saptandı, o miderm uygulanan olgularda epitelizasyon neodermle kıyaslandığı zaman daha geç olduğu saptanmıştır. Konvansiyonel pansuman yapılan olgularda epitelizasyon zayıf olarak bulunmuştur. Sonuç olarak ağır tip tip epidermolizis büllozalarda epitelizasyon hızlı olmasına rağmen travma gören alanlarda nüks ve enfekte yara oluşmasını hiçbir yara bakımı etkin şekilde önleyememiştir.

SONUÇ: Bart sendromlu epidermolizis bülloza hastalarında survi genellikle kısadır.

Epidermolizis bülloza tedavisinde yara bakımı en önemli köşetaşdır ancak bu grup hastalarda yüzgüldürücü sonuçlara ulaşmak, sık enfeksiyon riski ve cildin aşırı fragil oluşu sebebiyle her zaman optimal olamamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Bart sendromu, Epidermolizis Bülloza, Neoderm

HODGKİN DIŞI LENFOMALI HASTALARIMIZDA TÖMÖR LİZİS SENDROMU

***Sema Doğan Vural, Burcu Tabakcı, Gül Özçelik, Nurver Akıncı, Serap Karaman**
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

AMAÇ: Tömör lizis sendromu (TLS), tömör hücrelerinin hızlı yıkılmasıyla ortaya çıkan onkolojik acil bir durum olup hiperürisemi, hiperkalemi, hiperfosfatemi, hipokalsemi ve akut böbrek yetmezliği ile seyreder. Genellikle hızlı büyüyen tümörlerde ve tümör yükü fazla olan hastalarda görölür. Çalışmamızda çocukluk çağının en hızlı büyüyen ve TLS riski yüksek tümörlerinden olan Hodgkin dışı lenfomalı hastalarımızdaki TLS sıklığı, risk faktörleri ve klinik özellikleri değerlendirildi.

YÖNTEM: Çocuk onkoloji bölümümüzde 1999-2012 arasında tedavi gören Burkitt ve lenfoblastik lenfomalı hastaların dosyaları, TLS yönünden klinik özellikleri, laboratuvar değerleri, diyaliz gereği ve prognoz yönünden geriye dönük olarak incelendi.

SONUÇLAR: Yaşları 2-16 yaş (median 8yaş) arasında değişen 66'sı erkek, 19'u kız 85 non-Hodgkin lenfomalı hasta tedavi edildi. Hastaların 19'u lenfoblastik, 66'sı Burkitt lenfoma tanısı almış olup 15'i erken, 70'i ileri evrede idi. Dört hastada klinik, 23 hastada laboratuvar TLS saptandı. İleri evre ve LDH düzeyi >500 IU/L olan hastalarda TLS oranı daha fazla bulundu. Dirençli hiperfosfatemi ve hipokalsemi nedeniyle iki hastaya diyaliz yapılp kemoterapilerine devam edildi. Tanısal girişimi dış merkezde yapılp onkoloji birimine geç dönemde ve profilaksi yapılmadan gönderilen bir hasta dirençli elektrolit bozukluğu ve konvülsiyon nedeniyle yoğun bakım ünitesine sevk edildi; kemoterapi başlanamadan kaybedildi.

YORUM: Tümör lizis sendromunda erken ve etkin profilaksi ile başarı oranı yüksektir. Yüksek riskli hastaların önceden belirlenmesi ve etkili yöntemlerle profilaksi yapılması, morbidite ve mortaliteyi azaltırken diyaliz gibi ikinci basamak tedavilere gereksinimi ortadan kaldırabilir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Onkoloji Lenfoma Tümör Lizis Sendromu

KONJENİTAL EL ANOMALİLİ ÇOCUK HASTALARDA TEDAVİ ZAMANLAMAMIZ VE UYGULADIĞIMIZ TEDAVİLER

Ayşin Karasoy Yeşilada¹, Fatih Irmak¹, Deniz Özgür Sucu¹, Ali Özgür Karakaş¹,
Leyla Kılınç²

¹*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve
Estetik Cerrahi Kliniği*

²*Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Anestezi ve Reanimasyon Kliniği*

GİRİŞ-AMAÇ: Konjenital el anomalileri gerek sporadik gerekse sendromik olarak karşımıza çıkmaya devam etmektedir. Retrospektif olarak yapılan bu çalışmada 2003-2013 tarihleri arasında kliniğimize başvurarak tedavi edilen konjenital el anomalisi olan hastaları sınıflandırarak yapılan girişimleri ve sonuçlarımızı sunmayı amaçladık.

MATERYAL-METOD: 2003-2013 yılları arasında Şişli Etfal E.A.H Plastik ve Rekonstrüktif Cerrahi Kliniğine başvuran hastalar retrospektif olarak incelendi. Toplamda 66 polidaktili, 87 sindaktili, 7 konstrikte ring sendromu, 5 klinodaktili, 10 makrodaktili, 8 kamptodaktili, 5 yarı el, 3 başparmak hipoplazisinden oluşan 191 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar yaş, cinsiyet ameliyat zamanı ve anomali tipi sınıflandırıldı. Hastalara uygulanan tedavi yöntemleri sınıflandırıldı.

BULGULAR: Toplam 191 hastada cinsiyet oranı E/K: 3/1, ortalama yaş aralığı 5.2 şeklindeydi. 15 hasta D1 duplikasyonu nedeniyle başvurdu. Hastaların Wassel sınıflamasına göre sınıflandırılması yapıldı. 6 hasta Wassel Tip IV, 4 hasta Wassel Tip VI, 2 hasta Wassel Tip II, 2 hasta Wassel Tip III ve 1 hasta Wassel Tip VII olarak değerlendirildi. Hastaların sınıflaması en sık Wassel Tip IV anomalinin görülmesi nedeniyle literatürle uyumlu olarak değerlendirildi. 1 hasta Robinson

sendromu, 1 hasta Apert Sendromu nedeniyle el anomalisi komponenti nedeniyle tedavi edildi.

SONUÇ: El anomalileri çok geniş bir yelpazede görülen hem fonksiyonel hem görünümsel olarak bireylerin yaşamını etkileyen, erken yaşlarda ve yetkin doktorlarca onarılması durumunda yüz güldürücü sonuçları olan doğumsal anomalilerdir. El anomalileri doğum sonrası fark edilir edilmez bir el cerrahı veya plastik cerrah tarafından değerlendirilmeli ve anomalinin tipine göre mümkün olan en kısa zamanda tedavisi yapılmalıdır. Çoğu anomali için ideal onarım zamanı ilk 2 yaş veya en geç ilk 5 yaş içindedir. Kompleks anomalilerde çok aşamalı onarımlar, operasyon sonrası el rehabilitasyonu egzersizleri ve atellemeler gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital el anomalileri, Polidaktili, Sindaktili

MALİGN İNFANTİL OSTEOPETROZİSLİ BEŞ OLGU

Seda Geylani Gülec, Seda Ocak, Merve Usta, Nafiye Urgancı, Serap Karaman, Gülşen Köse, Yıldız Yıldırım
ŞEEAH, Çocuk Klinikleri, İstanbul

AMAÇ: Osteopetrozis, osteoklastların kemik rezorpsiyonundaki defekti nedeniyle kemik dansitesinin artışıyla karakterize klinik ve genetik olarak heterojen nadir bir hastalıktır. ŞEEAH çocuk kliniklerinde malign infantil osteopetrozis tanısı konularak izlenen beş olguyu sunmak istedik.

OLGU:

Olgu 1: İki aylık kusma, kilo alamama şikayetleriyle başvuran kız bebeğin öyküsünde akrabalık ve ölen kardeş yoktu. Alın çıkıklığı, hipertelorizm, nistagmus, büyüme geriliği, hepatomegali, anemi ve trombositopenisi mevcuttu. Periferik yaymada lökoeritroblastozis kemik grafilerinde gözlük bulgusu izlendi. Bilateral optik atrofi ve sol kulakta işitme kaybı saptandı. Kİ biyopsisi uyumlu olan olguya hemen KİT yapıldı. Olgu halen 6 aylık ve sağlıklıdır.

Olgu 2: 3,5 aylık ateş, öksürük, morarma şikayetleriyle başvuran erkek hastanın öyküsünde akrabalık vardı, ölen kardeş yoktu. Alın çıkık ve belirgin, baş büyük, caput quadratum ve hepatosplenomegali mevcuttu. Hb 8.2 g/dl olan, anemi tetkikleri normal hastanın kemik iliği biyopsisi osteopetrozis ile uyumluydu. Görme ve işitme kaybı saptanmadı. Steroid uygulanarak 3 yaşında KİT yapıldı. Halen sağlıklıdır.

Olgu 3: 2 aylık erkek olgu hepatosplenomegali ve trombositopeni nedeniyle sevk edildi. Akraba evliliği ve iki kardeş ölüm öyküsü vardı. Büyüme geriliği, hepatosplenomegali, bilateral optik atrofi mevcuttu. Periferik yaymasında lökoeritroblastozis, kraniyografide gözlük belirtisi mevcuttu. Kİ biyopsisi osteopetrozisle uyumluydu. Şu anda 2 yaşında olan olgu KİT programında bekliyor.

Olgu 4 ve 5: 6 aylık ve iki yaşında tanı alan iki erkek kardeş anemi, hepatosplenomegali, makrosefali nedeniyle incelendi. Akraba evliliği ve kardeş ölüm öyküsü mevcut olan olguların kemik grafileri ve kemik iliği biyopsileri osteopetrozisle uyumluydu. İkisinde de optik atrofi mevcuttu. İki yaşında tanı alan büyük kardeş KİT yapılamadan enfeksiyon nedeniyle 2.5 yaşında kaybedildi. 6 aylıken tanı alan küçük kardeşe de KİT yapılamadı ve 7 yaşında sepsis nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA: Akraba evliliğinin sık olduğu dolayısıyla nadir genetik hastalıklara sık rastladığımız ülkemizde bu hastalığı ve farklı kliniklerle başvurabileceğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: genetik, infant, osteopetrozis

PEDİATRİK ÇAĞDA EKSTREMİTELERDE YANIK SEKELLERİ VE KONTRAKTÜRLERİN TEDAVİ PRENSİPLERİ

*Ayşin Karasoy Yeşilada¹, Kamuran Zeynep Sevim¹, Elnare Mammadova¹,
Osman Sevim², Hikmet İhsan Eren¹*

*¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik
Cerrahi Kliniği*

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Anestezi ve Reanimasyon Kliniği

GİRİŞ: Etiyolojisi ne olursa olsun, çocuk hastada ekstremitte yanık kontraktürleri fonksiyonları kısıtlayan başlıca sorundur. Özellikle çocuk hastalarda akut dönemde doğru yapılan yanık tedavi protokolleri, ekstremitede yanığa bağlı oluşan geç yanık komplikasyonlarını önlemektedir.

MATERYAL-METOD: Ocak 2001-Ocak 2013 tarihleri arasında kliniğimizce üst ekstremitte yanık kontraktürü nedeni ile tedavi edilen 219 çocuk hasta ve alt ekstremitte yanık kontraktürleri ve yanık sekelleri için tedavi edilen 35 hasta incelenmiştir. Bu hastalar yaş, cins, etiyoloji, tutulan ekstremitte, etkilenen eklem ve rekonstrüksiyon seçenekleri yönünden değerlendirilmiş, tedavi sonrası uzun dönem sonuçları tartışılmıştır.

BULGULAR: Kliniğimizde Ocak 2001-Ocak 2013 arası 75 kız, 144 erkek olmak üzere toplam 219 üst ekstremitte yanık kontraktürlü hasta ve 25 erkek, 14 kız hasta alt ekstremitte yanık kontraktürlü hasta opere edilmiştir. Kız çocukların yaş aralığı (1,5-18 yaş) ortalama 9,75, erkek çocuk hastaların yaş aralığı(3,5-18 yaş) ortalama 10,75 olarak saptanmıştır. Yanık skarı alanı %30 üzerinde olan hastaların toplam %21’inde kontraktür açılmasını takiben tam kalınlıkta ya da kısmi kalınlıkta deri grefti ile onarım yapılmıştır. Kliniğimizde opere edilen hastaların 70(%32) sağ

üst ekstremiteler, 129(%59) sol üst ekstremiteler ve 20(%9) bilateral olarak etkilenmiştir. Yanık sekeli alanı %20 ve altında olan 175 hastada kontraktür bandı rahatlatılarak lokal fleplerle onarım yapılmıştır.

SONUÇ: Yanık travması sonrası gecikmiş iyileşme, erken dönemde atelleme ve egzersiz yapılmaması, deri greftiyle onarım gerektiren olgularda iyileşmenin pansumanlarla tamamlanması için uzun süre uygulanan pansumanlar, enfeksiyon gibi nedenler yanık kontraktürü gelişimine zemin hazırlar. Büyüme gelişme çağındaki çocuklarda yanık sonrası kontraktür gelişme olasılığı daha fazladır. Kontraktür açılması sonrası rekonstrüktif girişimlerle başarılı sonuçlar elde edilse bile yanık izleri morbidite yaratmaktadır. Koruyucu tedbirlerin alınması, yanık travmasının önlenmeye çalışılması, yanık sonrası erken dönem tedavisinin uygun yapılması, atelleme ve egzersiz ihmal edilmemesi gereken durumlardır.

Anahtar Kelimeler: Ekstremiteler, Yanık kontraktürü, Yanık rekonstrüksiyonu

ATEŞLİ NÖBETLERDE UNUTULMAMASI GEREKEN TANI: DRAVET SENDROMU

Seda Geylani Gülec¹, Yunus Veli Emir¹, Leyla Telhan¹, Ümran Çetinçelik²,
Gülşen Köse¹

¹ŞEEAH, Çocuk Klinikleri, İstanbul

²ŞEEAH, Tıbbi Genetik Polikliniği, İstanbul

GİRİŞ: Dravet Sendromu; genetik olarak tanımlanmış, nadir ilerleyici bir epileptik ensefalopatidir. “İnfanlarda ağır myoklonik epilepsi” olarak da adlandırılmaktadır. Genellikle öncesinde normal olan çocuklarda hayatın ilk yılında ve en sık 5. ayda görülür. Olguların yarıdan fazlasında nöbetlerin; erken infantil febril klonik konvülsiyon, myoklonik jerkler, atipik absans ve kompleks fokal nöbet gibi karakterize bulguları vardır. Konvülsif myoklonik veya absans status epileptikus sıklıdır. SCN1A geninde mutasyon hastaların %35-100’ünde saptanmıştır. Burada enfeksiyon veya ateş yüksekliği ile devamlı tekrarlayan nöbetlerde mutlaka akılda tutmamız gerektiğinden Dravet Sendromu tanısı alan bir olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: Yirmibir aylık kız hasta ateşliyken 20 dakika süren tüm vücutta kasılma, gözleri bir noktaya dikme ve çenede kilitlenme şeklinde nöbet nedeniyle başvurdu. Düzensiz takipli olarak miyadında C/S ile doğduğu, asfiksi hikayesinin olmadığı ve ilk konvülsiyonunu 3.5 aylıkken febril olarak geçirdiği öğrenildi. Konvülsiyon nedeniyle yaklaşık 25 kez kliniklerde, status nedeniyle 6 kez çocuk yoğun bakımda takip edildiği, bu konvülsiyonlara genel olarak ateşin eşlik ettiği öğrenildi. Büyümesi normal olan olgunun nörolojik gelişimi başlangıçta hafif geri iken giderek spastisitesi gelişti, kooperasyonu bozuldu. Yalanma, yutkunma, göz kırpmma şeklinde konvülsiyonları ortaya çıktı. Yutma disfonksiyonu gelişti. Tetkiklerinde: metabolik taramaları, beyin omurilik sıvısı incelemesi, EEG, kraniyal CT ve MRG

normaldi. Gen analizinde SCN1A polipeptidinde (Ekzon 15: c.2619G>A, p.Trp873Ter.) mutasyon saptandı. Bu mutasyon tipi literatürde rapor edilmemiştir. Dravet sendromu tanısı konularak tedavisi düzenlendi.

TARTIŞMA: Bu sendrom ciddi mental ve nörolojik bozukluklarla seyreden ağır bir ensefalopatik bozukluktur. Konvülsiyonları dirençli seyretmektedir. Hipertermi, infeksiyöz durumlar gibi tetikleyici faktörlerin erken tedavi edilmesi, ketojenik diyet ve bazı antikonvülzanlar tedavide önerilmektedir. Özellikle enfeksiyon ve ateş yüksekliği ile tekrarlayan uzun süreli nöbetler ve status durumlarında Dravet Sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: konvülzyon, status epileptikus, Dravet sendromu

KONJENİTAL KULAK ANOMALİLERİNDE TEDAVİ YAKLAŞIMIMIZ

Kamuran Zeynep Sevim, Fatih Irmak, Erkan Yüce, Dilgem Mammadov,
Semra Hacikerim Karşıdağ
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği

AMAÇ: Konjenital kulak anomalilerin kesin insidansı bilinmemekle birlikte ırka bağlı varyasyonlar gösterir. “Microtia”, avrupa ülkelerinde daha az görülmekteyken, asya ırkında yüksek insidanda görülmektedir. Kepçe kulak diğer kulak deformitelerinde olduğu gibi hastaların psikolojisini ve sosyal hayata adaptasyonunu bozan konjenital anomalidir. Çalışmamızda 2003-2013 yılları arasında Şişli Etfal E.A.H.’de opere edilen konjenital kulak anomalileri incelenecektir.

HASTA-METOD: Kliniğimizde tedavi edilmiş olan 95 konjenital kulak anomalisi olgusu çalışmaya dahil edildi. Hastaların 19’u microtia (yaş aralığı 6-16, ortalama yaş:8, kadın/erkek oranı:5/4), 67’sinde prominent ear (yaş aralığı 6-35, ortalama hasta yaşı:12, kadın/erkek oranı:1). 9 hasta diğer konjenital kulak anomalisi grubundandı (Stahl’s ear, constricted ear, cryptotia).

BULGULAR: 19 microtia olgusunun 18’ine 3-4 seanslı olacak şekilde operasyon planlandı. Seans-1’de kosta greftiyle kıkırdak çatı oluşturulması, seans-2’de heliks, antiheliks ve konka derinliği oluşturulması, seans-3’te ise lobül transpozisyonu ve posterior helikal sulkus oluşturulması tamamlandı. Kalan 1 hastaya hasta yakınlarının otolog rekonstrüksiyonu kabul etmemesi üzerine epitezle onarım uygulandı. Hastaların tümünde microtia anomalisi unilateraldi, ve hastaların hepsi izole (non sendromik) microtia olgularıydı. 67 prominent ear olgusunun

16'sında anomali unilateral, 51'indeyse bilateral idi. 67 olgunun tamamına Mustarde (konkoscakal) ve konkomastoid sütürler, gerekli olgularda konka rezeksiyonu veya konkal setback uygulandı. 5 Stahl's ear deformitesinin 3'üne z plasti, 2'sine kıkırdak kama eksizyonu uygulandı. 2 cryptotia olgusuna relaksasyon ve postauriküler fleple sulkus oluşturulması, 2 constricted ear olgusuna ise kartilaj sklerotizasyonu ile remodeling ve splintle takip uygulandı.

SONUÇ: Konjenital kulak deformiteleri sık görülen ve genellikle çocukluk çağında cerrahiyle düzeltilebilen anomalilerdir. Kulak deformiteleri ilk olarak anne-baba ya da uzman olmayan sağlık personeli, ebe, pratisyen hekimlerce farkedilir. Kulak deformitelerinde, özellikle kepçe kulak deformitelerinde erken neonatal periyotta splintlemenin etkinliği ve güvenilirliği gösterilmiştir. Bizim takip ettiğimiz hastaların hiçbiri erken neonatal dönemde başvurmadığı için, splintleme ile cerrahi dışı tedavi tecrübemiz olmamıştır. Konjenital kulak anomalileri yenidoğan döneminden itibaren plastik cerrahiyle konsülte edilmesi gereken, cerrahi tedavisi ise okul döneminden önce planlanması gereken, bireyin psikososyal durumunu bozan deformitelerdir.

Anahtar Kelimeler: Kepçe kulak, Kulak anomalisi, Mikrotia

MESANE DİSFONKSİYONU OLAN ÇOCUKLARDA ÜROTERAPİ VE BİYOFEEEDBACK TEDAVİSİNİN ETKİNLİĞİ

Arzu Faika Oral¹, Gizem Akça¹, Gül Özçelik¹, Nurver Akıncı¹, Sibel Çetiner²

¹Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bölümü, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Mesane disfonksiyonu (MD) çocukluk çağında sık görülen ve ihmal edildiği takdirde pyelonefrit gibi ciddi sorunlara yol açabilen bir hastalık grubudur. Çalışmamızda MD tanısı konulmuş antikolinerjik tedaviye rağmen yanıt alınamayan 5 yaş üstü çocuklarda non invaziv bir metod olan üroterapi ve biyofeedback (ÜB) tedavisinin etkinliği ve bu tedavinin yaşam kalitesi üzerindeki etkileri sunulmuştur.

YÖNTEM: Nisan 2010 ve Temmuz 2012 tarihleri arasında MD tanısı konulan 7-14 yaş arasındaki nörolojik bozukluğu olmayan 18 kız 3 erkek toplam 21 hasta çalışmaya dahil edildi. Tedavi öncesi hasta ve ailesi tedavi konusunda bilgilendirildi. Hastalığın semptomatik derecelendirmesini yapmak üzere kullanılan ve hastalığın hayat kalitesi üzerine olan etkisini de değerlendiren İBSS (İşeme Bozukluğu Semptom Skoru) formu tedavi öncesi ve tedaviden 1 ay sonra hastalara doldurtuldu. 2 ay boyunca haftada bir kez seansı 20 dakika süren biyofeedback tedavisine alındı. Ayrıca evde günde 2 kez yapmaları için Kegel egzersizleri öğretildi ve 5 saatlik işeme programı verildi. Tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar karşılaştırıldı. Hastaların ÜB tedavisi öncesi ve sonrası değerleri karşılaştırıldığında İBSS puan ortalamaları arasında anlamlı fark saptandı. Tedavi sonucunda hastaların %71'i başarılı kabul edildi. ÜB tedavisi öncesinde yaşam kalitesi ciddi bozuluyor diyenlerin ortalaması %23 iken tedavi sonrası %14'e geriledi.

SONUÇ: MD olan hastalarda görülen inkontinans ve sıkışma gibi şikayet ve bulguların düzeltilmesinde antikolinerjik tedaviden fayda görmeyen hastalara medikal tedaviye ek olarak üroterapi ve biyofeedback (ÜB) tedavisinin kullanılması tedavi başarısını ve hayat kalitesini anlamlı oranda artırmaktadır.

Anahtar Kelimeler: mesane disfonksiyonu, üroterapi

ÇÖLYAK HASTALIĞI TANILI OLGULARIMIZIN DÖKÜMÜ: 11 YILLIK ÇALIŞMA

Emirzad Demirel¹, Nafiye Urgancı², Seda Geylani Güleç¹

¹ŞEEAH, Çocuk Klinikleri

²ŞEEAH, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

AMAÇ: Çölyak hastalığı; buğday, arpa ve çavdarda bulunan glutene karşı aşırı duyarlılık sonucu gelişen, ince barsak mukozasında ve submukozasında inflamasyon ile karakterize, sıklıkla malabsorbsiyona yol açan, gastrointestinal sistem dışı organ belirtileri de olabilen immünolojik kökenli primer bir ince barsak hastalığıdır. Çalışmamızda Çöliak tanılı hastalarımızın özelliklerini tespit etmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmaya, 1999-2011 yılları arasında izlenen 129 olgu alındı. Olgulara Çöliak tanısı, ESPGHAN 1990 kriterleri ile konuldu. Olguların demografik bulguları, başvuru yakınmaları, fizik inceleme ve laboratuvar verileri (tam kan sayımı, kan biyokimya değerleri, serum demir, demir bağlama kapasitesi, ferritin, folik asit, vitamin B12, serum IgA, tiroid fonksiyon testleri, ve kemik mineral dansite ölçümü, osteoporozu olanlarda serum vitamin D ve paratiroid hormon düzeyleri, EMA IgA, anti-gliadin antikor IgA ve IgG), ince barsak biyopsi sonuçları, geriye dönük olarak değerlendirildi. Ayrıca eşlik eden diabetes mellitus, otoimmün tiroidit, raşitizm ve dermatitis herpetiformis varlığı da araştırıldı. Biyopsi örnekleri histopatolojik olarak marsh sınıflamasına göre sınıflandırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların %53,5'i kız, % 46,5'i erkek, erkek:kız oranı 1:1,1 olup yaş ortalaması 6,59± 4,51 yılı. Başvuru yakınmalarının %48'i boy kısalığı, %46,5'i kilo alamama ve %36,4'ü ishaldi. Olguların %66,7'sinde Hb<11,5

gr/dl saptandı. Tüm hastaların % 68,5'inde ferritin düşüklüğü, % 76'sında demir eksikliği, % 34,2' sinde folik asit eksikliği ve %3,6'sında B12 vitamin eksikliği vardı. Dört olguda Anti-TPO pozitif olmakla birlikte tiroid fonkiyon testleri normal saptandı. Kemik dansitometre ölçümü yapılan 68 olgunun %16,2'sinde osteopeni ve %26,47'sinde osteoporoz saptandı. Olguların % 79,8'inde Antigliadin-IgA, %89,9'unda Antigliadin-IgG ve %92,2'sinde anti-endomisyum antikor pozitif di.

SONUÇ: Çölyak hastalığında gastrointestinal sistem dışı bulguların klasik malabsorbsiyon semptomlarından daha sık görüldüğü ve atipik vakaların giderek arttığı bildirilmektedir. Bu nedenle tanı koymadan önce atipik bulgular açısından da değerlendirme yapmayı unutmamalıyız.

Anahtar Kelimeler: atipik, çocuk, çölyak hastalığı, tipik

İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURANIN NADİR BİR SEBEBİ; HEPATİT A

Nafiye Urgancı, Önder Kılıçaslan, Şebnem Yılmaz, Seda Geylani Güleç,

Merve Usta

Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

AMAÇ: Akut hepatit A infeksiyonu genellikle kendini sınırlayan ve çoğunlukla 6 yaşından küçük çocuklarda asemptomatik seyreden bir hastalıktır. İmmün trombositopenik purpura gibi ekstrahepatik otoimmün belirtiler akut hepatit-A enfeksiyonu olan çocuklarda nadiren bildirilmektedir. Çocukluk çağında viral bir enfeksiyon veya aşı sonrası oluşan immün trombositopenik purpura, literatürde sadece bir kaç çocukta hepatit A infeksiyonu ile ilişkili olarak rapor edilmiştir. Bu yazıda hepatit-A virüsü nedeniyle immün trombositopenik purpura gelişen bir çocuk hastayı sunmak istedik.

OLGU: 5 yaşında erkek hasta, 3 gün önce başlayan her iki bacağına olan döküntü, morarma ve bir haftadır olan ağızda yara şikâyetiyle başvurdu. 2 ay önce hastanın kardeşinin halsizlik ve kusma nedeniyle hastanede tedavi edildiği ancak belirli bir tanı almadığı öğrenildi. Orofarinksi hiperemik, ağız içinde nonülsere lezyonlar gözlemlendi. Batın muayenesinde hassasiyet veya organomegali saptanmadı. Bilateral alt extremitelerde özellikle ön yüzde belirginleşen ekimotik alanlar ve yüzde, göğüste, bacaklarda peteşiyal döküntüler mevcuttu. Hb 12.5 gr/dl, lökosit 5600 /mm³ ve trombosit sayısı 4000 /mm³ saptandı. Alanin aminotransferaz: 1503UI/L, Aspartat aminotransferaz: 1940 UI/L, alkalen fosfataz: 373 UI/L, gama glutamil transferaz: 119 mg/l, total bilirubin 0,64 mg/dl, direkt bilirubin 0,53 mg/dl saptandı. Protrombin zamanı: 15,7 sn, protrombin aktivitesi % 64, INR ise 1,3 bulunbu. Anti-HAV IgM antikor pozitif. Olguya 1 g / kg/gün dozunda

intravenöz immunglobulin iki gün süreyle verildi. 3. gün kontrol trombosit sayısı 43.000/mm³, 2. haftasında 265.000/mm³ saptandı. Bu arada karaciğer enzimlerinde de düşme gözlenen hasta polikliniğimize gelmek üzere taburcu edildi. Altı aydan beri sorunsuz olarak izlenmektedir.

SONUÇ: Trombositopeni, birçok viral infeksiyon seyrinde olduğu gibi hepatit A infeksiyonu seyrinde de saptanabilir. Olguların bu açıdan da yakından takip edilmesi ve tedavisinin acilen planlanması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, enfeksiyon, hepatit A, immün trombotopenik purpura

PEDİATRİK HASTALARDA ANORMAL YARA İYİLEŞMESİNE PREDİSPOZAN DURUMLAR VE TEDAVİ YAKLAŞIMIMIZ

***Kamuran Zeynep Sevim, Ayşin Karasoy Yeşilada, Dağhan Dağdelen, Zeliha Gül,
Medeni Volkan Kıyak, Semra Hacıkerim Karşıdağ
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi; Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik
Cerrahi Kliniği***

AMAÇ: Çocuklarda yara iyileşmesi erişkinlerle aynı prensipleri takip etse de, yara iyileşme hızı daha fazladır. Fibroblastlar sayıca fazladır, kollajen ve elastin daha hızlı üretilir ve granülasyon dokusu erişkinlere göre daha çabuk oluşmaktadır. Pediatrik çağda hipertrofik skar ve keloid oluşumu çok nadir gözlenmemektedir, hastalarda keloide genetik yatkınlık mutlaka sorgulanmalıdır.

GEREÇ - YÖNTEM: Kliniğimizde, 2007-2012 yılları arasında, literatürde çok nadir rastlanan, kepçe kulak onarımı, sindaktili onarımı ve geçirilmiş abdominal cerrahi sonrası olduğu gözlenen 5 pediatrik keloid olgusu ve tedavi yöntemleri irdelenmiştir.

BULGULAR: Hastaların, 3'ü erkek, 2'si kız idi ve yaşları 3 ila 11 arasında değişmekteydi. Tedavi yöntemleri olarak; kepçe kulak sonrası oluşan keloidde, eliptik eksizyon ve primer sütürü takiben, hastaya özel planlanmış silikon splint tedavisi, sindaktili operasyonu sonrası oluşan keloidde 3 seans triamsinolon enjeksiyonunu takiben primer sütür, abdominal keloid tedavisi için ise 4 seans triamsinolon enjeksiyonu sonrası eliptik eksizyon ve primer sütür uygulanmıştır. Hastalar ortalama 1,5 yıl takip edilmiş ve rekürrens görülmemiştir.

SONUÇ: Pediatrik çağda hipertrofik skar veya keloid oluşumu, sıcak su yanıkları sonrası vücutta ve yüzde, ya da kulak delinmesi sonrası kulak lobülünde sıkça gözlenmektedir. Ancak çocukluk çağında, sindaktili onarımı sonrası keloid oluşumu %1 sıklığında, kepçe kulak onarımı sonrası keloid oluşumu da %0,5 sıklığında gözlenmiştir. Keloid tedavisinde topikal, intralezyonel steroid, latirojenler, irradyasyon, 5-FU, lazer, bası ve silikon tedavisi gibi çeşitli tedavi yöntemleri denenmiştir. Keloide yapılacak her türlü girişimin, onu daha da agreve edebileceği, lezyonun tekrarlama riski bulunduğu aileye anlatılmalı, medikal tedavilerin uzun süre ile kullanımının gerektiği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hipertrofik skar, Keloid, Triamsinolon

PROTEİN KAYBETTİREN ENTEROPATİLİ ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Nafiye Urgancı¹, Seda Geylani Gülec², Serap Karaman²

¹ŞEEAH, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

²ŞEEAH, Çocuk Klinikleri

AMAÇ: Protein kaybettiren enteropati, lokalize veya sistemik faktörler nedeniyle serum proteinlerinin gastrointestinal kanaldan kaybıdır. En sık nedenler, inflamatuvar barsak hastalıkları, allerjik gastroenteropati, ve parazitik enfestasyonlar iken nadir nedenler, helicobakter pylori ve sitomegalovirus enfeksiyonlarıdır. Bu çalışmada protein kaybettiren enteropatili çocuk hastalarımızı incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM: Protein kaybettiren enteropati tanılı 14 hasta etiyoloji, tanı metodları, laboratuvar bulguları, tedavi rejimleri ve uzun süreli prognoz açılarından değerlendirildi.

BULGULAR: Etiyolojide 4 olguda çölyak hastalığı, 3 olguda intestinal lenfanjektazi, 3 olguda giardiya enfeksiyonu, bir olguda helicobakter pylori ve 3 olguda sitomegalovirus enfeksiyonu saptandı. Duedenumdan alınan biyopsilerin histopatolojik incelemesinde 4 hastada total villus atrofisi, 3 hastada lenfatik dilatasyon, 4 hastada belirgin nodüler görünüm mevcutken, dört olguda patoloji yoktu. İntestinal lenfanjektazili olgulara altta yatan hastalığa yönelik tedavi verildi. Sitomegalovirüs enfeksiyonu olan olgular destek tedavi ile düzeldi, gansiklovir tedavisi verilmedi.

TARTIŞMA: Sağlıklı görünen ödemli bir çocukta proteinüri saptamazsak protein kaybettiren enteropatiyi aklımıza getirmeliyiz. Şüphelendiğimiz hastalarda gaitada alfa-1-antitripsin düzeyini değerlendirmeli, tanı konduğunda da altta yatan hastalığa göre uygun tedaviyi planlamalıyız.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ödem, protein kaybettiren enteropati

ATEŞ HER ZAMAN ENFEKSİYONMUDUR?

***Özgül Yiğit, Meltem Erol, Dilek Borakay, Ebru Burcu Demirgan, Murat Konya
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği***

Juvenil idiopatik (JIA)artrit çocukluk çağının en yaygın romatolojik kronik hastalığıdır.Klinikte genellikle eklem ağrıları ile başvurmasına rağmen enfeksiyon hastalığı gibi yüksek ateş ön planda olabilir.Çocukluk yaş grubunda sık görülen ateş genellikle bir enfeksiyon göstergesidir.Ancak enfeksiyon dışında malignite,ve romatolojik nedenlerle de ateş olabilir.

OLGU 1:Onbir yaşındaki erkek hasta altı gündür bulantı,kusma,yaygın eklem ağrısı,ateş şikayetiyle tarafımıza başvurdu.Hastanın özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu.Fizik muayenesinde traube kapalıydı,artrit bulgusu yoktu.Laboratuarda BK:23 bin/mm³ olup,periferik yaymasında atipik hücre görülmedi. CRP:168mg/dl, sedimentasyonu:49mm/h, ANA negatif,RF negatif,prokalsitonin negatif,hepatik markerları negatif,HIV negatıfdi.TORCH negatif,kızamık negatif saptandı.Kan ve bos kültürü sterildi. PPD testi negatıfdi. EBV,Parovirüs B19,Brucella,Salmonella serolojisi normaldi. Batın USG ‘de hepatosplenomegali saptandı. Akut faz reaktanları yüksek olan hastada enfeksiyon yönünden destekleyici bulgu yoktu.Hematoloji ve malignite yönünden yapılan tetkikler normaldi. Ateş etyoloji yönünden izlenirken hastanın maküler döküntüleri gözlemlendi.Romatolojik olarak değerlendirilen hasta sistemik juvenil idiopatik artrit kabul edildi.Başlanan sistemik steroide hızlı cevap alındı.

OLGU 2: Onbir yaşında erkek hasta ateş yüksekliği ile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş odağı saptanamayan hastanın CRP;131mg/dl,BK;20 bin/mm³ sedimentasyonu:75mm/h lomber ponksiyon yapılip antibiyoterapi

başlandı.BOS, idrar ve kan kültürü steril kaldı.Yapılan enfeksiyon açısından serolojik testleri negatifti.Hematolojik hastalıklar ve malignite açısından yapılan periferik yaymasında atipik hücre görülmedi,kemik iliğinde patoloji saptanmadı.Yatışı sırasında ortaya çıkan maküler döküntü ve atraljileri üzerine yapılan romotoji konsultasyonunda sistemik juvenil idiyomatik artrit düşünülmesi üzerine hastaya sistemik steroid tedavisi başlandı.Hızla klinik düzelme gözlendi. Sunulan bu iki olgu nedeniyle yüksek ateşle başvuran hastalarda sık gördüğümüz enfeksiyon hastalıkları yanında sistemik juvenil idiyomatik artrit de ayırıcı tanıda düşünülmesi vurgulandı. Özellikle 39 dereceyi geçen iki hafta süren ateşli vakalarda düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: ateş,çocukluk çağı,juvenil idiyomatik artrit

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE HEREDİTER SFEROSİTOZ

Özgül Yiğit, *Meltem Erol, Tülin Gökmen Yıldırım, Dilek Borakay, Veysel Gök, Ebru Demirgan*

Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Eritrosit membra defektlerinden Herediter Sferositoz klinikte asemptomatik,hafif anemi ile rastlanabileceği gibi özellikle yenidoğan döneminde aşırı hemoliz ve buna bağlı ciddi hiperbilirubinemi ile karşımıza gelebilir.Otozomal dominant yada resesif geçişlidir.Aile öyküsü olmayan, ciddi hiperbilirubinemili, herediter sferositoz saptanan hastayı sunduk.

OLGU: Onbir günlük, kız hasta. Postnatal 11. gününde total bilirübin düzeyi 26mg/dl saptanması üzerine tarafımıza başvurdu. Altı günlükken 18,5mg/dl total bilirübin düzeyi ile yenidoğan sarılığı tanısıyla üç gün fototerapi alan hasta taburculuk sonrası yeniden başvurmuştu. Soygeçmişinde özellik yoktu.Fizik muayenesinde tüm vücut ikterik,ele gelen hepatosplenomegali yoktu.Yapılan tetkiklerinde total bilirübin:24,9mg/dl direk bilirübin:1,30mg/dl,anne kan grubu B Rh(+),bebek kan grubu: 0 Rh(+),D.Coombs negatifdi. CRP negatif,diğer biyokimyasal değerleri normaldi.TSH,ST4 testleri normal, tam idrar tahlili normal, idrarda redüktan madde negatif idi. G6PD ve pirüvat kinaz enzim düzeyleri normaldi. Osmatik frajilite testinde artmış olarak değerlendirildi. Çekilen batın USG (surrenal hematoma açısından)normaldi. Fototerapi esnasına total bilirübin düzeyinde azalma gözlendi.Takibinde hematokrit değerleri düşen hastada hafif kardiyak yetmezlik bulgusu gelişmesi üzerine 1 kez eritrosit süspansiyonu transfüze edildi. Transfüzyon sonrasında hemoliz ve hematokrit düşüklüğü saptanmadı. Artmış osmotik frajilite sonucuna göre hasta herediter sferositoz tanısıyla izleme alındı.

Sık karşılaştığımız kan grubu uyumsuzlukları, enfeksiyon,hipotiroidi gibi nedenler yanında indirekt hiperbilirubinemili yenidoğanların ayırıcı tanısında hereditör sferositozun da düşünülmesi vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: hereditör sferositoz,sarılık,yenidoğan

İSHAL:GASTROENTERİT Mİ?

Meltem Erol, Özgül Yiğit, Can Polat, Sinan Yavuz, Hüseyin Kaya, Erhan Zencir
Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Süt çocukluğu döneminin hayatı tehdit önemli semptomlardan biri ishaldir. Sıklıkla enfeksiyöz nedenli ishaller mortalite sebebidir.Enfeksiyon dışı ishallerde en sık malabsorbsiyon nedeni laktoz intoleransıdır.Bunun dışında daha nadir görülen ve laktozsuz diyetle tedavi edemediğimiz glukoz malabsorbsiyonları da ciddi ishallerde yol açmaktadır.

OLGU: 2,5 aylık öncesinde belirgin bir şikayeti olmayan hasta ishal ve emmede azalma şikayeti ile acil polikliniğimize getirildi. Soy geçmişinde 1. derece kuzen evliliği olan sağlıklı anne ve babanın yaşayan 3. çocuğu idi. Ailenin bir erkek çocuğu erken dönemde bilinmeyen nedenle ex olmuş. Yapılan ilk incelemede genel durumu orta, tonusu ve turgoru azalmış. Laboratuvarında, kalsiyum: 5,62 mg/dl, potasyum: 2,8 mEq/L, protein: 2,7mg/dl albumin: 1,5g/dl, kan gazında pH: 7.27, bikarbonat 12.5 mEq/L ve baz açığı -12 saptandı. Hasta dehidratasyon hipoalbuminemi, metabolik asidoz tanıları ile tedavi amacıyla kliniğimize yatırıldı. Parenteral sıvı desteği alan bebekte, sekonder laktoz intoleransı düşünülerek anne sütü kesilip laktozsuz formül mama ile beslenmeye başlandı. Bu dönemde metabolik hastalıklara yönelik tetkikleri gönderildi. Hastanın hipoalbuminemisine yönelik idrarda albumin gönderildi. Sonuçlar normal olarak değerlendirildi. Altı gün boyunca laktozsuz formül mama alan bebeğin ishalleri ara ara devam ediyordu. Metabolik hastalık tarama sonuçları normal olarak saptanınca anne sütü ile beslenmeye geçildi. Anne sütü almaya başladıktan sulu ishal, kusma gelişti. Bu dönemde dışkıda redüktan maddesi pozitif saptanınca, intestinal karbonhidrat emilim bozuklukları düşünülerek yapılan endoskopi ve ince barsak biyopsisinde

patoloji saptanmadı glukoz galaktoz malabsorbsiyonu düşünülerek fruktoz bazlı mama (Galactomin 19) ile enteral beslenme başlandı. Takipte ishal kesildi ve yatışının 56. gününde 4610 g olarak taburcu edildi.Kontrolünde 9. Ayında boy persentili 25,kilo persentili 50'ye ulaşan hastanın gelişimsel değerlendirilmesi ayına uygun bulundu.

SONUÇ: Sık bilinen enfeksiyon dışında ishal ve dehidratasyon nedeni olarak konjenital malabsorbsiyon tabloları, glukoz galaktoz malabsorbsiyonu da akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: glukoz-galaktoz malabsorbsiyon defekti,ishal,süt çocukluğu

EPİDERMOLİZİS BÜLLOZA HASTALARINDA ANESTEZİ UYGULAMALARIMIZ

*Leyla Kılınç¹, Zeynep Sevim², Ayşin Karasoy Yeşilada², Hale Dobrucalı¹,
Mehmet Eren Açık¹, Ayşe Hancı¹, Sibel Oba¹*

*¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Anesteziyoloji ve
Reanimasyon Kliniği, İstanbul*

*²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Plastik ve
Rekonstrüktif Cerrahi Kliniği, İstanbul*

AMAÇ: Epidermolizis bülloza, mukozalarda ve ciltte kendiliğinden ya da travma sonrası büllelerin oluşumu ile karakterize otozomal resesif geçiş gösteren nadir görülen bir hastalıktır. Klinik olarak küçük travmalardan sonra bile cilt ve mukoz membranlarda gelişebilen tekrarlayıcı kutanoz blister formasyon ile karakterizedir. Bu hastalarda; adeziv bantlar, ECG elektrotları, yüz maskeleri, ve entübasyon sırasında endotrakeal tüp rahatlıkla yeni bül formasyonlarının oluşmasına yol açabilir. Biz de hastanemiz, plastik cerrahi kliniği tarafından opere edilen 2 yenidoğan olgunun anestezi yaklaşımını paylaşmayı planladık.

YÖNTEM: 2010-2013 yılları arasında opere edilen 2 ağır epidermolizis bülloza olgusunun retrospektif olarak hasta klinik dosyaları ve anestezi belgeleri tarandı. Olguların yaşları(ay),vücut ağırlıkları (kg),operasyon süreleri (dk),anestezi tipleri, komplikasyonlar incelendi.

BULGULAR: Olgu 1 kız bebek 3,2 kg boy 51 cm vucudunda alt ve üst ekstremitelerde daha çok olmak üzere tüm vucutta bülöz lezyonlar mevcuttu. Hb 15,1 idi yandaş başka bir hastalığı mevcut değildiOlgu 2 erkek bebek 3 kg boy 50 cm Hb 16,3 idi. Alt ekstremitede yaygın olmak üzere yaygın büller mevcuttu

Olgulara plastik cerrahi kliniği tarafından yara debritleme ve greftleme yapıldı. Olguların monitorizasyon elektrot paletlerinin yapışkan kısımları kesilip kalan kısımların jeli atıldıktan sonra non-allerjik flaster ile (Hypofix, Smith+Nephew Medical Limited, İngiltere) 3 palet deriye tutturularak EKG D2 derivasyonunda EKG takibi yapıldı. Saturasyon takibi adeziv olmayan Nihon Kohden® yenidoğan saturasyon probu ile yapıldı. Operasyonun ekstremitelerde olması ve entübasyon ve veya laringeal maske takılması ile oluşabilecek orofaringeal büllelerden kaçınmak için disosiyatif bir anestezi olan ketamin kullanıldı. Hastaların spontan solunumu operasyon boyunca korundu. Operasyon süresince 4 L/dk O₂ verildi. Oksijen verilmeden süresince olgunun yüzünün maske ve anesteziistin eli ile temas edeceği kısımları vazelinlendi. Maske mümkün olduğunca yüze bastırılmamaya çalışıldı. Operasyon süresi iki olguda ortalama 45 dk idi. Operasyon için yeterli anestezi etki elde edildi.

Operasyondan 24 saat sonra yüz bölgesi ve, herhangi bir bül oluşumuna rastlanmadı.

Anahtar Kelimeler: Anestezi, Epidermolizis Bülloza

PREMATÜRE RETİNOPATİSİ: 2 YILLIK TARAMA SONUÇLARIMIZ

Özden Turan¹, Umur Kayhan², Bilal Yılmaz¹, Tolga Köle¹, Cavid Serdarzade¹,
Emine Türkan¹

¹SB Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul

²Göz Hastalıkları Kliniği

Prematüre retinopatisi (PR), retinal damarların anormal proliferasyonu ile karakterize, körlüğe kadar ilerleyebilen ve patogenezi tam olarak bilinmeyen bir hastalıktır. Oksijen tedavisi, sepsis, intrakraniyal kanama, kan transfüzyonu, asidoz, hipokarbi ve hiperkarbi atakları, patent duktus arteriosus gibi faktörlerin rol oynadığı gösterilmiştir. Ancak, PR gelişiminde en önemli risk faktörü gestasyonel yaş ve doğum ağırlığı ile ilişkili immatüredir.

YÖNTEM: Mart 2011- Mart 2013 tarihleri arasında yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılan gebelik haftası <32 hafta olan ve prematüre retinopati taraması yapılan 51 bebek değerlendirildi. Bütün bebekler aynı göz hastalıkları uzmanı tarafından muayene edildi.

BULGULAR: Prematüre retinopati taraması yapılan bebeklerin 21 (%41.2)'i kız, 30 (%58.8)'u erkek, ortalama gebelik haftası 28.65 ± 1.96 (24-32) hafta ve doğum ağırlıkları 1389.66 ± 393.11 (720-2360) gramdı. İlk PR taraması yapılma yaşı 30.75 ± 4.4 (24-42) gün idi. İlk muayene sonrası %6.8 bebekte PR saptanmazken, %81.8 bebekte evre 1 ve %11.4 bebekte evre 2 PR saptandı. Evre 3 ve ileri evre PR hiçbir bebekte saptanmadı. Bebeklerin % 52.9 'unun entübe edildiği (ortalama mekanik ventilatör süresi: 2.41 ± 5.23 (0-28) gün), %11.7'sinde kültür pozitif sepsis geliştiği, % 13.6'sının ikiden fazla eritrosit süspansiyonu aldığı saptandı.

Bebeklerde kronik akciğer hastalığı ve intrakraniyal kanama saptanmadı.Takip eden muayenelerinde hiçbir bebeğe lazer fotokoagülasyon gerekmedi.

SONUÇ: Riskli bebeklere prematüre retinopati taraması yapılması, varsa erken evrede saptanması ve etyolojik faktörlerin belirlenerek önlemlerin alınması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre retinopatisi

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE İZLENEN KONVÜLZİYON OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ (OCAK-ARALIK 2012)

Haşim Gencer¹, Yunus Veli Emir¹, Dilek Kabakçı¹, Hüseyin Üskül¹, Levent Menek¹, Hülya Kımıl², İhsan Kafadar³, Gülşen Köse³

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Servisi, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji, İstanbul

AMAÇ: Çocuk acil polikliniğine konvülziyon geçirme nedeniyle getirilen olguların epidemiyolojik ve klinik özelliklerinin incelenmesi, saptanan etiyolojik faktörlerin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Servisinde Ocak - Aralık 2012 arasında konvülziyon geçirme nedeniyle 4 ile 24 saat arası izlenen olguların arşiv dosyaları geriye yönelik epidemiyolojik, etiyolojik, klinik ve tedavi açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çocuk Acil Polikliniğimize 2012 yılında başvuran 94521 hastanın 930'u (%0,98) konvülziyon geçirme nedeniyle getirildi. Konvülziyonla başvuran olguların tamamı gözlemlenildi. 930 olgunun %52'si erkek, %48'i kızdı. Olguların 155'i (%16,7) ilk 1 yaşta, 173'ü (%18,6) 12-24 ay arasında, 323'ü (%34,7) 2-5 yaş arasında, 161'i (%17,3) 5-10 yaş arasında, 118'si (%12,7) ise 10-17 yaş arasındaydı. 427 olgu (%45,9) ilk kez getiriliyordu, %54'ünde febril nöbet, %46'sında afebril nöbet vardı. Tekrarlayan febril nöbetlerle getirilen olgu sayısı 87 (%9,3) idi. Tekrarlayan afebril nöbetle getirilen olguların sayısı ise 179 (%19,2)'du. Epilepsi tanısıyla izlenip nöbetle getirilen olgu sayısı ise 144 (%15,5)'tü. Ateşin tetiklediği nöbetle getirilen olguların sayısı ise 93 (%10,1)'tü.

Olguların %18,9'unda ailede epilepsi öyküsü vardı; %45,9'u antiepileptik ilaç kullanıyordu. Febril konvülsiyonlar dışında nöbeti uyaran faktör olarak ateş olguların 107'sinde mevcuttu. Konvülsiyonla başvuran 127 hastanın EEG tetkiki önceden yapılmış olup 75'inde patolojik bulgu saptanmıştı. Olgularda en sık lökositoz 150 (%16,1) olmak üzere; 86 (%9,3) olguda CRP pozitifliği, 80 (%8,6) olguda hiponatremi saptandı.

SONUÇ: Çocuk Acil Polikliniğine başvuran hastaların yaklaşık %1'i konvülsiyon geçirme nedeniyle başvurmıştı. Olguların %45,6'sında ateş saptandı. Olguların %45,9'u antiepileptik ilaç kullanıyordu. Konvülsiyonla getirilen olguların %83,7'si gözlemde izlendikten sonra taburcu edildi, %15,1'i hastaneye yatırıldı, %1,2'si yoğun bakıma alındı. Konvülsiyonlar çocuk acil başvurularında önemli yere sahip olup takip ve tedavide gereken hassasiyet gösterilmelidir.

Anahtar Kelimeler: acil,çocuk,konvülsiyon

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TROMBOSİTOPENİ PREVALANSI VE KLİNİK SONUÇLARI: 3 YILLIK RETROSPEKTİF ANALİZ

Fatih Bolat, Suar Çakı Kılıç, Mehmet Burhan Oflaz, Elif Gülhan, Ali Kaya, Ahmet Sami Güven, Utku Aygüneş, Dilara İçağasioğlu, Asım Gültekin
Cumhuriyet Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sivas

Neonatal trombositopeni yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde en sık görülen hematolojik bozukluktur. Yoğun bakım ünitesine başvuran hastaların yaklaşık dörtte birinde görülebilir. Bu çalışmanın amacı trombositopenin sıklığını ve grade 2 ve üzeri intraventriküler kanama ve mortalite ile olan ilişkisini belirlemektir. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi yenidoğan yoğun bakım ünitesine 2009-2012 yılları arasında yatırılan hastalarda retrospektif olarak yapıldı. Trombosit sayısının $<150 \times 10^9/L$ trombositopeni olarak kabul edildi. En düşük trombosit sayısına göre hafif ($100-150 \times 10^9/L$), orta ($50-100 \times 10^9/L$), ağır ($30-50 \times 10^9/L$) ve çok ağır ($<30 \times 10^9/L$) olmak üzere dört alt gruba ayrıldı. Üç yıllık süre içerisinde hastaneye yatırılan 2218 hasta arasından 208 (%9.4)'inde trombositopeni gelişti. Grade 2 kanama trombositopenili hastalarda (%7.2), trombositopeni olmayan (%4.4) hastalara göre daha fazla olmasına rağmen istatistiksel anlamlılık yoktu ($p=0.08$). Univariate analizde, Grade 2 intraventriküler kanama çok ağır trombositopenili (%36.7, $n=6$) olgularda hafif (%2.1, $n=2$), orta (%4.7, $n=3$) ve ağır (16.2%, $n=6$) trombositopenili olgulardan daha fazla idi. Multivariate logistik regresyon analizinde doğum ağırlığının 1500 gramın altında olması, gram negatif sepsis varlığı, ağır trombositopeni ve hastaya platelet transfüzyonu yapılmış olması mortalite için anlamlı risk faktörü idi. Bizim sonuçlarımız, trombositopenisi olan yenidoğanlarda görülen intraventriküler kanama ve mortalitenin sadece trombosit

sayısına değil aynı zamanda gestasyon yaşı veya doğum ağırlığı, prenatal faktörler ve sepsise de bağlı olduğu gösterdi.

Anahtar Kelimeler: intrakranial kanama, mortalite, yenidoğan yoğun bakım ünitesi, prevalans, trombositopeni

NASOKOMİYAL ACINETOBACTER BAUMANİ İNFEKSİYONLU OLGULARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Leyla Telhan, Yunus Veli Emir, Feray Yıldırım, Nazan Dalgıç,

Zeynep Yıldız Yıldırım

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

AMAÇ: II. Düzey Çocuk Yoğun Bakım Ünitemizde Ocak 2011-Mart 2013 tarihleri arasında nasokomiyal enfeksiyon etkeni olarak saptanan Acinetobacter baumani enfeksiyonlu olgularımızın klinik ve laboratuvar bulgularının retrospektif olarak gözden geçirilmesi

BULGULAR: Olguların yaşları 4 ay-3,5 yaş arası olup ortalaması 17 ± 9 ay ve 6'sı erkek, 8'i kız idi. Nöromusküler hastalıklar 10 olguda (% 71,4) altta yatan primer hastalıktı. 5 olguda(%35) ventilatör ilişkili pnömoni, 7 olguda(% 50)kateter ilişkili kan akımı enfeksiyonu ve 1'er olguda üriner sistem enfeksiyonu, menenjit ve sepsis saptandı. Bir olgu dışındaki tüm olgularda karbapenem direnci olan Acinetobacter baumani üredi ve tedavide İV kolistin kullanıldı. Lökosit sayısı $11345\pm5548/\text{mm}^3$, CRP $20,1\pm20,8$ mg/dl idi. Olguların tamamında mekanik ventilasyon uygulaması, santral venöz kateterizasyon ve geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ortak risk faktörü idi. Acinetobacter üremesi saptanmadan önceki yoğun bakım kalış süresi ortalama $23,6\pm33,8$ gün olup, toplam yoğun bakım yatış süresi $38,4\pm38,4$ gün bulundu. Bir olgu kaybedildi.

SONUÇ: Acinetobacter baumani enfeksiyonları, yoğun bakım ünitelerinde çoklu ilaç direnci gelişimi; hastanede yatış gün sayısı ve mortalitede artışa yol açması nedeni ile giderek önem kazanmaktadır. Nasokomiyal enfeksiyon gelişimini ve yayılımını önlemek için etkin enfeksiyon kontrol ve sürveyans çalışmaları yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Acinetobacter baumani, nasokomiyal enfeksiyon, yoğun bakım

**POSTTRAVMATİK SEREBELLAR KANAMA ve TEKRARLAYAN
ŞİDDETLİ ÜST GİS KANAMALI ÇOCUK OLGU: OSLER- WEBER-
RENDU SENDROMU’NUN BAŞLANGIÇ BULGULARI MI ?**

Sinem Polat¹, Merve Kesim Usta², Leyla Telhan³, Banu Nursoy Şirvan¹, Nafiye Urgancı², Gülşen Köse⁴

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Klinikleri, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği, İstanbul

⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Osler- Weber- Rendu sendromu (Hereditör Hemorajik Telenjektazi); tekrarlayan burun kanamaları, karakteristik mukokütanöz lezyonlar ve iç organlarda arteriovenöz malformasyonlarla (AVM) seyredabilen, otozomal dominant kalıtılan bir sendromdur. Serebellar ve gastrointestinal AVM ‘lar sendromun daha nadir izlenen ve çoğunlukla daha geç yaşta ortaya çıkan iki komponentidir. Bu olgunun sunuluş amacı travma sonrası farklı sistemlerden kaynaklanan kanamalarda sistemik nedenleri sorgulamanın ve dikkatli fizik muayenenin önemini vurgulamak, Bu olguda Osler- Weber- Rendu sendromunun iki nadir komponentinin oldukça erken yaşta ve sık karşılaşılmayan bulgularının birlikte görülmesi nedeniyle literatüre sunmaktır.

OLGU: 3,5 yaşında hasta travma sonrası geçirilen konvülsiyon ve serebellar kanama nedeniyle çocuk yoğun bakımımızda yatırıldı. Manyetik rezonans incelemesinde serebellar telenjektazi saptandı.Yatışının ikinci gününde başlayan ve tekrarlayan şiddetli üst GİS kanamaları izlendi, Endoskopik incelemede mide bulbusunda izlenen ve kanama odağı oluşturan AVM argon ve adrenalin enjeksiyonu sonrası kanamanın durdurulamaması nedeniyle cerrahi olarak dikildi.

SONUÇ: Masif tekrarlayan gastrointestinal kanamalarla seyreden olgularda damarsal malformasyonlar her zaman göz önünde bulundurulmalı ve Osler-Weber-Rendu sendromu gelişimi açısından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, kanama, Osler- Weber- Rendu Sendromu

PEDİYATRİK EL YARALANMALARININ GERİYE DÖNÜK İNCELENMESİ

Ayşin Karasoy Yeşilada, Dilgem Memmedov, Selami Serhat Şirvan, Kamuran Zeynep Sevim Aytuğ, Zeliha Gül

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Kazalar ve yaralanmalar toplum sağlığının göstergeleridir. Yaralanmalar rastlantısal olmayıp ayırt edilebilen risk etmenleri ile belirlenebilen öngörülebilir biçimde oluşurlar. Çalışmamızda acil servisimize elde travma şikayeti ile başvuran hastaların yaralanma nedeni, yaşı, cinsiyeti, yaralanma tiplerini belirleyerek kazaların ortadan kaldırılabilirlik ve önlenilebilirliğini amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 2001-2012 yılları arasında Şişli Etfal Acil Plastik Cerrahi'ye başvuran 14 yaş ve altındaki el yaralanmaları; acil kayıt defterleri ve hastane arşivi taranarak; yaş, cinsiyet, yaralanma nedeni, yaralanma tipleri açısından retrospektif incelendi.

BULGULAR: Acil servisimize 14 yaş altında el travmasına bağlı 1584 başvuru saptanmıştır. Başvuran hastaların %68'ini erkek (n=1078), %32'sini kız (n=506) hastalar oluşturmaktaydı. Başvuran hastaların yaşı ortalama 7,64'tür. Mevcut yaralanma etiyolojik açıdan değerlendirildiğinde ilk sırada %41 (n=649) oranla cam kesisi, 2. sırada %32 (n=503) kapıya sıkışma, 3. sırada %14 (n=217) oyun alanları, 4. sırada %10 (n=167) ev kazaları ve son olarak %3 (n=48) iş kazaları yer almaktadır. Mevcut yaralanmaların %94'ü (n=1487) volar yüzde yerleşim gösterirken, %4'ü (n=97) dorsal yüzde yerleştiği saptandı. Anatomik lokalizasyon olarak değerlendirildiğinde %42 (n=662) fleksör zon I, %19 (n=308) fleksör zon II,

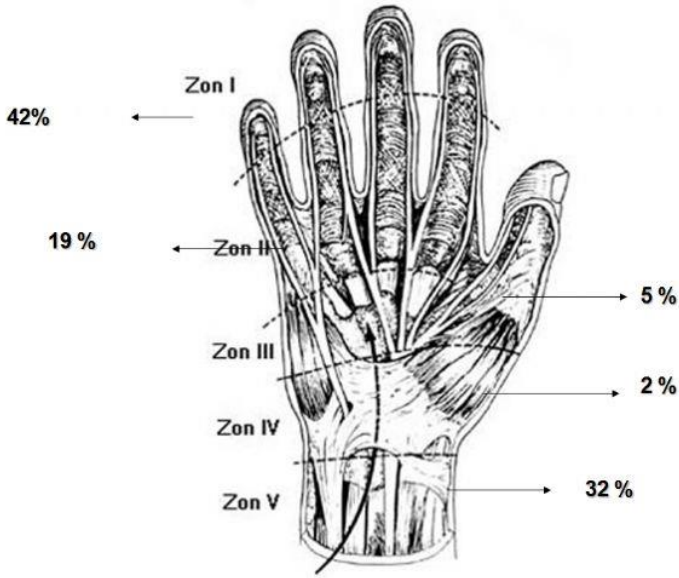
%5 (n=79) fleksör zon III, %2 (n=33) fleksör zon IV ve %32 (n=502) fleksör zon V'te yerleşim göstermekteydi.

TARTIŞMA: Küçük çocuklar (oyun, okul öncesi çağda) meraklı, araştırmacı, tehlikelerden habersizdir. Yaralanmaların en sık parmak ucunda görülmesi evde kapıya sıkışma, oyun alanlarında ise aletlere sıkışmaktan kaynaklanmaktadır. Fraktür ve amputasyonlar genel olarak sıkışma ve düşmeye bağlı iken, tendon, sinir ve vasküler yapılarıdaki kesikler genel olarak keskin cisimle temas sonrası gözlenmektedir. Etiyolojiler arasında iş kazalarının gözlenmesi çocukların halen yasadışı olarak işyerlerinde çalıştırıldığını göstermektedir.

SONUÇ: Ebeveynlerin eğitimsizliği veya gerekli uyarıların eksikliği nedeniyle çocukluk çağı el travmaları sık gözlenmektedir. Çocuk el kesilerinde morbidite olmaması açısından şüphe duyulan durumlarda hasta bir el cerrahisi ile birlikte değerlendirilmelidir. İyi bir incelemeden sonra tanı konur ve tedavi yapılırsa en iyi fonksiyonel ve anatomik sonuçlar alınacaktır.

Anahtar Kelimeler: Acil, Çocuk, El

Resim:1



Yaralanmaların lokalizasyon açısından değerlendirilmesi

Tablo:1

	Hasta Sayısı ve Yüzde	Ortalama Yaş
Cam Kesisi	649 (%41)	8,1
Kapıya Sıkışma	503 (%32)	5,4
Oyun Alanı	217 (%14)	6,1
Ev Kazası	167 (%10)	6,3
İş Kazası	48 (%3)	10,4

Hastaların başvuru etiyolojisi açısından değerlendirilmesi

KARIN AĞRISI İLE ÇOCUK ACİLE BAŞVURAN HASTALARIN DÖKÜMÜ

Sinem Polat¹, Veysel Çeliktepe¹, Osman Gönülat¹, Nafiye Urgancı², Nurver Akıncı³, Hülya Kımıl¹, Merve Kesim Usta²

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Klinikleri, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji Bölümü, İstanbul

AMAÇ: Çocuklarda akut karın ağrısı, üç günden kısa süren, nedenleri semptom ve bulguları yaşa göre değişen, çoğunluğu kendini sınırlayan nedenler olan, ancak kimi zaman hayati tehdit edici sonuçları olabilen acil değerlendirme gerektiren bir durumdur. Çalışmamızın amacı akut karın ağrısı nedeniyle gözlemde izlenen son bir yıldaki hastaların klinik spektrumu, fizik bakı, laboratuvar ve görüntüleme bulgularının ve seyirlerinin irdelenmesidir.

YÖNTEM: Ocak 2012- Aralık 2012 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesi Çocuk Acil birimine getirilip acil gözlemde izleme alınan 451 olgu demografik özellikleri, etiyolojileri, fizik bakı, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları ve hastalığın gidişi yönünden hasta kayıtlarından geriye dönük olarak incelenmiştir.

BULGULAR: Acil servise başvuran 94750 hastanın 3700'ü (%3,9) karın ağrısı nedeniyle getirilmiş olup 451'i (%12) acil gözlemde izlenmiştir. Olguların yaş ortalaması 7.01 yıl olup % 62.3'ü kızdı. Karın ağrısına en sık eşlik eden semptom kusmaydı (%45,4). Olguların % 21.5'inde tekrarlayan karın ağrısı öyküsü vardı. Tekrarlayan karın ağrılı hastaların % 30'unu FMF tanılı hastalar oluşturmaktaydı. Hastaların % 38'inde karın ağrısını lokalize edilemiyordu ve yaygındı. Laboratuvar

bulguları % 75 hastada karın ağrısı etyolojisini saptamaya yardımcı olmamıştı. Hastaların % 31,4 'üne batın USG yapılmış olup ultrasonografi yapılan olguların % 46'sı normal, %26,2'sinde mezenterik lenfadenit bulunmuştu. Hastaların % 11,6'sında cerrahi nedenler saptanmıştı ve bu nedenler arasında en sık neden akut apandisit idi. Cerrahi müdahale gerektiren olguların %71,4' ünde ultrasonografi bulguları vardı. Hastaların % 12,6'sında karın ağrısının nedeni bulunamamıştı. Cerrahi dışı nedenler arasında akut gastroenteritler ilk sırayı alırken üst solunum sistemi enfeksiyonlarını sırasıyla bilinmeyen nedenler ve üriner sistem enfeksiyonları izlemekteydi. Hastalarımızın %12,8'inin yatırılarak izlemine devam edilmişti.

SONUÇ: Çocuklarda karın ağrısı sıklıkla kendini sınırlayan nedenlerden kaynaklansa da daha az sıklıkla görülen cerrahi nedenler önemli morbidite ve mortalite nedeni olabilmesi nedeniyle gözardı edilmemelidir. Yaklaşımda iyi bir öykü ve fizik muayene laboratuvar ve görüntüleme yöntemlerinden daha önde gelmektedir.

Anahtar Kelimeler: Acil, çocuk, karın ağrısı

HAFİF-ORTA BRONŞİOLİT TEDAVİSİNDE FARKLI KONSANTRASYONDA SALİN SOLUSYONLARININ ETKİNLİĞİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Oya Köker¹, Şebnem Özdoğan², Umut Zübarioğlu³, Gülşen Köse⁴

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Klinikleri, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Göğüs Hastalıkları, İstanbul

³Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Kliniği, İstanbul

⁴Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji, İstanbul

AMAÇ: Çalışmamızda hastanemiz süt çocuğu kliniğinde izlenen hafif ve orta ağırlıkta ilk atak bronşiolit tanısıyla yatan hastaların tedavisinde normal salin, %3 ve %5 hipertonic salin ile verilen salbutamol tedavisinin etkinliğini değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Bu çalışma prospektif, randomize ve çift kör olarak 1 Ekim 2012- 1 Mart 2013 tarihleri arasında Süt Çocuğu Kliniğinde izlenen, yaşları 1-24 ay arası olan 42 bebek ile gerçekleştirildi. Verilerin istatistiksel analizi SPSS 16.0 programında yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 42 bebeğin 30'u (%71,4) erkek, 12'si (%28,6) kızdı. Tüm bebekler term olarak doğmuştu ve ortalama doğum ağırlığı 3234 ± 523 gramdı. Hastaların 35 tanesi (%83,3) orta derece atak ile başvurmuştu. Bebeklerin hastanede yatış süresi ortalama $4,6 \pm 1,8$ gündü. Hastalar çift kör olarak 3 tedavi grubuna ayrıldı. Bu tedavi grupları arasında yaş, cinsiyet, aile eğitimi, ailede sigara tüketimi, astım varlığı, evin ısınma biçimi, evde yaşayan insan sayısı, prenatal ve postnatal özellikler, beslenme öyküsü bakımından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p:0.951, p:0.359, p:0.501, p:0.112, p:0.566, p:0.186, p:0.687, p:0.547,

p:0.658).Gruplar arasında tedavi etkinliğinin karşılaştırılması için yapılan değerlendirmede; ilk başvurada saturasyon değerinin %92 altında olması, başvuruda yapılan modifiye solunum değerlendirme cetvelinde aldığı skor açısından anlamlı fark yoktu (sırasıyla p:0.860, p:0.179). Tedavinin 48. saatinde ve taburculukta yapılan skorldama yanında yatış süresi göz önüne alınarak yapılan değerlendirmede gruplar arasında etkinlik bakımından anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla p:0.727, p:0.274, p:0.733).Ek olarak hastalara bakılan RSV testi 11 (%26,2) hastada pozitif saptandı. Tedavi grupları arasında RSV pozitifliği açısından anlamlı fark yoktu (p:0.431).

YORUM:alışmamızda hafif ve orta bronşiolit tedavisinde farklı konsantrasyonda salin tedavisi verilmesinin tedavi etkinliğini değerıştirmediği saptanmıştır. Ancak daha fazla vaka sayısı ile yapılan çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bronşiolit, tedavi, ilk atak, hipertonic salin, sütçocuğu

MENİNGOMYELOSEL DEFEKTİ KAPATIMINDA 14 YILLIK DENEYİMİMİZ

Semra Hacıkerim Karşıdağ¹, Selami Serhat Şirvan¹, Medeni Volkan Kıyak¹, Ali Özgür Karakaş¹, Banu Nursoy Şirvan², Dağhan Dağdelen¹

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Anabilimdalı,

AMAÇ: Meningomyelosel olguları gelişen prenatal görüntüleme yöntemleri ile gebeliğin erken dönemlerinde farkedilmekte ve birçoğu sonlandırılmaktadır. Bu nedenle günümüzde canlı doğumlarda meningomyelosel insidansı düşme eğilimindedir. Canlı doğan olgularda açıkta olan sinir elemanlarının kapatılması için durameter onarımı ve etkili bir rekonstrüksiyon yapılması gerekir. Bu makalenin amacı geniş meningomyelosel defektlerinin onarımında kullandığımız rekonstrüksiyon teknikleriyle ilgili deneyimlerimizi paylaşmaktır.

GEREÇ VE YÖNTEM: 1999 Ocak - 2013 Mart arasında Beyin Cerrahisi Kliniği tarafından duraplasti yapılan ve sonrasında mevcut cilt defekti açısından tarafımıza konsulte edilen hastalar hastane arşivi taranarak cinsiyet, defektin lokalizasyonu, defektin çapı, uygulanan rekonstrüksiyon tekniği ve komplikasyonlar açısından incelendi.

BULGULAR: Meningomyelosel defekti açısından Beyin Cerrahisi tarafından opere edildikten sonra geniş doku defekti nedeniyle 117 yenidoğan kliniğimizce ameliyat edilmiştir. Hastaların 64'ü kız, 53'ü erkek olup kızların erkeklere oranı 1.2/1 olarak saptanmıştır. Ameliyat edilen hastaların %70'inde (n=82) defekt lomber veya lumbosakral bölgede yerleşirken; %20'sinde torasik (n=23), %10'unda (n=12)

sakral bölgede yerleşim göstermekteydi. Ameliyat edilen hastaların defekt çapı enaz 4x5 cm (20 cm²) iken en fazla 15x15 cm (225 cm²) olarak ölçülmüştür. Hastaların 61'i bipediküllü fasyokutan flep, 43'ü bilateral V-Y ilerletme flebi, 13'ü Z plasti tekniği kullanılarak defekt onarımı sağlanmıştır. Hastalarda %1 (n=7) yara yerinde ayrışma, %1 (n=6) parsiyel flep nekrozu ve %1 (n=2) yara yeri enfeksiyon komplikasyonları gözlenmiştir.

TARTIŞMA: Meningomyelosel en sık gözlenen sinir sistemi malformasyonu olup erken prenatal tanı ve antenatal dönemde alınan folik asit takviyesi ile sıklığı günümüzde azalmaktadır. Meningomyeloselde doku defektinin yerleşim yeri ve defektin çapına göre birçok onarım yöntemi mevcuttur. Onarım sonrasında amaç ciltte minimal gerginlik oluşmasıdır. Olgularımızla nisbeten küçük sayılabilecek defektlerde Z plasty ve V-Y ilerletme flepleri gibi lokal flepler kullanılırken; daha büyük defektlerde 2 seanslı olan bipediküllü fasyokutan flepler kullanılmıştır.

SONUÇ: Nöral tüp defekti cerrahisinde doku defekti onarımı en zor aşamalardan biridir. Yenidoğanda sınırlı donör alan bulunması nedeniyle ameliyat öncesinde hasta defekt ve rekonstruksiyon açısından iyi bir şekilde değerlendirilmeli, sonrasında ameliyat yapılmalıdır.

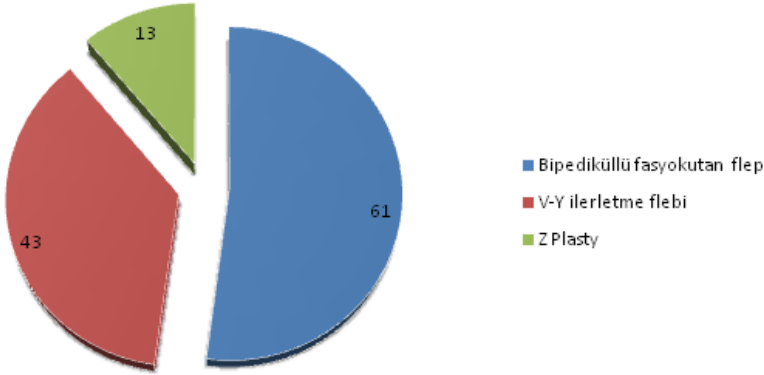
Anahtar Kelimeler: Nöral tüp defekti, Meningomyelosel

Tablo 1

	Hasta Sayısı ve yüzde
Lomber / Lumbosakral	82 (%70)
Torakal	23 (%20)
Sakral	12 (%10)

Meningomyelosel defekti yerleşim lokalizasyonu

Tablo 2



Meningomyelosel defektinin kapatış tekniğine göre değerlendirilmesi

ŞANT ENFEKSİYONU OLGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Durdugül Ayyıldız, Bekir Yükcü, Dilek Kabakcı, Hüseyin Üskül, Sermin Aksoy, Nazan Dalgıç Karabulut, İhsan Kafadar
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada artmış intrakranial basıncın azaltılmasına yönelik kullanılan şant uygulamasının en sık komplikasyonlarından biri olan ve ciddi morbidite ve mortaliteye sebebiyet veren şant enfeksiyonlarının retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Temmuz 2008 - Aralık 2011 tarihleri arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği'nde ventrikülo-peritoneal şant enfeksiyonu nedeniyle tedavi görmüş 42 hasta; yaş, cinsiyet, hidrosefali etyolojileri, başvuru şikayetleri, muayene bulguları, tanı anındaki laboratuvar değerleri ve BOS bulguları, tedavileri ve tedavi sonuçları açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Hastaların %36'sı erkek, %6' sı kız idi. %55 'i 6 aydan küçüktü. Hidrosefali etyolojileri açısından değerlendirildiğinde etken olarak; %40 sipina bifida, %26 prematüriteye bağlı intrakranial kanama, %16,6 konjenital hidrosefali, %7 bakteriyel menenjit, %2 ensefalosel ve %7 intrakranial kanama saptandı. Başvuru şikayetleri arasında en sık % 69 ile ateş, bunun yanı sıra %38 bulantı kusma, %16 bilinç değişikliği, %14 ise konvülsiyon vardı. Hastaların %69'unda şant enfeksiyonu ilk 6 ay içerisinde gelişmişti. Hastaların %59'unda ise etken olarak en sık deri florasında bulunan Gram pozitif bakteriler tespit edildi. Hastalara verilen tedavi rejimleri karşılaştırıldığında; % 26 hastada şant çıkartılmadan intravenöz (iv) antibiyoterapi uygulanırken, %74 hasta external ventriküler drenaj

(EVD)' a alındı, EVD' ye alınan hastaların ise %33' üne intratekal antibiyoterapi uygulandı. İV antibiyoterapi uygulananlar ile EVD' ye alınan hastalar antibiyotik kullanım süresi ve maliyetleri açısından karşılaştırıldığında iv antibiyotik ile takip edilenlerde bu oran anlamlı derecede düştü. Tekrarlayan şant enfeksiyonlarında kan kültüründe etkeni üretme oranı anlamlı derecede daha fazla idi fakat hastanede yatış süresi, şant takılması ile enfeksiyon arasındaki süre, toplam uygulanan antibiyotik ve intraventriküler tedavi uygulaması gibi parametrelerde anlamlı fark görülmedi.

SONUÇ: Çocukluk çağı şant girişimlerinde, şant enfeksiyonları sık rastlanan ve ciddi morbidite ve mortaliteye sebep olup hastaneye yatış süreleri ve maliyetleri bakımından önemli yer teşkil eden komplikasyonlardır. Bu nedenle multidisipliner bir yaklaşımla erken ve doğru tanı ile uygulanacak etkin tedavi, morbidite ve mortalitenin azaltılmasında oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, hidrocefali, şant enfeksiyonu

BRUSELLOZ OLGULARININ KLİNİK VE LABORATUVAR SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Bekir Yükcü, Durdugül Ayyıldız, Hüseyin Üskül, Duygu Doğan, Dilek Kabakcı, Özlem Haşim, Nazan Dalgıç Karabulut
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Ülkemizde endemik olan bruselloz zengin bir klinik tablo ile karşımıza çıkabilmekte ve birçok hastalıkla klinik benzerliği yönünden ayırıcı tanıya girmektedir. Tedavisiz olgularda mortalite düşüktür ve endokardit ana ölüm nedenidir.

YÖNTEM: Bu çalışmada 2006 Ocak-2011 Eylül yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği'nde yatan ve bruselloz tanısı alan 32 olgu; cinsiyet ve yaşa göre dağılımları, memleketleri, çiğ süt ve süt ürünleri (özellikle çiğ süttten yapılmış peynir) tüketimi, hayvanlarla uğraş, ailede bruselloz öyküsü, şikayet süreleri, başvuru yakınmaları, muayene ve laboratuvar bulguları, tanı ve tedavileri yönünden değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan olguların %65,6'sı erkek, %34,4'ü kız ve yaş ortalaması 10,38±3,74 yıl idi. Hastaların %90'ında bruselloz için enfeksiyon kaynağı tespit edildi. Buna göre hastaların %87,5'inde çiğ süt ve süt ürünü yeme öyküsü, %12,5'inde hayvan temas öyküsü ve %25'inde ailede bruselloz öyküsü mevcuttu. En sık görülen yakınma ateşti (%81,3); bunu sırasıyla eklem ağrısı (%65,6), halsizlik (%37,5), karın ağrısı (%18,8) ve baş ağrısı (%6,3) izliyordu. Patolojik fizik muayene bulgusu olarak en sık artrit (%50), splenomegali (%34,4) ve hepatomegali (%12,5) vardı. Hastaların %59,4'ünde anemi, %25'inde trombositopeni ve %43,8'inde lökopeni, %18,8'inde pansitopeni gözlemlendi. Serum

tüp aglütinasyon titresi 3 hastada negatif, 2 hastada 1/160, 10 hastada 1/320, 8 hastada 1/640, 6 hastada 1/1280, 1 hastada 1/2560 ve 2 hastada 1/5120 olarak saptandı. Hastaların %87,5'inde kan kültürü alınmıştı ve %39,2'sinde etken üretilmişti. Sekiz yaş üzerinde olan 24 hastaya Doksisiklin+Gentamisin ve 8 yaş altında olan 8 hastaya TMP/SMX+Rifampisin kombinasyon tedavisi verildi. Sadece 1 hastada osteoartiküler komplikasyon ve 1 hastada relaps görüldü.

SONUÇ: Çocukluk çağı brusellozu ülkemizde önemli halk sağlığı problemi olma özelliğini devam ettirmektedir. Bruselloz birçok organı tutabilmekte ve değişik klinik belirtilere neden olabilmektedir. Ülkemiz bruselloz açısından endemik bir bölgedir. Klinik bulguların özgül olmaması, komplikasyonların fazla olması, iş gücü kaybına yol açması ve geniş kitleleri etkileyebilmesi nedeniyle özellikle endemik bölgelerde önleyici çalışmalara ve eğitime önem verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bruselloz, çocuk

NEFROTİK SENDROMUN EŞLİK ETTİĞİ BİR İNFEKTİF ENDOKARDİT VAKASI

*Müferet Ergüven, Pervin Ebru Aslan, Ali Balık, Selcan Demir
Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

İnfektif endokardit genellikle kapak yapısı bozulmuş veya anatomik defekt bulunan kalbin endokardial yüzeyinde gelişen enfeksiyondur. Semptom ve bulguları; sistemik enfeksiyona, embolilere, metastatik enfeksiyon odaklarına, konjestif kalp yetmezliğine veya immün kompleks lezyonlara bağlıdır. Yüksek riskli ve komplikasyonlu bir hastalık olması ve tedavi zorunluluğu nedeni ile doğru ve erken tanı önemlidir.

İnfektif endokarditli hastalarda hastalık immün sistemi etkileyen bulgularla birliktelik gösterebilir. Bu sunumda infektif endokarditli bir olguda infektif endokardite sekonder meydana gelen nefrotik sendromlu bir olgu sunulmaktadır. 10 yaş erkek hasta, yaklaşık bir haftadır devam eden ateş, karın ağrısı ve kusma şikayetleri ile başvurduğu acil servisten cerrahi nedenler dışlanarak akut faz reaktanlarının yüksekliği nedeni ile mezenter lenfadenit ön tanısıyla yatırıldı. Öyküsünde ASD-VSD nedeniyle kardiyak operasyon geçirdiği ve sol renal agenezisi olduğu öğrenildi. Takipleri sırasında ateş ve akut faz reaktan yüksekliği dirençli olan hastaya altta yatan kalp patolojisi göz önünde bulundurularak yapılan ilk ekokardiyografi kontrollerinde infektif endokardit düşünülmeydi. Takip eden günlerde ödem, proteinüri, hipotalbuminemi ve hipertansiyon ile kendini gösteren nefrotik sendrom tablosu gelişmesi üzerine hastanın yeniden yapılan ekokardiyografisi infektif endokardit açısından anlamlı ve tanı koydurucu idi. Yapılan böbrek ultrasonografisi renal parankimal hastalık ile uyumlu idi. Infektif

endokardit tanısı ile takibe alınan hastaya antibiyoterapi başlandı ve böbrek tutulumu için sistemik steroid tedavisi verildi. Kısa süre sonra böbrek tutulum bulguları gerileyen hastanın antibiyoterapisi dört haftaya tamamlandı.

Sonuç olarak altta yatan kardiyak patolojisi olan hastalarda ısrarla devam eden ateş varlığında infektif endokardit olasılığı her zaman göz önünde bulundurulmalıdır ve infektif endokardit vakaları ekokardiyografi bulgularının yanı sıra immunolojik mekanizmalarla gelişen nefrotik sendrom gibi tablolarla da kendini gösterebilir.

Anahtar Kelimeler: infektif endokardit, nefrotik sendrom

GRANULOMATÖZ LENFADENİT AYIRICI TANISINDA UNUTULMAMASI GEREKEN TULAREMİLİ BİR OLGU SUNUMU

Hüseyin Üskül, Sermin Aksoy, Duygu Doğan, Filiz Özkaya,

Nazan Dalgıç Karabulut

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Tularemi F. Tularensis tarafından meydana getirilen ve sıklığı giderek artan zoonotik bir hastalıktır. Burada servikal lenfadenopati nedeniyle başka bir merkeze başvuran granülatöz lenfadenit saptanması üzerine tüberküloz (Tbc) tedavisi başlanan tularemili bir olgu sunuldu.

OLGU: 14 yaşında kız hasta, 4 aydır devam eden sağ boyunda şişlik şikayeti ile hastanemize başvurdu. Öyküsünden 3 ay önce aynı şikayetle başka bir merkeze başvurduğu, orada yapılan boyun tomografisi (BT) bulgusu ve non-nekrotizan granülatöz lenfadenit ile uyumlu ince iğne aspirasyon biyopsisi sonucu ile Tbc lenfadenit tanısı aldığı ve 4'lü anti-tbc tedavisi başlandığı öğrenildi. İki aydır düzenli tedaviye rağmen fayda görmeyen hastanın tarafımızca yapılan tetkiklerinde BK:6200/mm³, ESR: 7/saat, CRP:15 mg/l saptandı. Ayrıntılı anamnezinde hastanın yaşadığı köyde 20 kişinin yakın zamanda boyunda şişlik nedeniyle opere edildiği öğrenildi. Hastanemizde çekilen boyun BT' sinde likefaksiyon gösteren kitle lezyonu imajı süpüratif lenfadenit ile uyumlu olarak değerlendirildi. Hastadan gönderilen tularemi mikroaglutinasyon testi pozitif saptandı. Bu bulgularla hastaya orofaringeal tularemi ve sekonder apse tanılarıyla streptomisin (15 mg/kg/gün) ve ampisid (200 mg/kg/gün) başlandı. Tedavinin 10.gününde minimal gerileme izlenmesi üzere KBB tarafından drenaj uygulandı. Ampisid ve streptomisin tedavileri 14.günde kesildi. Takibinde kitle boyutlarında minimal gerileme izlenmesi üzere KBB tarafından drenaj tekrarlandı. Post-op yara yeri enfeksiyonu

gelişen hastaya seftriakson ve klindamisin tedavileri başlandı. Kitle boyutlarında belirgin gerileme izlenen hasta poliklinik kontrolüne gelmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Granülatöz lenfadenit tanısı alan hastalarda Tbc gibi sık görülen nedenlerin yanında iyi bir anamnez ile ulaşılabilecek tularemi de akılda bulundurulması gereken bir hastalıktır.

Anahtar Kelimeler: Granülatöz lenfadenit, tüberküloz

SEREBRAL PALSI NEDENİ OLARAK WORSTER-DROUGHT SENDROMLU İKİ OLGUNUN SUNUMU

Merve Ölmez, Fatih Bolat, Füsün Dilara İçağasıoğlu, Ahmet Sami Güven, Ali Kaya, Mehmet Burhan Oflaz, Utku Aygüneş, Asum Gültekin
Cumhuriyet Üniversitesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Sivas

Worster-Drought Sendromu (WDS) veya konjenital suprabulber parezi, erken beyin gelişimindeki non-progresif değişikliklere bağlı olarak yutma, beslenme, konuşma ve tükürük kontrolünde devamlı bir güçlüğü neden olan bulber kasların kalıcı hareket bozukluğudur. WDS'nda, hafif spastik tetrapleji, öğrenme güçlüğü, davranış problemleri ve epilepsi gibi kortikal tutulumu düşündüren belirtiler ve sıklıkla konjenital kontraktürler görülebilir. WDS'lu hastaların % 15'inde etiyolojik neden olarak konjenital bilateral perisilvian polimikrogiri anormalliği ve bir kısmında da vasküler anormallikler gösterilmiştir. Biz, büyüme-gelişme geriliği, epilepsi, tetraplejik tipte serebral palsy, konuşma güçlüğü, mental retardasyonu ve her iki alt ekstremitelerinde konjenital kontraktörü olan ve beyin manyetik rezonans (MR) görüntülemesinde bilateral perisilvian polimikrogiri ve korpus kallosum disgenезisi olan 11 yaşında bir kız hasta ile maske yüz görünümü, yenidoğan döneminden itibaren yutma güçlüğü, ağızdan salya akması, epilepsi, serebral palsy ve her iki ayakta konjenital kontraktörü olan ve beyin MR görüntülemesi normal olan bir kız hastayı bildiriyoruz.

Anahtar Kelimeler: konjenital suprabulber parezi, mental retardasyon, Worster-Drought sendromu, serebral palsy

SUÇİÇEĞİ ENFEKSİYONU SONRASI GELİŞEN İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURA OLGUSU

***Dilek Kabakcı, Hüseyin Üskül, Filiz Özkaya, Haşim Gencer, Nazan Dalgıç
Karabulut, Zeynep Yıldız Yıldırımak
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği***

GİRİŞ: Varicella zoster virüs (VZV) enfeksiyonu, genellikle kendi kendini sınırlayan bir hastalıktır. Bakteriyal süperenfeksiyon, pnömoni, ensefalit, kanama bozuklukları gibi ciddi komplikasyonları olabilir ve % 1-2 vakada hafif trombositopeni saptanabilir. Çocukluk çağında akut trombositopeninin en sık nedeni immün trombositopenik purpura (ITP)'dır. Çocukluk çağı ITP vakalarının % 50-65'inde geçirilmiş bir viral hastalık hikayesi vardır. Ebstein-Barr virus, sitomegalovirüs, VZV, human immün yetmezlik virüsü, influenza, kızamıkçık, kızamık, parvovirüs B19, hepatit virüsleri, tüberküloz ve kabakulak sıklıkla sekonder ITP' ye yol açan enfeksiyonlardır. Burada varisella enfeksiyonunun nadir ama önemli bir komplikasyonu olarak ITP gelişen bir olgu sunuldu.

OLGU: Dokuz yaşında, erkek hasta koyu renkli idrar yapma şikayetiyle hastanemize başvurdu. İki hafta önce suçıçeğı enfeksiyonu geçirme hikayesi olan hastanın fizik muayenesinde yüzde ve gövdede krutlanmış suçıçeğı lezyonları, gövdede ekimoz, diş etlerinde hemoraji dışında özellik yoktu. Tam kan sayımında hemoglobin 12.7 g/dl, lökosit sayısı 7600/mm³, trombosit sayısı 9000/mm³ saptanan hastanın tam idrar tahlilinde 31 eritrosit vardı. Hastanın protrombin zamanı, parsiyel tromboplastin zamanı, direkt Coombs tetkikleri normal bulundu. Periferik kan yaymasında trombosit kümesi görülmedi, atipik hücre yoktu. Hastada klinik ve laboratuvar bulguları ile suçıçeğı enfeksiyonuna sekonder gelişen ITP tanısı düşünüldü ve intravenöz immünglobulin (IVIG) 1 gr/kg verildi. Kontrol tam

kan sayımında trombosit sayısı 6000/mm³ saptanması üzerine hastaya ikinci doz IVIG tedavisi uygulandı. İki doz IVIG sonrasında bakılan trombosit sayısı 51000/mm³'e yükselen ve izlemde kanaması olmayan hasta taburcu edildi. Bir hafta sonra poliklinik kontrolünde bakılan tam kan sayımında trombosit sayısı 209000/mm³ olarak saptandı.

SONUÇLAR: Suçiçeği enfeksiyonu genellikle benign seyirli olmakla birlikte, enfeksiyonun seyri sırasında ya da sonrasında trombositopeni gibi ciddi komplikasyonlara neden olmaktadır. Suçiçeği enfeksiyonu aşı ile önlenabilir bir hastalık olmasından dolayı, suçiçeği aşısının çocukluk çağı aşılama programının rutin uygulamasında yer alması trombositopeni gibi hayatı tehdit eden komplikasyonların önlenmesinde büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Suçiçeği, komplikasyon, idiopatik trombositopenik purpura

ACİL SERVİSİMİZE BAŞVURAN ÇOCUK TRAVMA HASTALARININ RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

***Selami Serhat Şirvan, Ayşin Karasoy Yeşilada, Fatih Irmak, Elnara Memedova,
Medeni Volkan Kıyak, Semra Hacıkerim Karşıdağ
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik Rekonstruktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul***

AMAÇ: Çocukluk çağında kazalar, önlenebilir sağlık sorunlarının, ölüm, engelli yaşam nedenlerinin başında yer almaktadır. Çalışmamızda acil servisimize başvuran hastaların yaralanma nedeni, yaşı, cinsiyeti, yaralanma tiplerini belirleyerek kazaların ortadan kaldırılabilirlik ve önlenebilirliğini amaçladık.

GEREÇ VE YÖNTEM: 2001-2012 yılları arasında Şişli Etfal Acil Plastik Cerrahi'ye başvuran 14 yaş ve altı hastalar acil kayıt defterleri ve hastane arşivi taranarak; yaş, cinsiyet, yaralanma nedeni, yaralanma tipleri açısından retrospektif incelendi.

BULGULAR: 2001-2012 yılları arasında Şişli Etfal Acil Plastik Cerrahi'ye çocukluk yaşı travmasına bağlı 4856 başvuru saptanmıştır. Hastaların % 39.5'i (n=1918) kız, % 60.5'i (n=2938) erkek olup yaş ortalaması 7,06 olarak saptandı. Başvurularda ön sırayı düşme sonucu oluşan yaralanmalar (n=2012), 2. sırada cam kesileri (n=858), 3. sırada evkazaları (n=738) oluşturmuştur. Düşmeyle başvuran hastalardan yüzde ödem, ekimoz bulunması nedeniyle maksillofasyal tomografi istenen 57 hastanın 8'inde mandibula, 2'sinde nazal, 1'inde alt alveol, 17'sinde üst alveol, 1'inde orbita taban ve 1'inde zygoma fraktürü saptanmıştır. Kalan 23 hastada herhangi bir fraktür saptanmamıştır. Cam kesisi sonucunda başvuran 858 hastanın %90'ında kesi üst ekstremitede

bulunmaktaydı. Yapılan eksplorasyonda tendon kesisi saptanan hastaların % 72'sine acil, % 28'ine elektif operasyon yapılmıştır. Tendon, sinir ve arter kesilerinin birlikte olduğu durumlarda acil onarım %21, elektif operasyon %79 olarak yapılmıştır.

TARTIŞMA: Çocuklar hareketli olmaları, savunma mekanizmalarının yetersizliği, ebeveynlerinin gözlem eksiklikleri nedeniyle daha sık travmaya maruz kalmaktadır. Çalışmamızda erkek oranının %60.5 ile kızlardan fazla olması; daha cesaretli ve agresif olmalarıyla açıklanabilir. Çalışmada en sık travma nedeninin düşme olması okul çağında oyun bahçesindeki aletlere veya ağaçlara tırmanmaya evdeyse küçük çocukların gözetim eksikliği nedeniyle sandalyeden veya kanepelerden düşmesiyle açıklanabilir.

SONUÇ : Çocuklar için güvenli çevre oluşturulması yaralanma kontrolünde en etkin yöntemdir. Çocuklara ve anne-babalara başta olmak üzere okullarda ve diğer mekanlarda kazalardan korunma eğitimleri verilmesi, gerekli yasal düzenlemelerin yapılması, sağlam alt yapılı ve güvenli oyun sahalarının oluşturulması, toplumun yazılı ve görsel basın aracılığıyla bilgilendirilmesiyle çocukluk dönemi travmalarının büyük ölçüde önlenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Plastik Cerrahi, Travma, Çocuk Acil

Resim 1



Düşme kaynaklı kesi lokalizasyonları

Tablo:1

	Hasta Sayısı
Düşme	2012
Cam Kesisi	858
Ev Kazaları	838
Kesici Alet Yaralanması	300
Yanık	283
Trafik Kazası	197
Oyun Alanı	188
İş Kazaları	48
Hayvan Isırıkları	44
Yüksekten Düşme	33
Diğer	55

2001 Ocak-2012 Aralık tarihleri arasında acil servisimize başvuran 14 yaş ve altı hastaların etiyoloji-vaka sayısı açısından sınıflandırılması

SON BEŞ YIL İÇERİSİNDEKİ PEDIATRİK TRAKEOTOMİ VAKALARIMIZIN GERİYE DÖNÜK TARAMASI

*Aşlı Batur Çalış, Senem Kurt Dizdar, İrmak Uçak, Berna Uslu Coşkun
Şişli Etfal Hastanesi, KBB ve Baş-Boyun Cerrahisi Kliniği*

AMAÇ: Kliniğimizce açılan pediatrik trakeotomi vakalarının oranlarını belirlemek, yaş dağılımlarını, endikasyonlarımızı, gerçekleşen komplikasyonları ve post op bakımda yaşanan problemleri ortaya koymaktır.

METHOD: 2008 -2013 yılları arası Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kulak Burun Boğaz - Baş ve Boyun Cerrahisi Kliniği tarafından açılan pediatrik trakeotomi vakaları retrospektif olarak taranmıştır. Yaş dağılımı, cinsiyet dağılımı, trakeotomi endikasyonları, intraop ve postop komplikasyon oranları, ve post op bakım sırasında yaşanan zorluklar değerlendirmeye alınmıştır.

BULGULAR: Son beş yıl içerisinde kliniğimizde 12 erkek 11 kız olmak üzere 26 pediatrik vakaya trakeotomi açılmıştır. Ortalama yaş değeri 2 yıl 10 ay 12 gün olarak hesaplanmıştır. En küçük yaş 21 gün, en büyük yaş 11 yıldır. 25 hastaya uzamış entübasyon endikasyonu ile trakeotomi açılmıştır. 1 hasta entübe edilemediği için acil tarakeotomi açılmıştır. Post op dönemde 20 hasta pediatrik yoğun bakımca takip edilmiş ve tüm hastalar post op kanül tıkanıklığı yada dekanülyasyona bağlı havalanma bozukluğu şüphesiyle KBB kliniğine konsülte edilmiştir. Konsültasyon istenen hastalardan 4 hastada dekanülyasyon, 3 hastada (2 hastada 2 kez olmak üzere) kanül tıkanıklığı olduğu görülmüştür. İntraoperatif bir hastada kardiyak arrest gelişmiş ve resüsitasyona cevap vermiştir. Uzun takiplerde tüm hastalara ulaşılamamış fakat 6 hastanın takiplerinde kronik hastalıkları

zemininde gelişen kardiyopulmoner yetmezlik nedeniyle kaybedildikleri öğrenilmiştir.

SONUÇ: Uzamış entübasyon pediatrik trakeotomi endikasyonları içerisinde en sık karşılaşılan endikasyondur. Kronik hastalıkları olan bu çocuklarda post op erken dönemdeki saturasyon düşüklüğü ve solunum sıkıntısı trakeotomi kanülüne bağlı nedenler dolayısıya olabildiği gibi çocuğun sahip olduğu kronik hastalıklarının sonucu olarak da oluşabilmektedir. KBB ve pediatri kliniğinin ortak alanı olan pediatrik trakeotomi; cerrahi ve post op bakım açısından KBB ve pediatri kliniğinin yakın iletişim içerisinde olmasını gerektirmektedir.

Anahtar Kelimeler: trakeotomi, uzamış entübasyon, dekanülasyon

2012 YILINDA YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE KONJENİTAL KALP HASTALIĞI SAPTADIĞIMIZ OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meryem Erat¹, Derya Büyükkayhan², Nurdan Erol³

¹*Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

³*Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Yenidoğanda acil tanı ve tedavinin gerektiği en önemli doğumsal malformasyon grubu konjenital kalp hastalıklarıdır. Canlı doğumlardaki insidansı binde 3.39-11.9(ortalama %1) olarak rapor edilen konjenital kalp hastalıkları ve kardiyovasküler hemodinami bozukluklarının yenidoğan dönemi ölümlerinin %20'sinden sorumlu olduğu bildirilmektedir.

AMAÇ: Bu çalışmada Ocak 2012 ve Aralık 2012 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde konjenital kalp hastalığı tanısı alan olguların dökümantasyonu amaçlandı.

BULGULAR: Ocak 2012 ve Aralık 2012 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi Göztepe EAH Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde izlemi sırasında ekokardiyografik inceleme yapılmış 126 bebek değerlendirildi. Kardiyak patoloji saptanan 60 bebeğin ortalama doğum ağırlığı 2805 g (510 g-6090 g arası), gebelik yaşları 35.8 hafta (23 hafta – 40 hafta arası) olarak saptandı. Bebeklerin 33'ünün (%55) gebelik yaşı 37 haftanın üzerinde, 17'sinin(%28.3) 32-37 hafta arasında,

10'unun (%16.6) 32 haftanın altında idi. Bebeklerde kardiyolojik çalışma yapılmasının en sık nedeni prematür doğumlardı. Bebeklerin 17'si(%28.4) preterm olması, 11'i(%18.4) üfürüm belirlenmesi, 8'i (%13.4) solunum sıkıntısının bulunması, 7'si (%11.6) siyanozunun olması, 7'si(%11.6) diabetik anne bebeği olması, 6'sı(%10) konjenital anomalisinin olması, 4'ü (%6.6) Down sendromu olması nedeniyle kardiyolojik yönden değerlendirildi. Bebeklerin 21'inde(%35) PDA(PFO ile birlikte ya da izole), 11'inde (%18.3) izole yada ASD ile birlikte VSD saptandı. 3 olgu büyük arter transpozüsyonu, 2 olgu pulmoner stenoz, 2 olgu total pulmoner venöz dönüş anomali, 2 olgu komplet AV kanal defekti, 1 olgu hipoplastik sol kalp, 1 olgu aort koarktasyonu, 1 olgu fallot tetralojisi tanısı aldı.

SONUÇ: Bulgularımız diğer çalışmalarda olduğu gibi yenidoğan üfürümlerin izlem ve irdelenmesinin önemini desteklemektedir. Ayrıca yaşayan bebeklerin gebelik yaşlarının giderek küçülmesi, prematüriteye bağlı duktus açıklığının ve portabl ekokardiyografi endikasyonunun artmasına neden olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, konjenital kalp hastalığı

Tablo 1: Kardiyolojik patoloji saptanan bebeklerin gestasyonel yaşa göre dağılımı

Gestasyonel hafta	N	%
37<	33	55
32-37	17	28.3
32>	10	16.6
Toplam	60	100

Tablo2: Saptanan konjenital kalp hastalıkları ve kardiyovasküler hemodinami bozukluklarının olgu sayılarına göre dağılımı

	N	%
Patent Duktus Arteriozus(PDA)	10	16.6
PDA + PFO	11	18.3
Ventriküler Septal Defekt(VSD)	6	10
Atriyal Septal Defekt(ASD)	6	10
VSD + ASD	5	8.3
Septal Hipertrofi	6	10
Aort Koarktasyonu	1	1.6
Fallot Tetralojisi	1	1.6
Pulmoner Stenoz	2	3.3
Hipoplastik Sol Kalp	1	1.6
Büyük Arter Transpozisyonu(BAT)	3	5
Komplet AV Defekt	2	3.3
Total Pulmoner Venöz Dönüş Anomalisi	2	3.3
Kardiyomyopati	3	5
Pulmoner Hipertansiyon	1	1.6
Toplam	60	100

NUTCRACKER SENDROMU: PROTEİNÜRİNİN ÇOK BİLİNMEYEN BİR NEDENİ

Kübra Yüksek, Nurver Akıncı, Gül Özçelik

Şişli Etfal Eğitim Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ: Nutcracker sendromu (NCS), sol renal venin gerek aort ile SMA arasında (anterior NCS), gerek retroaortik veya sirkümfrensiyal renal venin aort ile vertebra arasında (posterior NCS) sıkışması nedeniyle daralması, distalinde basınç artışı ile buna bağlı patolojilerin gelişmesi sonucu oluşan klinik durumdur. En sık bulgusu hematüri olup, ortostatik proteinüri daha nadirdir. Anemi oluşturan şiddetli hematüri, rahatsızlık derecesi yüksek yan ağrıları, nefrotik düzey proteinüri bulgusu olmayan NCS’li hastalar konservatif takip edilir.

OLGU: Hastanemiz çocuk nefroloji polikliniği’nde NCS tanısıyla izlenen dokuz olgunun (6 kız, 3 erkek) yaşları 6-16 yıl arasında değişmektedir. Tüm olgularımız proteinüri nedeni ile tetkik edilirken tanı almışlardır, hiçbirinde hematüri yoktur. Üç olgu tesadüfi saptanan asemptomatik proteinüri, altı olgu karın ağrısı ve proteinüri ile başvurmuştur. Proteinüri iki olguda nefrotik düzeydedir. NCS tanısı renal doppler ultrasonografide (USG) saptanmış olup BT-angiografi ile desteklenmiştir. Sol renal ven hilus seviyesinde, distal stenotik segmente göre dört ile yirmi kat arasında değişmekte olan hız farkı saptanmıştır. Bir olguda dirençli nefrotik proteinüri olması nedeniyle renal biyopsi yapılmış ve patoloji saptanmamıştır. Diğer nefrotik proteinürili olguda ağrı olması nedeniyle cerrahi tedavi ile sol renal ven transpozisyonu yapılmıştır. Diğer olguların girişimsel tedavi gereksinimi oluşturacak yakınma olmaması nedeniyle medikal takipleri devam etmektedir.

SONUÇ: NCS'nun nadir olarak tanımlanmasındaki en önemli etken az tanınması ve bu nedenle radyolojik incelemelerde akla getirilmemesi olabilir. Hematüri, proteinüri, sol yan ağrısı ile gelen olgularda en sık tanılar dışlandıktan sonra bu sendromunda akla getirilmesinin, ayırıcı tanı için gereksiz tetkik ve tedavi yapılmasını önleyeceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: proteinüri, nutcracker sendromu

ÇOCUKLUK ÇAĞI LENFADENOPATİLERİNDE NADİR GÖRÜLEN BİR NEDEN: SARKOİDOZ OLGU SUNUMU

*Müferet Ergüven, Olcay Yasa, Gizem Ersoy, Selcan Demir, Elif Yıldız
SB Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı
ve Hastalıkları Kliniği*

GİRİŞ:Çocuklarda lenfadenopatinin nadir bir nedeni olan sarkoidoz, etiolojisi bilinmeyen, dokularda kazeifiye olmayan granülomların oluşumu ile seyreden bir hastalıktır. Çocuklarda en sık kilo kaybı, halsizlik, öksürük, kemik ve eklem ağrıları, anemi ile kliniğe yansır.Ancak klinik bulgu vermeden sinsi gidişlide olabilir. Akciğer, lenf düğümleri ve gözler en sık tutulan organlardır.

AMAÇ: Sarkoidoz çocukluk çağı lenfadenopatilerinde altta yatan nedenlerden biri olabilmektedir. Yazımızda histopatolojik olarak sarkoidoz tanısı alan ancak konstitusyonel bulguların olmadığı bir olgu, bu nadir nedene dikkat çekmek; lenfadenopatinin hastalığın tek ve izole başvuru bulgusu olarak görülebileceğini vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

OLGU: 15yaşında erkek hasta kliniğimize boyunda şişlik şikayeti ile başvurdu. Anamnezinden şikayetin 2 hafta önce başladığı, ateş, ağrı ve kilo kaybının olmadığı; özgeçmişinde ve soy geçmişinde özellik olmadığı belirlenen hastanın fizik muaynesinde pretrakeal alanda 2 adet mobil ağrısız, sert lenf nodu palpe edildi. Eşlik eden başka lenfadenopatisi ve organomegalisi yoktu. Laboratuvar araştırmalarında; kan tetkikinde hemoglobin 13,3gr/dl, lökosit 6500/mm³, CRP negatif, eritrosit çökme hızı 9mm/sa., BUN:20mg/dl, kreatinin:0,59mg/dl, ALT:10U/L, AST:21U/L, alkalin fosfataz:376 U/L, kalsiyum 9,8mg/dl, fosfor 5,5mg/dl idi. Bakılan anti-HAV IgM, HBsAg, anti-HBsAg, anti-HBc IgM, anti-

CMV IgM, anti-EBV-VCA IgM, anti-EBV-EA, anti-HIV IgG ve anti-toksoplazma IgM antikorları negatifti. Hastanın ultrason görüntülemesi yapıldı. Servikal bölgede bilateral anterior ve posterior servikal üçgenlerde en büyükleri anteriorda sağda 16x6mm ve solda 17x7mm boyutlarında olmak üzere multipl, ekojen yağlı hilusları izlenen, lenf nodları görüldü. Hastaya lenfadenopatiye yönelik ampirik antibiyoterapi başlandı. Ancak tedaviye rağmen düzelme olmadı. Bunun üzerine lenf bezinin eksizyonel biyopsisi yapıldı. Biyopsi sonucu non-kazeifiye granülomlar-sarkoidoz ile uyumlu olarak bulundu. Hastanın sarkoidoz hastalığına yönelik tetkikleri planlandı. İdrarda kalsiyum atılımı 0,2gr/gr.kreatinin (<0,8)bulundu. Anjiyotensin dönüştürücü enzim (ACE) miktarı ise 91U/L idi(>52 U/L). PPD negatif idi. Radyolojik araştırmalarda, akciğer grafisi, toraks BT, batin BT normal ancak karaciğerde milimetrik kalsifikasyonlar izlendi.

TARTIŞMA: Sarkoidoz çocuklarda nadir görülen, etiolojisi bilinmeyen bir çok sistemi tutan hastalıktır. Kesin tanısı biyopsiyle konulabilmektedir. Lenfadenopatilerin ayırıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: sarkoidoz, lenfadenopati

PEDİATRİK HASTALARDA BAŞ – BOYUN DEFEKTLERİNİN REKONSTRÜKSİYONUNDA TEDAVİ ALGORİTMALARIMIZ

*Deniz Özgür Sucu¹, Kamuran Zeynep Sevim¹, Hikmet İhsan Eren¹,
Leyla Türkoğlu Kılınç², Ali Özgür Karakaş¹*

*¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Plastik, Rekonstrüktif ve
Estetik Cerrahi Kliniği, İstanbul*

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Kliniği,

Pediyatrik yaş grubunda yanıklar, travma ve bazı tümörler sonrası oluşan defektlerde baş ve boyun rekonstrüksiyon gereklilikleri doğmaktadır. Rekonstrüksiyon seçenekleri bölgelere göre değerlendirilmeli ve en etkin tedavi belirlenmelidir. Çalışmamızda kliniğimizde 2000-2013 yılları arasında tedavi edilmiş olan 177 pediyatrik hasta geriye dönük olarak incelenmiş olup rekonstrükte edilen alanlara göre gruplandırılarak uygulanan tedaviler algoritmik olarak değerlendirilmiştir. Kliniğimizde tedavi edilen hastalar skalp ve üst yüz (1. Grup, n=117), orta yüz (2. Grup, n=26), alt yüz ve boyun (3. Grup, n=34) olarak 3 temel sınıfta değerlendirilmiştir. Kulak ve burun gibi spesifik estetik – fonksiyonel üniteler ve konjenital malformasyonlar sonrası rekonstrüksiyonlar ayrı olarak değerlendirilmelidir.

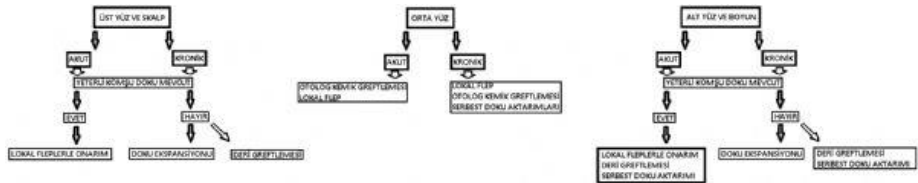
Hastalar incelendiğinde 1. ve 3. gruplarda bulunan hastalarda etyolojiler benzer olarak birinci sıklıkta yanık, ikinci sıklıkta travma olarak saptanmıştır. 2. grupta ise en sık sebep travma ve ikinci sık sebep tümör sekelleri olarak saptanmıştır. Yine hastalar değerlendirildiğinde tedavilerin de birinci ve üçüncü gruplar benzer şekilde yapıldığı, ikinci grupta ise farklılık gösterdiği saptandı (şekil 1). Birinci grup kendi içerisinde saçlı deri ve alın bölgeleri olarak iki alanda incelenebilmektedir. Saçlı deri rekonstrüksiyonunda benzer komşu doku varlığı

halinde doku genişleticiler ilk tercih olmakla beraber alın rekonstrüksiyonunda deri grefti uygulamaları ile estetik ünite rekonstrüksiyonları sağlanabilmektedir. Grup 1 içerisinde değerlendirilen kaş rekonstrüksiyonunda ise saçlı deri flepleri ve saç ekimi gibi farklı seçenekler kullanılmıştır. İkinci grup hastalarını orta yüz defektleri oluştururken defekt onarımlarında ilk seçenek kemik greftleri ve lokal/uzak flepler olmuştur. Yine üçüncü grupta birinci grupta benzer olarak doku genişleticiler ve deri greftleri kullanılırken, serbest doku aktarımları özellikle boyun rekonstrüksiyonunda öneme sahiptir.

Baş boyun rekonstrüksiyonları her yaş grubunda zorluklarla dolu olsa da pediatrik yaş grubunda daha da önemlidir. Pediatrik hastalarda yapılan her cerrahi işlem sonrası büyüme gelişmenin etkileneceği unutulmamalıdır. Özellikle kemik yapıya yapılan her müdahale ileri dönemde deformasyonla sonuçlanabilir. Pediatrik yaş grubunda defekt rekonstrüksiyonlarında bölgelere göre belirli algoritmaların takibi, sonrasında ise ileri dönem deformite oluşturmayacak şekilde tedavi planlanması yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: baş boyun, plastik cerrahi, rekonstrüksiyon

şekil 1



Baş boyunda bölgelere göre tedavi algoritması

LİNEER SKLERODERMA VAKASINDA İZOLE DİL TUTULUMU

*Müferet Ergüven, Emine Olcay Yasa, Fatma Tuba Altun, Neşe Akcan Tombalak
S.B İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği*

GİRİŞ: Çocuklarda Jüvenil sklerodermanın sık görülen formu Lokalize Sklerodermadır.Lineer skleroderma tanısıyla kliniğimizde izlenen bu olgu cilt bulgularıyla beraber izole dil tutulumu olması nedeniyle sunulmuştur.

OLGU: Boynunda başlayan cilt lezyonlarının artması nedeniyle dış merkeze başvuran 12 yaşındaki erkek hasta skleroderma tanısıyla tarafımıza yönlendirildi.Özgeçmişinde özellik yoktu. Hastanın gövdesinde, alt ve üst ekstremitelerinde belirgin jeneralize morfea tarzı döküntüsü mevcuttu(Şekil). Yüzünde en coup de sabre olarak adlandırılan kılıç kını benzeri görünüm vardı. Parmaklarda,parmak uçlarında tutulum yoktu.Oral muayenesinde dikkati çeken,yutma disfonksiyonu olmadan dilini yeterince dışarı çıkaramamasıydı.Sistem muayenelerinde özellik yoktu.Hemogram ve biyokimyası normaldi. Sedimentasyon:16, CRP:<0.1,TIT normaldi.ANA, AntiDsDNA, Anti kardiyolipin IgG, IgM,Antifosfolipid antikor,Anti SSA,SSB,Anti Sm/RNP,Anti Sm,Anti So1,Anti Scl70 negatifti. Sistemik tutulum açısından yapılan Akciğer perfüzyon sintigrafisi normaldi.EKO normaldi.ÖMD de yutma disfonksiyonu saptanmadı. Batın USG de karaciğer ve dalak boyutlarında hafif artış görüldü.KBB dildeki tutulumun sklerodermaya ait olabileceğini söyledi.Bu bulgularla sistemik tutulum saptanmayan hasta lineer skleroderma olarak değerlendirildi.Steroid ve metotreksat başlandı, ayaktan takip edilmek üzere taburcu edildi. Kontrollerinde cilt lezyonlarının azaldığı ve dildeki tutulumun gerilediği görüldü.

TARTIşMA: Juvenil lokalize skleroderma, cilt ve ciltaltı dokuyula sınırlı klinik bulguları içermektedir.Hastamızda da yapılan tetkiklerinde sadece cilt ve ciltaltı doku tutulumu mevcuttu.Çocuklarda en sık görülen morfea tipi lineer sklerodermadır.Klinik olarak bir veya daha fazla lineer çizgi şeklinde dermis, ciltaltı doku, kas yapısına kadar oradan da kemiğe kadar ilerleyebilir ve morfea plaklarıyla birliktelik de gösterebilir.Hastamızın gövdesinde ve ekstremitelerde yer yer plak tarzında ama ekstremitelerde belirgin lineer tutulum, lineer sklerodermada görülen en coup de sabre bulgusu mevcuttu.Hastamız yutma disfonksiyonu olmadan sadece dilini yeterince dışarı çıkaramıyordu.Literatürde sadece dil tutulumuyla seyreden lineer skleroderma vakasına rastlamadık.Yapılan çalışmalarda lineer sklerodermanın nadir de olsa sistemik sklerodermaya ilerleyebileceği görülmüş.Bu nedenle hastamızdaki dil tutulumunun sistemik sklerodermaya ilerleyişin erken bulgusu olabileceği düşünüldü.

SONUÇ: Lineer skleroderma çoğunlukla cilt ve ciltaltı tutulumuyla seyretmesine rağmen orofarenks tutulum olmadan izole dil tutulumu gibi farklı klinik bulgular da hastalığa eşlik edebilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lineer Skleroderma,Dil Tutulumu

Skleroderma Gövde Tutulumu



HENOC-H-SCHÖNLEİN PURPURALI OLGULARIMIZIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeynep Kırmızıciçek, Tuba Kasapbaşı, Gül Özçelik, Nafiye Urgancı, Nurver Akıncı, Zeynep Yıldız Yıldırım
Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Henoch-Schönlein Purpurası (HSP), çocukluk çaının en sık görülen vaskülit olup özellikle cilt, gastrointestinal sistem (GİS), eklem ve daha seyrek olarak da böbreklerdeki küçük çaplı damarları tutan sistemik bir hastalıktır. Böbrek tutulumu uzun dönem prognozunu belirlerken, akut dönemde GİS tutulumu morbidite ve mortaliteyi etkilemektedir. Bu çalışmada servisimizde yatan HSP'li hastaların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: Şubat 2011-Şubat 2013 tarihleri arasında 1. Çocuk kliniğimizde yatan HSP tanılı 35 hastanın dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Olgularımızın yaş ortalaması 7,6 yıldır. Hastaların % 57'si erkekti. Ortalama yatış süresi 8,4 gündü. Daha öncesinde HSP tanısı alıp biyopsi amacıyla yatırılan 4 (%11) hastamız mevcuttu.Yeni tanı alan HSP'li hastaların tamamında palpable purpura gözlemlendi.Hastalarımızın %48'inde gaitada gizli kan pozitifliği mevcut olup % 14'ünde akut batin tablosu gözlemlendi. %8 hastamızda invajinasyon saptanmış olup bir hastamızda masif rektal kanamaya bağlı hemorajik şok gelişerek yoğun bakım izlemi gerekti. %40 hastada böbrek tutulumu izlendi. %57 hastamızda artrit-artralji tablosu mevcuttu. Takiplerde %14 hastamızda hipertansiyon, %8,5 hastada FMF saptandı.

SONUÇ: HSP genellikle selim seyirli olsa da hastalığın akut dönemdeki morbidite ve mortaliteden sorumlu olan GİS tutulumudur.Bu açıdan hastaların erken dönem komplikasyonları açısından izlemi önem taşır.Geç dönemde hastalarda HSP nefriti gelişebileceği,diğer vaskülitik tabloların ve FMF'in HSP'ye eşlik edebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, henoch-schönlein, purpura

**MİLİYER TÜBERKÜLOZ OLGUSU VE ANNEDE AKCİĞER
TÜBERKÜLOZU SAPTANMASI: TOPLUMDAKİ İNDEKS VAKALARIN
TESPİTİ TANIDA ŞÜPHECİ DAVRANMAKLA MÜMKÜN OLACAKTIR.**

Leyla Telhan, Dilek Hatipoğlu Yanık, Akçahan Balcıoğlu,

Zeynep Yıldız Yıldırım

Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

AMAÇ: Miliyer tüberküloz ve tüberküloz menenjit aşılama ile görülme sıklığı giderek azalan; mortalite ve morbiditesi yüksek olan durumlardır. Hastalar ateş, ishal, gelişme geriliği gibi nonspesifik bulgularla karşımıza çıkabilir.

OLGU: Ateş ve ishal yakınması ile başvuran iki aylık kız hastanın ateşi 37,5°C (A), ağırlığı 3-10 per, boy ve baş çevresi 3 per, KC: 2-3 cm palpabl idi. Öyküsünden 20 günlükken sepsis tanısıyla başka bir hastanede 16 gün izlendiği; çıktıktan iki gün sonra ateş ve emmede azalma şikayeti ile yeniden hastaneye yattığı, tetkiklerinde patoloji saptanmadığı öğrenildi. Akut gastroenterit tanısı ile yatırılan, İ.V hidrasyon ve seftriakson başlanan, izleminde ateşi devam eden hastaya 5. günde piperasilin-tazobaktam, 10. günde genel durumunun bozulması ve akut faz reaktanlarının yükselmesi üzerine meropenem+vankomisin başlandı ve Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Ateş: 38,5°C (A), TA:100/70mmHg, O2 Sat: %92, kutis marmaratus(+), KTA: 204/dk, SS: 66/dk, bilateral solunum sesleri azalmış, dispne(+), KC 4-5 cm palpe edildi. Hb: 7,9 g/dl, WBC: 16900/mm³, PNL: 14500/mm³, lenfosit: 1700/mm³, CRP: 102 mg/L, PA akciğer grafisinde yaygın bronkopnömonik infiltrasyon; BT'de mediastende LAP paketleri veparenkimde nodüler tarzda düzensiz sınırlı lezyonlar saptandı. Başını geriye atan hastaya lomber ponksiyon yapıldı. BOS proteini: 127 mg/dl, Glukoz: 30mg/dl, Pandy: (+), Gram boyamada bol lökosit görüldü. Açlık mide suyunda ARB(+) ve BOS Tbc

PCR(+) bulundu. Miliyer tüberküloz ve menenjit tanıları ile 4'lü anti Tbc tedavi başlandı. Hastamız solunum ve dolaşım desteğine rağmen kaybedildi. Aile yeniden değerlendirildiğinde anneannede geçirilmiş batın tbc öyküsü mevcuttu; anne soluk ve zayıf görünümliydi; ESR:85mm/h ve PA AC grafisinde kavitasyon saptandı. Göğüs Hastalıkları tarafından akciğer Tbc tanısı ile 4'lü antitüberküloz tedavi başlandı. Olgumuzda postmortem BOS'ta ve AMS'da Mycobacterium Tbc complex üredği öğrenildi.

SONUÇ: Erken çocukluk döneminde tüberküloz tanısı koymak güçtür. Aile içi temas öyküsü mutlaka sorgulanmalıdır. Öyküde saptanmasa bile tanıda şüpheli davranmak olgumuzda olduğu gibi aktif tüberkülozlu erişkin olguların saptanması ve tedavi edilerek toplum sağlığının korunması açısından önemli bir katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: İndeks vaka, miliyer tüberküloz, tüberküloz menenjit

BARDET- BİEDEL SENDROMLU BİR OLGU

Seda Geylani Gülec¹, Duygu Doğan¹, Belgin Eroğlu², Gülşen Köse¹

¹*ŞEEAH, Çocuk Kliniği*

²*ŞEEAH, Tıbbi Genetik Polikliniği*

AMAÇ: Bardet-Biedel sendromu, erken rod-con distrofi, polidaktili, obezite, hipogonadizm, mental retardasyon ve renal anomaliler ile karakterize nadir otozomal resesif bir hastalıktır. Biz de benzer bulguları olan olgumuzu sunmak istedik.

OLGU: Birbuçuk yaşında kız olgu, sık nefes alma şikayetiyle yatırıldı. Düzensiz takipli gebelikten C/S ile zamanında 3900 g doğmuş. Doğum sonrası vajinal atrezi, hidronefroz ve hipotiroidi açısından düzensiz takipli idi. Hastanın tekrarlayan bronşiyolit nedeniyle hastaneye yatışları mevcuttu. Soy geçmişinde ikinci derece akraba evliliği ve teyze çocuklarında zihinsel gerilik vardı. Baş tutma 3. ay, dönme 6. ayda olup henüz konuşmıyor ve yürüyemiyordu. Fizik muayenesinde kilo: 12kg (75-90p), boy: 78cm (10-25p), BÇ: 44cm(<10p) idi. Genel durumu orta-kötü, kaba yüz görünümü, farinks hiperemik, yüksek damağı mevcut, solunum sesleri bilateral eşit, kaba, yaygın sibilan ronküs, ekspiryumda şiddetli uzama, karaciğer ve dalak 2 cm palpabldı. Umbilicus altında mesaneye çocuk cerrahisi tarafından takılmış sondası mevcuttu. Vajina kapalıydı. Her iki ayakta 6 parmak vardı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar tetkiklerinde immunglobulinler, spesifik IgE normal, besin ve inhaler allerjenler negatifti. Baryumlu özefagus-mide grafisinde kaskad deformasyonu vardı. Toraks CT'de: sağ akciğer üst lob posteriorda ve orta lobda buzlu cam dansitesi, sol akciğer inferior lingulada hava bronkogramı içeren konsolidasyon alanı şeklinde sekel bronşiyolit olarak değerlendirildi. Bronkoskopide bronkomalazi saptandı. EKO: normaldi. İdrar-kan amioasitleri ve idrar

mukopolisakkaridleri normaldi. Tiroid fonksiyon testleri hasta ötiroid sendromu olarak değerlendirildi. Takibi önerildi. Sabah kortizol düzeyi normaldi. Batın USG’de karaciğer normal, grade 2 renal parankimal hastalık, her iki böbrek pelvikalisijel sistemde grade 2 hidronefroz ile uyumlu, mesane normal, uterus ve sol over görülemedi. Abdomen MRG’da da uterus ve overler görülememişti. Voiding sistoüretrografi normaldi. Kromozom analizi: 46XX. Göz muayenesi: bilateral yüksek miyopi, optik diskler hipoplazik, periferik retinada pigmenter değişiklikler mevcuttu. FSH, LH normal, prolaktin yüksekti. Beyin ve hipofiz MRG ile vertebra grafisi normaldi.

SONUÇ: Gelecekte bu hastalığa yol açan genlerin hepsi saptandığında daha hızlı tanı konulabilecek ve prenatal tanı yapılabilir.

Anahtar Kelimeler: Bardet Biedel sendromu, çocuk, genetik

PERİORBİTAL SELÜLİTLİ OLGUDA CİDDİ VE NADİR BİR KOMPLİKASYON: BEYİN ABSESİ

Müferet Ergüven¹, Olcay Yasa², Tuba Seven Menevşe², Selcan Demir²

*¹Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul*

*²Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi,
Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Periorbital selülit çocuklarda sık görülen ve acil tedavi gerektiren bir enfeksiyondur. Nadir görülen serebral enfeksiyonlar ve kavernoöz sinüs trombozu açısından uygun intravenöz ampirik antibiyoterapi başlanmalı ve yakın takip edilmelidir.

AMAÇ: Periorbital selülit tanısıyla hastanemize yatırılmış ve başlangıç beyin tomografisinde (BT) serebral tutulumu olmayan ancak takibinde serebral tutulumu oluşan olgu, periorbital selülitin bu nadir görülen komplikasyonuna dikkati çekmek amacıyla sunuldu.

OLGU: 10 yaş erkek hasta sol gözde ve çevresinde şişlik, kızarıklık, kapanma şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenesinde sol göz çevresinde kızarıklık ve ödem ve buna bağlı sol gözde kapanma mevcuttu, diğer sistem muayenesi doğaldı. Öyküsünden şikayetlerinin gözlerde yanma ve akıntı şeklinde 10 gün önce başladığı antibiyotikli göz damlası kullandığı şikayetleri gerilemediği ve arttığı için oral antibiyotik tedavisinin eklendiği öğrenildi. Laboratuvar incelemelerinde WBC:17500/mm³PLT: 340000/mm³ hemoglobin:12.5gr/dl CRP: 11.8(0-0.8) saptandı. Kranial BT görüntülemesinde sol periorbital selülit saptandı. Hasta hospitalize edilerek sefazolin sodyum ve vankomisin tedavisi başlandı. Tedavinin

10. gününde gözlerde sabit bakış ve tonik kasılma şeklinde konvülzyonu gözlenmesi nedeniyle kranial manyetik rezonans (MR) görüntülemesi yapıldı, sol frontal lob ön bölümde ödem ve enfeksiyonla uyumlu görüntü saptandı. Sefazolin sodyum tedavisi kesilerek seftriakson tedavisi eklendi. Vankomisin tedavisi 20 gün ve seftriakson tedavisi 10 gün sürdürülen hastanın çekilen seri MR görüntülerinde beyin ödemi ve enfeksiyonunda belirgin gerileme saptandı.

SONUÇ: Literatürde periorbital selülitin serebral komplikasyonlarının oldukça nadir olduğu görüşü hakimdir. Tedavide ampirik ikili antibiyotik tedavisi başlanmalıdır. Komplikasyonları saptamak için kontrastlı kranial BT çekilmelidir. Serebral komplikasyonların takibinde özellikle pediatrik hasta gurubunda seri kranial MR çekilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: periorbital abse, beyin absesi

2008 -2013 YILLARI ARASINDA HASTANEMİZE YATIRILAN SUÇİÇEĞİ OLGULARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Hüseyin Üskül, Duygu Doğan, Sermin Aksoy, Durdugül Ayyıldız, Bekir Yükcü, Filiz Özkaya, Nazan Dalgıç Karabulut
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

AMAÇ: Suçiçeği genellikle çocukluk çağında görülen, erişkinlerde ve bağışıklık yetmezliği olan bireylerde ağır, ciddi komplikasyonlara sebep olabilen, aşı ile önlenabilir bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu çalışmada suçiçeği ile ilişkili hastanemiz Çocuk Enfeksiyon Kliniği'ne yatırılan çocukların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: 2008 Ocak – 2013 Mart tarihleri arasında kliniğimize yatırılan tüm suçiçeği vakaları, başvuru tarihleri, yaş, cinsiyet, altta yatan hastalık, komplikasyonlar, yatış süresi, uygulanan tedavi ve tedavi maliyetleri açısından değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 123 hastanın 73 (%59)'ü erkek, 50 (%41)'si kız idi ve hastalardan yalnızca 1 tanesine suçiçeği aşısı yapılmıştı. Başvuru tarihlerine göre en çok hasta 2012 yılında (%32), en az hasta ise 2010 yılında (%9.7) yatırılmıştı. Mevsimlere göre kış ve ilkbaharda 40 (%33)'ar hasta, yaz mevsiminde 30 (%24) hasta, sonbaharda 13 (%11) hasta yatırılarak izlenmişti. Yaş gruplarına göre 0-1 ay arası 8 (%6.5) hasta, 0-2 yaş arası 59 (%48) hasta, 2-6 yaş arası 37 (%30) hasta, 6 yaş üstü 27 (%22) hasta tespit edildi. Hastaların 91(%74.8)'inde altta yatan hastalık saptanmazken, 22 (%17.9)'sinde hematolojik –onkolojik malignansiler, 6 (%4.9)'sında nörolojik problemler, 3 (%2.4)'ünde de otoimmün hastalıklar görüldü. Hastaneye yatış nedenleri arasında en sık sebep immun

süpresyonu. İkinci sıklıkta 21 (%17.1) hasta eşlik eden nörolojik semptomları olduğu için yatırıldı ve bu hastaların 9'unda ensefalit saptandı. Toplam 4 hasta yoğun bakımda izlendi. Suçiçeğine bağlı en sık komplikasyon nörolojik (n=21) komplikasyondur. Hastanede ortalama yatış süresi 6 gündür. Hastaların 51'ine asiklovir tedavisi verildiği, bu 51 hastanın 26'sının tedavisine antibiyotik de ilave edildiği, 44 hastaya ise sadece antibiyotik tedavisi verildiği görüldü. Hastaların kişi başı ortalama yatış maliyeti 821.000 TL idi.

SONUÇ: Suçiçeği enfeksiyonu; genellikle komplikasyon olmaksızın kendiliğinden iyileşen bir hastalık olmakla birlikte hastanede yatış gerektirecek ciddi komplikasyonlara neden olabilmektedir. Genişletilmiş bağışıklama programına suçiçeği aşısının dahil edilmesi, suçiçeği komplikasyonlarının ve bununla ilişkili hastaneye yatışların önlenmesinde büyük yarar sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Komplikasyon, suçiçeği

PRİMETAMİN TEDAVİSİ SONRASI PANSİTOPENİ GELİŞEN BİR KONJENİTAL TOKSOPLAZMOZİS OLGUSU

Dilek Kabakcı, Nazan Dalgıç Karabulut, Ayşe Merve Usta²,

Zeynep Yıldız Yıldırım²

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

GİRİŞ: T. gondii ile enfekte bütün yenidoğanlar klinik bulgular olmasa bile tedavi edilmelidir. Konjenital toksoplazmozis tedavisinde primetamin en etkin ajandır. Primetamin bulantı, kusma, baş ağrısı, döküntü gibi yan etkiler yapabilir. Önemli bir yan etkisi de kemik iliğini baskılamasıdır. Bunu engellenmek için folinik asit ile birlikte kullanılır. Burada primetamin tedavisi sonrası pansitopeni gelişen bir konjenital toksoplazmozis olgusu sunuldu.

OLGU: Prenatal takipsiz, 35. gestasyon haftasında doğan erkek bebeğin konjenital hidrosefali vardı. Toksoplazma IgM değeri 119 AU/ml (6-8) ve IgG değeri 400 IU/ml (7.2-8.8) idi. Hastanın annesinden gönderilen toksoplazma IgG avidite testi 0.181 T.V. (Düşük avidite: <0.200 T.V.) olarak saptandı. Hastanın lomber ponksiyon incelemesi ve işitme testi normal olarak değerlendirildi. Kranial bilgisayarlı tomografisinde bilateral bazal gangliyonlar düzeyinde simetrik tarzda kalsifikasyon alanları izlendi. Yapılan göz dibi muayenesinde bilateral geçirilmiş korioretinit odağı ve sol vitre opasitesi saptandı. Postnatal 36. gününde primetamin 1 mg/kg/gün, sulfadiazin 100 mg/kg/gün, folinik asit haftada 3 kez 5 mg olarak başlandı. Tedavi öncesi tam kan sayımında hemoglobin 7.1 gr/dl, lökosit sayısı 4960/mm³, nötrofil sayısı 1770/mm³, trombosit sayısı 227000/mm³ idi. Tedavinin 15. gününde anemisi dışında kan değerlerinde anormallik olmayan hasta kontrole gelmek üzere taburcu edildi. Acil servisimize tedavinin 27. gününde kusma ve kanlı dışkılama şikayeti ile başvuran hastanın bakılan tam kan sayımında

hemoglobin 7.5 gr/dl, lökosit sayısı 2580/mm³, nötrofil sayısı 710/mm³, trombosit sayısı 13000/mm³ bulundu. Servise yatırılan hasta Hematoloji ve Gastroenteroloji bölümleri tarafından da değerlendirildi. Hastada ön planda primetamin tedavisine bağlı pansitopeni olduğu düşünülerek almakta olduğu tedavileri kesildi. Trombosit ve eritrosit süspansiyonu verildi. On gün sonra tam kan sayımında hemoglobin 12.9 gr/dl, lökosit sayısı 11790/mm³, nötrofil sayısı 5590/mm³, trombosit sayısı 175000/mm³ idi. Hasta Çocuk Enfeksiyon Polikliniğinden takip edilmek üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Konjenital toksoplazmozisin tedavisinde ana ilaç olan primetamin tedavisi süresince hastanın kan parametrelerinin yakın izlenmesi oluşabilecek ölümcül yan etkilerin erken fark edilmesi açısından büyük önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital toksoplazmozis, tedavi, yan etki

ROTAVİRÜS GASTROENTERİTİ OLAN HASTALARIMIZIN 3 YILLIK DEĞERLENDİRMESİ

Bilal Yılmaz¹, Koray Yalçın², Sibel Kalçın¹, Yeşim Acar¹, Emine Türkkın¹

¹Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

²Gaziosmanpaşa Taksim Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

Giriş: Akut gastroenteritler 5 yaş altı çocuk ölümlerine yol açan hastalıklar sıralamasında alt solunum yolu enfeksiyonlarından sonra ikinci sırada gelmektedir. Ülkemizde de 0-14 yaş arasındaki çocuk ölümlerinin % 8.4'ünden ishalli hastalıkların sorumlu olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalar, dünya çapında rotavirüs enfeksiyonunun toplam ishale bağlı yatışların % 30-40'ını oluşturduğunu ve diğer ishal etkenlerine göre daha uzun yatış sürelerine neden olduğunu göstermiştir. Bu çalışma Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesine 2009-2011 yılları arasında akut gastroenterit tanısıyla tedavi görmüş 0-5 yaş arasındaki hastalarda rotavirus kaynaklı gastroenteritlerin cinsiyet, yaş, yatış süresi ve mevsimsel dağılımlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

Yöntem: Ocak 2009-Aralık 2011 tarihleri arasında hastanemize başvuran 0-5 yaş arası 518 çocuktan alınan dışkı örnekleri ELISA yöntemi ile rotavirüs yönünden araştırıldı. Rotavirüs antijeni pozitif saptanan hastalar yaş, cinsiyet ve mevsimsel ilişki yönünden incelendi. Ek hastalığı olan hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: 518 çocuğun 289'u erkekti (%55,7).196 hastada rotavirüs antijeni pozitif saptandı (%37,8). Hastaların %84,3'ü 0-3 yaş arasındaydı. Hastaların yatış süreleri incelendiğinde % 51'inin 3 günün üzerinde olduğu tespit edildi. Mevsimsel dağılıma bakıldığında rotavirüs antijeni pozitif saptanan 196 hastadan 91'inin

(%46,4) kış aylarında (aralık-ocak-şubat) 30'unun mart (%15,3) ve 19'unun nisan (%9,6) aylarında başvurmuş olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Viral gastroenteritlerin büyük bir kısmından sorumlu olan rotavirus infeksiyonları özellikle küçük yaştaki hastalarda daha fazla görülmesi ve uzun süre yatırılarak tedavi gerektirmesi nedeniyle önemli bir morbidite nedenidir. Ilıman iklime sahip olan ülkemizde kış ayları dışında da görülebilen bu hastalığın halk sağlığı açısından büyük önem taşıdığı kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: gastroenterit, mevsim, rota virüs

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE HİZMET VEREN SAĞLIK PERSONELİNİN İLAÇ UYGULAMA VE HAZIRLAMA DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ayşe Kunt, Ali Bülbül, Şehrinas Sözeri, Melek Selalmaz, Sinan Uslu, Asiye Nuhoglu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği, İstanbul

AMAÇ: Yenidoğan Kliniğinde bebeklerin tedavi ve takibinde ilaç uygulama ve hazırlama ile yardımcı sağlık personelin bilgi düzeyinin belirlenmesi

YÖNTEM: Çalışma iki eğitim ve araştırma hastanesinde konu ile ilgili anket formu oluşturularak bire bir görüşme sonucunda elde edilen veriler kaydedildi. Yenidoğan Kliniğinde hizmet veren yardımcı sağlık personeli çalışmaya alındı. Ankette bireyin genel çalışma özellikleri ile birlikte ilaç hazırlama, hesaplama ve uygulama ile ilgili açık uçlu sorular soruldu.

BULGULAR: Çalışma anketi kabul eden 44 yardımcı sağlık personeli ile yapıldı. Çalışmaya katılanların eğitim durumu dağılımı; lise %25, ön lisans %4,5, lisans %61,4 ve yüksek lisans %9,1 şeklindeydi. Ankete katılanların meslekteki toplam çalışma süresinin dağılımı; <2 yıl %34,1, 2-5 yıl %22,7, 5-10 yıl %29,5 ve ≥10 yıl %13,6 olarak saptandı. Personelin çalışma metodu ile ilgili sorularda; ankete katılanların %100'ü hasta merkezli olduğu, iş merkezli olarak çalışmadığı tespit edildi. İlaç uygulamalarında %94 oranında hesap makinesi kullanıldığı belirlendi. Tedavi hazırlama esnasında ara verme/tedavi hazırlama aşamasının bölündüğü oluyor mu sorusuna %88,6 oranında evet yanıtı alındı. Yüksek riskli ilaçları hazırlarken veya uygularken çift kişi ile kontrol (double check) edilme sıklığının %81,8 olduğu belirlendi. İlaçların doz hesaplamasında ankete katılanların hepsi

ağırlık ölçülerinin sıralamasını ve 1 gramın miligrama çevrilmesini doğru bilirken, miligramın mikrograma çevrilmesinde %4,9 oranında bilinmediği saptandı. İlaçların doğru saklanma koşulları ile ilgili sorumuzda %72,7 oranında doğru yanıt alındı. İntravenöz ilaç konsantrasyonu tanımının %52 oranında doğru bilindiği, ilacın toz ağırlığının hesaplamada %90 oranında kullanıldığı belirlendi. İlaç geçimsizliğinin olabileceği durumlarla ilgili sorumuzda %75 ve ilaç geçimsizliğini önleme yöntemleri konusunda %77,3 oranında doğru yanıtlar alındı.

SONUÇ: Yenidoğan döneminde planlanan tedavinin doğru şekilde yapılması, verilen sağlık hizmetinin en önemli ayağını oluşturmaktadır. İlaç uygulamalarındaki en küçük hatalar bu dönemde ciddi morbiditelere hatta mortalitelere neden olabilir. Bu nedenle tedavinin planlanmasında yardımcı sağlık personelinin eğitim durumunun en üst düzeyde olması hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, ilaç, hemşirelik

NEONATAL POLİSİTEMİ VE PERSİSTAN PULMONER HİPERTANSİYON BİRLİKTELİĞİNDE KİSMİ KAN DEĞİŞİMİ

***Sinan Uslu¹, Soner Kumtepe², Ali Bülbül¹, Ömer Güran¹, Muhittin Çelik¹,
Ebru Türkoğlu Ünal¹, Asiye Nuhoglu¹***

¹Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

²Bursa Dörtçelik Çocuk Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Kliniği

AMAÇ: Polisitemili yenidoğanlarda pulmoner vaskular direnç artar, kardiyak output azalır bu nedenle persistan pulmoner hipertansiyon (PPH) bulguları ortaya çıkabilir. Persistan pulmoner hipertansiyon ise yenidoğanlarda artmış pulmoner vaskular rezistans, sağdan sola şant ve ağır hipoksemi ile karakterize bir sendromdur. Çalışmada bu iki klinik antitenin birlikteliğinde kısmi kan değişiminin tedavideki etkinliğinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Polisitemiye bağlı PPH bulguları saptanmış ve tedavide kısmi kan değişimi uygulanmış yenidoğanların dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastalara ait demografik veriler, klinik bulgular ve tanımlayıcı laboratuvar tetkikleri irdelenerek tedavinin etkinliği değerlendirildi.

BULGULAR: Değerlendirmeye alınan 5 hastanın bulguları Tablo 1’de sunulmuştur. Hastaların 4’ü erkek (%80), ortalanca gebelik haftaları ve doğum ağırlıkları sırasıyla 41 (38-42) hafta ve 3000 g (2350-3780) idi. Ortanca hematokrit değeri % 74 (70-76) saptanan hastalara kısmi kan değişimi uygulandı ve 2’sine mekanik ventilasyon, pulmoner vazodilatör ve inotropik destek tedavileri verildi.

YORUM: Literatürde birçok olgu serisinde polisitemi ve hiperviskozite sendromunun pulmoner vasküler direnci arttırarak yenidoğanlarda PPH kliniğine

yol açabildiği bildirilmektedir. Bu olgularda uygulanan kısmi kan değişiminin kendi vakalarımızda olduğu gibi pulmoner vasküler direnci düşürmektedir. Persistan pulmoner hipertansiyon bu yönü ile polisitemili yenidoğanlarda kısmi kan değişiminin mutlak endikasyonu olarak değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Polisitemi, Persistan Pulmoner Hipertansiyon, Kısmi Kan Değişimi

Tablo 1: Hastaların demografik bulguları ve klinik karakteristikleri

	Olgu 1	Olgu 2	Olgu 3	Olgu 4	Olgu 5
Cinsiyet	Kız	Erkek	Erkek	Erkek	Erkek
Gebelik Haftası	39	41	38	42	41
Doğum ağırlığı,g	3100	3000	3780	2750	2350
Doğum şekli	Vaginal	Sezaryen	Vaginal	Sezaryen	Sezaryen
Diğer etyoloji	Yok	Fetal Distres	LGA	Perinatal asfiksi, DAÇ, fetal malnutrisyon	Perinatal asfiksi Plasenta previa SGA
OI	22	24	28	40	42
PAP, mmHg	28	34	38	44	47
İlk Hct, (%)	70	72	74	74	76
Kan değişimi sonrası Hct, (%)	53	56	55	55	57
Mekanik Ventilasyon & vazodilatör	Yok	Yok	Yok	Evet - I.V. MgSO4	Evet - oral sildenafil
Tedaviye cevap, saat	24	24	48	24	24

YENİDOĞAN OSTEOMYELITİNDE KLİNİK BULGULAR

Adil Umut Zübarioğlu, Mesut Dursun, Ömer Güran, Muhittin Çelik, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği,

AMAÇ: Akut hematogen osteomyelit ve septik artrit, kemik ve eklemde yenidoğan döneminde nadir görülen (1000 yenidoğan yatışında 1 olguda) ciddi piyogenik infeksiyonlardır. Bu çalışmada omuz eklemi-humerus kemiğinde osteomyelit saptanan olgumuz klinik bulguları ve izlemi açısından değerlendirildi.

OLGU: Zamanında, normal yolla ve 3200 gr ağırlığında doğan erkek bebeğin, postnatal 2. gününde ateş ve huzursuzluk şikayeti ile başvurduğu hastanede dehidratasyon teşhisi ile takip ve tedavi edildiği öğrenildi. Taburculuktan 4 gün sonra evde kolunda hareketsizlik fark edilen hasta polikliniğimize getirildi. Fizik muayenesinde genel durum orta, huzursuz görünümde idi, sağ kolda moro refleksi alınamıyordu ve sağ omuzda şişlik, ısı artışı ve eritem mevcuttu. Laboratuvar değerlendirmesinde akut faz reaktanları yüksek bulundu. Hastanın düz grafileri çekildi ve yumuşak dokuda hacim artışı izlendi. Ortopedi tarafından omuz eklemine iğne ile ponksiyon yapıldı, bol pürülan materyal geldiği ve gram boyamada bol lökosit olduğu görüldü. Septik artrit ön tanısı ile uygun dozlarda vankomisin ve meropenem tedavisi başlandı. Hastanın idrar, kan ve bos kültürleri alındı üreme olmadı. Ortopedi tarafından hastaya anestezi altında acık drenaj ile dekompresyon uygulandı. Hastanın sinovyal sıvı kültüründe metisilin duyarlı stafilokokus aureus saptandı. Çekilen ekstremit MR'ında saptanan patolojik görünüm osteomyelit ile uyumlu bulundu. Hastanın tedavisi 6 haftaya tamamlanarak tam iyileşme ile taburcu edildi. 9 aylık kontrol muayenelerinde iskelet sistemi, nörolojik bulguları, büyüme ve gelişmesi normal saptandı.

Ortopedi, fizik tedavi ve çocuk gelişim polikliniğindeki izlemlerinde herhangi bir patolojiye rastlanılmadı.

TARTIŞMA: Yenidoğan döneminde osteomyelit ve artritin erken tanısı semptomların belirsiz ve nonspesifik olması nedeniyle güçtür. Hastamızda sağ kolda hareketsizlik ve omuzda minimal şişlik dışında bulgu yoktu. Yenidoğan döneminde yumuşak dokuda saptanan ödem ve hareket kısıtlılığı, özellikle hastanede yatış anamnezi olan olgularda osteoartrit açısından ele alınarak değerlendirmeli, tedavi unsurları etkin bir şekilde ivedilikle uygulanmalıdır. Klinik izlemleri multidisipliner bakış açısı ile (yenidoğan, ortopedi, fizik tedavi, pediatrik nöroloji, çocuk gelişim) birlikte değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan,osteomyelit

YENİDOĞANDA KARBONMONOKSİT İNTOKSİKASYONU OLGULARIMIZ

Adil Umut Zübarioğlu, Ömer Güran, Mesut Dursun, Muhittin Çelik, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği,

Karbonmonoksit (CO) zehirlenmesi, özellikle gelişmekte olan ülkelerin problemi olup, çocukluk çağındaki tüm zehirlenmelerin % 3.9-9.4'üne neden olan, literatürde çok sayıda çalışma olmasına rağmen yenidoğanla ilgili bilgilerin yetersiz olduğu bir durumdur. Bu çalışmada yenidoğan yoğun bakım ünitemizde izlediğimiz CO intoksikasyonu saptanan iki yenidoğan ele alındı.

Olgu 1: Zamanında, vaginal yolla doğan erkek hasta yaşamının 12. günü ailesi tarafından son 6 saattir emmede azalma, uyuklama bulguları ile getirildi. Anamnezinde soba zehirlenmesi şüphesi olan ve hipoaktif ve letarjik görünen hastanın vital bulguları normaldi, oksijen saturasyonu (SpO2) düzeyleri % 95-98 arasıydı ve tetkiklerinde karboksi hemoglobin (CoHb) düzeyi %13,3 saptandı. Hastaya maskeyle %100 konsantrasyonda 5 l/dk oksijen tedavisi başlandı. 6. saat kontrolünde CoHb düzeyi %3,2' ye geriledi. Oksijen tedavisi kademeli olarak azaltıldı. Kontrol CoHb düzeyi %0,9'a gerilemesi üzerine tedavisi kesildi. Postnatal 16. gününde genel durumu ve emmesi iyi olan, yapılan tetkiklerinde patoloji saptanmayan hasta poliklinik kontrolüne gelmek üzere önerilerle taburcu edildi. 9 aylık yenidoğan, pediatrik nöroloji, çocuk gelişim polikliniği muayenelerinde ve tetkiklerinde patolojik bulguya rastlanılmadı.

Olgu 2: Normal vaginal yol ile zamanında doğan 3 günlük erkek hasta, kömür sobası kullanılan odada annesinin evde baygın bulunması nedeniyle hastanemize getirildi. Aktivitesi iyi olan ve solunum sıkıntısı dışında vital bulguları normal bulunan hastanın, SpO2 oda havasında % 95 ve CoHb düzeyi %8 saptandı. Maske ile %100 konsantrasyonda 5 l/dk oksijen verildi. 6. saatinde CoHb düzeyi %1,5' a geriledi. Oksijen desteği azaltılarak kesildi. Yapılan tetkikleri normal olan hasta emmesinin ve genel durumunun iyi olması üzerine yatışının 3. gününde kontrole gelmek üzere taburcu edildi. 1 yıllık izlemlerinde patolojik bulguya rastlanılmadı.

TARTIŞMA: Yenidoğan bebeklerde santral sinir sisteminin immatürasyonu, HbF'nin karbonmonoksite afinitesinin yüksek olması, metabolizmanın hızlı olması, CO-Hb yarılanma ömrünün uzun olması, oksijen tüketiminin fazla olması nedeniyle CO zehirlenmesinden etkilenme riskinin ve mortalitesinin daha yüksek olabileceği düşünülmektedir. Özellikle kış aylarında emmede azalma, uykuya eğilim şikayetleri ile başvuran yenidoğanlarda CO maruziyeti akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, karbonmonoksit, intoksikasyon

NEONATAL KOROZİF ÖZOFAJİT: 3 OLGU SUNUMU

Adil Umut Zübarioğlu, Muhittin Çelik, Mesut Dursun, Ömer Güran, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

AMAÇ: Yenidoğan döneminde saptanan özefajitlerin büyük çoğunluğu eroziv olup korozif vakalar olgu bildirimi olarak nadiren literatürde yer almaktadır. Yenidoğanda korozif özofajit, genellikle korozyon yapabilecek ilaçların yanlılıkla ve ihmal neticesi verilmesi nedeniyle görülmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde takip ettiğimiz 3 olguyu sunmayı, mevcut tanı ve tedavi olanaklarını tartışmayı amaçladık.

Olgu 1: : 23 günlük kız bebeğe, babası tarafından D vitamini damlası yerine verrutol isimli siğil ilacından 5 damla verildiği öğrenildi. Oral mukozasında hiperemi dışında patolojik bulguya rastlanılmadı. Oral alımı kesilip endoskopisi yapıldı. Ora-bukkal mukozada yanık alanları ve mide mukozasında hiperemik alanları saptanan hastanın özefagusunda patolojik bulgu izlenmedi. 1 hafta sonraki kontrol endoskopisi normal saptanan hasta taburcu edildi.

Olgu 2: 22 günlük kız bebek, yanlılıkla D vitamini damlası yerine, alkol borik asit (%3 borik asit, %97 etil alkol) içerikli yüzeyel mantar tedavisinde kullanılan ilaçtan 5 damla verilmesi nedeniyle yenidoğan polikliniğine getirildi. Fizik muayene ve laboratuvar tetkikleri (serum etil alkol düzeyi 0 mg/dL) normal saptandı. Oral alımı kesilip, endoskopisi yapılan hastada evre 1 özofajit tespit edildi. İntravenöz ranitidin başlanıp kademeli olarak anne sütüyle beslenmeye başlandı. 1 hafta sonra yapılan kontrol endoskopisinin normal saptanması üzerine taburcu edildi.

Olgu 3: 21 günlük erkek bebek, yanlışlıkla annesi tarafından 1 çay kaşığı povidon iyot çözeltisinden içirilme nedeniyle getirildi. Fizik bakısında ve laboratuvar bulgularında patoloji tespit edilmeyen hastanın oral alımı kesilip, endoskopisi yapıldı. Özofagus alt uçta evre 1 özofajit saptandı. Anne sütüyle beslenmeye başlanan hastaya i.v. ranitidin uygulandı. 1 hafta sonra kontrol endoskopisi normal saptanan bebek taburcu edildi. 10. gün bakılan tiroid fonksiyon testleri normal saptandı.

TARTIŞMA: Yenidoğan döneminde korozif özofajit literatürde korozif madde içeren ilaçların ihmal neticesi verilmesi veya Munchausen Sendromu olarak tanımlanan vaka bildirimleri ile sınırlıdır. Yenidoğan ve çocukluk çağında kullanılan ilaçların erişkinlerden farklı indekse tabi olması ve farklı ambalajlarda (renk, şekil ve güvenli kapak) üretilmesinin intoksikasyon vakalarının ortaya çıkışını azaltabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, korozif, özofajit

PREMETÜRE RETİNOPATİSİ (ROP) İLE İLGİLİ 5 YILLIK DENEYİMİMİZ

Adil Umut Zübarioğlu, Ömer Güran, Mesut Dursun, Muhittin Çelik, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

AMAÇ: Çalışmamızda hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde ROP gelişim sıklığının belirlenmesi ve ROP gelişimi ile ilişkili etmenlerin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: 1 Ocak 2007- 31 Aralık 2011 tarihleri arasında hastanemizde izlenen ve doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan 246 bebek retrospektif olarak değerlendirildi. ROP gelişiminde etkili olan faktörler incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 246 bebeğin 115'i (%47,7) erkek idi. Ortalama gebelik süresi $28,9 \pm 2,9$ (alt-üst sınır 23 - 36) hafta ve doğum ağırlığı 1119 ± 283 (490 -1500) gram idi. Gebelik haftasına göre bebeklerin dağılımı <28 hafta olan 66 (% 26,8), 28-32 hafta arasında olan 137 (% 55,7) ve ≥ 32 hafta olan 43 (%17,5) bebek şeklindeydi. Bu hastaların 55'inde (%22,4) ROP tanısı konuldu. Retinopati saptanan hastaların 29'u (%52,7) Evre 1, 15'i (%27,3) Evre 2, 11'i (%20) Evre 3 ve üzeri ROP olarak izlendi. ROP tanısı alan bebeklerin 32'si kız (%58,2) idi. ROP gelişimi ile cinsiyet arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı. Ortalama gebelik süresi; ROP tanısı alan bebeklerde $28,0 \pm 2,3$ hafta olup gebelik haftası azaldıkça ROP gelişme riskinin anlamlı olarak arttığı görüldü. ($p= 0,011$). ROP gelişiminde doğum ağırlığının bir etkisi saptanmadı ($p= 0,245$). ROP gelişimi ile PDA, ileri evre NEK (evre 2-3), sepsis, bronkopulmoner displazi varlığı ve sık transfüze olma sıklığı arasında istatistiksel olarak anlamlı birliktelik saptandı

(sırasıyla $p= 0,0001$, $p= 0,004$, $p= 0,003$, $p= 0,0001$, $p= 0,002$). Annede hipertansiyon, diabet, preeklampsi, annenin sigara kullanımı, yaş ortalaması ve doğum şekli gibi faktörlerin ROP ile ilişkisi saptanmadı. Evre ≥ 3 ROP olan 11 bebeğin tümüne lazer uygulandı. Kalıcı görme kaybı gelişen bebek sayısı 3 (%5,4) idi.

TARTIŞMA:Dünyada edinsel görme kaybının 2. en sık nedeni olan ROP gelişiminin multifaktöriyel etmenlerle geliştiği ve sıklığı azaltmak için düşük doğum tartılı bebeklerin bu etkenler göz önüne alınarak irdelenmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, retinopati, prematüre

RESPIRATUAR DİSTRESS SENDROMU (RDS) SIKLIĞI VE GELİŞİMİNDE ROL OYNAYAN FAKTÖRLER

Adil Umut Zübarioğlu, Ömer Güran, Muhittin Çelik, Mesut Dursun, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

AMAÇ: Çalışmamızda Yenidoğan kliniğinde yatan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde RDS tanısı sıklığının belirlenmesi ve RDS gelişimindeki risk etmenlerinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Bu çalışmada 5 yıllık süre zarfında (1 Ocak 2007- 31 Aralık 2011) hastanemiz Yenidoğan kliniğinde izlenen, doğum ağırlığı <1500 gram olan 246 bebekte retrospektif olarak RDS gelişiminde etkili olan risk faktörleri değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 246 bebeğin 131'i (%53,3) kız iken 124'ünün (%71,7) sezaryen ile doğurtulduğu belirlendi. Ortalama gebelik süresi $28,9 \pm 2,9$ (23 - 36) hafta, doğum ağırlığı 1119 ± 283 (490 -1500) gramdı. Gebelik haftasına göre bebeklerin dağılımı <28 hafta olan 66 (%26,8), 28-32 hafta arasında olan 137 (%55,7), ≥ 32 hafta olanlar 43 (%17,5) bebek idi. Hastaların 173'ünde (%70,3) RDS saptandı. Bu bebeklerin 137'sine (%82) surfaktan uygulandı. Hastaların 96'sı (%39) hafif, 36'sı (%14,6) orta ve 41'i (%16,7) ağır RDS tanısı aldı. RDS tanısı alan bebeklerin 91'i kız (% 52,6) idi. RDS tanısı alan bebeklerin ortalama gebelik haftası $27,9 \pm 2,6$ hafta iken, gebelik haftası azaldıkça RDS gelişme riskinin anlamlı olarak arttığı görüldü ($p=0,0001$). RDS tanılı bebeklerin ortalama doğum kilosu 1051 ± 284 gram iken, doğum ağırlığı azaldıkça RDS gelişme riskinin arttığı görüldü ($p=0,0001$). RDS gelişen bebeklerde 1. ve 5. dakika APGAR skorunun

anlamli olarak d      oldu   ve perinatal asfiksi tanısının daha fazla oldu   istatistiksel olarak belirlendi (sirasıyla $p=0,002$, $p=0,001$, $p=0,001$).

TARTI  MA: Klini  imizde son 5 yıl i  erisinde RDS geli  imi   zerine etki eden ana fakt  rlerin gebelik s  resi ve do  um a  ırlı  ı oldu  u saptandı. RDS geli  en bebeklerde, premat  reli  in di  er sorunlarının g  r  lme sıklı  ı   nemli oranda artmaktadır. Premat  re do  umu engellemeye y  nelik   abalar RDS ve RDS ile ili  ekli sorunların geli  im oranlarını   nemli oranda azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: yenido  an, respiratuar distress sendromu

DOĞUM AĞIRLIĞI 1500GR VE ALTI OLAN DÜZELTİLMİŞ YAŞLARI 11-13 AY ARASI BEBEKLERİN GELİŞİMSSEL DEĞERLENDİRMESİ

Ebru Ayyıldız, Asiye Nuhoğlu

*Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği,
Gelişimsel Pediatri Ünitesi*

AMACI: 1 Aralık 2012– 1 mart 2013 tarihlerinde Şişli Etfal EAH Yenidoğan Kliniği, Gelişimsel Pediatri Ünitesinde takip edilen, düzeltilmiş yaşı 11- 13 ay arası olan preterm bebeklerin gelişimsel durumlarını incelemek.

YÖNTEM: Şişli Etfal EAH, Yenidoğan Kliniği, Gelişimsel Pediatri Ünitesinde 1 Aralık 2012 ile 1 Mart 2013 tarihleri arasında düzeltilmiş yaşı 11- 13 ay arasında olan preterm bebekler değerlendirildi. Çalışmayı kabul eden ebeveynlerin çocuklarının değerlendirmeye alındı. Bebeklerin değerlendirilmesinde Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GİDR) kullanıldı.

BULGULAR: Çalışma süresince 50 bebek ailesi ile görüşme yapıldı. Çalışma grubunun 37'sinde (%74) bebekler prematüre oldukları için annelerinde gelişim ile ilgili kaygılı oldukları saptandı. Bebeklerin 8'inin (%16) anlatım dil, 6'sının (%12) alıcı dil alanında gecikmesi, 16'sının (%32) kaba hareket alanında, 9 (%18) bebeğin ise ince hareket alanında, 2 (%4) bebeğin iletişim alanında, 3 (%6) bebeğin oyun alanında ve 2 (%4) bebeğin ise kendine bakım alanında gecikmeleri saptanmıştır. Bu bebeklerin 11'i (%22) fizik tedavi biriminden takibe alınırken, 5 bebekte (%10) ise özel eğitim ve rehabilitasyon hizmeti gereksinimi olduğu tespit edilerek takibe alındı.

SONUÇ: Çalışmamız Gelişimsel Pediatri Ünitesinden takipli az sayıda prematüre bebekte yapılmasına rağmen, prematüre bebeklerimizde önemli oranlarda gelişimsel gecikmeler görüldü. Prematüre bebeklerin gelişimsel değerlendirmelerinin uygun zamanda yapılması bu bebeklerde ileri dönemde ciddi morbiditelerin önlenmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: preterm, 1500gr altı, gelişimsel değerlendirme

GEÇİCİ NEONATAL DİYABETES MELLİTUSLU OLGU SUNUMU

Mesut Dursun, Adil Umut Zübarioğlu, Muhittin Çelik, Ömer Güran, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ – AMAÇ: Yenidoğan döneminde nadir görülen (1/500.000) bir hastalık olan neonatal diyabet vakalarının %50-%60'ını geçici neonatal diyabet oluşturmaktadır. Bu posterde hiperglisemi nedeniyle postnatal ilk gün servisimize yatırılan ve genetik analiz sonrası geçici neonatal diyabetes mellitus tanısı konulan bir olgu sunulmuştur.

OLGU: Birinci derece kuzen evliliği sonrası 20 yaşındaki anne ile 23 yaşındaki babanın ilk çocuğu olan hastamız, 36. gebelik haftasında, 2040 gr (10-25p) olarak doğdu. Postnatal izleminde beslenme intoleransı gözlenen hastanın kan şekeri 374 mg/dl olarak saptandı. Hiperglisemisi nedeniyle yatırılan ve venöz kan şekeri 477 mg/dl olan hastanın tam idrar tetkikinde glukoz (+4), keton eser, kan gazında pH: 7.31, pCO₂: 35.9 mmHg, HCO₃: 17.5 mmol/L olarak saptandı. Tam kan sayımı normal, CRP değeri negatif olan hastanın kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. İnsülin tedavisi başlanmadan alınan insülin düzeyi: 3.88 mIU/ml ve C-peptid: 0,28 ng/ml saptanan hastaya kristalize insülin 0,1 IU/kg/saat'ten başlandı. Anti-GAD, anti-insülin, ve anti-islet cell antikorları negatif olarak saptandı. Pankreas agenezisi ve/veya diğer intraabdominal patolojiler açısından çekilen batın USG ve batın MR normal olarak değerlendirildi. İki haftadan daha uzun süre insülin tedavisi alan ve neonatal diyabet tanısı konan hastadan, geçici – kalıcı tip neonatal diyabet ayırımı için genetik analiz gönderildi. Genetik analiz sonucu 6. kromozomun uzun kolunda (6q24) maternal metilasyon kaybı saptanan hastaya geçici tip neonatal diyabet tanısı kondu. Kristalize insülin ile kan şekeri regülasyonu sağlandıktan sonra NPH

insülin ile izleme alınan ve NPH insülin ile de kan şekerleri normal sınırlarda seyreden hasta, postnatal 42. gün taburcu edildi. Hasta riskli yenidoğan polikliniğimizden kan şekeri regüle olarak izlenmektedir.

YORUM: Yenidoğanda hiperglisemiye yol açan nedenler sık olmakla birlikte, bu nedenlerden diyabetes mellitus oldukça nadir görülen bir hastalıktır. Hiperglisemiye yol açan diğer nedenlerin dışlandığı hastalarda akılda tutulmalı ve bu hastaların uzun dönem takibi ve tedavisi açısından genetik analiz yapılarak geçici – kalıcı tip ayrımı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, diabetes mellitus

OLGU SUNUMU: YENİDOĞANDA ALKOL İNTOKSİKASYONU

Mesut Dursun, Muhittin Çelik, Ömer Güran, Adil Umut Zübarioğlu,
Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

GİRİŞ – AMAÇ: Alkol intoksikasyonu yenidoğan döneminde genellikle alkol içerikli materyallerle istenilmeden temas sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu vaka sunumunda yenidoğan bir bebeğe gaz damlası sanılarak yanlışlıkla 10 ml saf alkol içirilen bir olgu ele alındı.

OLGU: Term, normal spontan doğum ile 3400 gram olarak doğan, doğum sonrası herhangi bir sorunu olmayan ve anne sütüyle beslenen erkek bebek, postnatal 15. gününde annesi tarafından gaz damlası sanılarak yanlışlıkla 10 ml saf alkolün içirilmesi nedeniyle acil polikliniğimize getirildi. Alkol alımından yaklaşık bir saat sonra hastanemize getirilen bebeğin genel durumu iyiydi ve vital bulguları stabil olarak değerlendirildi. Mide lavajı yapılan ve monitörize edilen hastaya intravenöz damaryolu açıldı ve yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takibe alındı. Rutin laboratuvar tetkikleri normal olarak saptanan hastanın serum etil alkol düzeyi 9 mg/dl (0,09 promil) saptandı. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde destek tedavisi verilen bebeğin kontrol etil alkol düzeyi 0 mg/dl geldi. Hastamızın kan alkol düzeyinin toksik sınırdan olmaması ve intoksikasyona yönelik klinik bulgu saptanmaması nedeniyle bebeğe sadece destek tedavisi uygulandı. İzleminde hipoglisemi, hipokalemi, laktik asidoz, hipomagnezemi, hipoalbuminemi, periferik vazodilatasyon, hipotansiyon ve hipotermi bulguları saptanmayan ve muayenesi normal olarak değerlendirilen hasta yatışından 96 saat sonra taburcu edildi. Psikiyatrik muayenesinde patoloji saptanmayan, ilaç veya madde bağımlılığı

tanımlanmayan annenin alkolü dikkatsizlik sonucu bebeğine verdiği düşünöldü. Bebeğin 9 aylık poliklinik izlemlerinde herhangi bir patolojik durum gözlenmedi.

TARTIŞMA: Alkol intoksikasyonunun neden olduğu hipoglisemi ve hipotermimin yenidoğan bir bebekte ciddi morbiditeye yol açması nedeniyle intoksikasyon saptanan olgularda (kanda 20-30 mg/dl üzerindeki etil alkol düzeyleri klinik bulgu verebilir) uygun destek tedavisi önem taşımaktadır. Yenidoğan döneminde özellikle bakım ve tedavide kullanılan ilaç ve materyallerin ayrı bir indekse alınması, intoksikasyonlara neden olabilecek maddelerin belirlenerek kutulanma ve uyarı ibarelerinin dikkat çekici olarak gerçekleşmesi, ailelerin riskli ilaçların kullanımı hususunda bilinçlendirilmesi yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, alkol, intoksikasyon

HİPOGLİSEMİYLE GELEN YENİDOĞANDA KONJENİTAL HİPOPİTÜİTARİZM

***Mesut Dursun, Adil Umut Zübarioğlu, Ömer Güran, Muhittin Çelik,
Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği***

AMAÇ: İki veya daha fazla sayıda ön hipofiz hormonunun yokluğu ya da fonksiyon kaybı ile seyreden konjenital hipopitüitarizm, yenidoğan döneminde sıklıkla ağır hipoglisemi ile kendini gösteren nadir bir durumdur. Bu yazıda hipoglisemi nedeniyle kliniğimize yatırılan ve konjenital hipopitüitarizm tanısı alan bir olgu sunuldu.

OLGU: Üçüncü derece kuzen evliliği sonrası 37 yaşındaki anne ile 40 yaşındaki babanın 2. çocuğu olan hastamız, 41. gebelik haftasında, 4010 g (>90p) olarak doğdu. Anne yanındaki izleminde beslenmesinin yetersiz olarak değerlendirilmesi nedeniyle bakılan kan şekerleri 37 mg/dl saptanan hasta yenidoğan yoğun bakım servisimize yatırıldı. Tam kan sayımı normal, CRP değeri negatif olan hastanın kan ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Klinik izleminde hipoglisemileri devam eden hastadan, ayırıcı tanı için hipoglisemi esnasında alınan insülin: <0.2 mIU/ml, C-peptid: <0.177 ng/ml, büyüme hormonu: <0.05 ng/ml, kortizol: 0.067 mcg/dl, fT4: 0.582 ng/dl, TSH: 4.03 mIU/ml, FSH: <0.1 mIU/ml, LH: <0.1 mIU/ml saptandı. Hastaya 1 mcg ACTH uyarı testi yapıldı ve yanıt yetersiz olarak değerlendirildi. Hastaya 10 mcg/m²'den hidrokortizon ve 10 mcg/kg'dan levotiroksin olarak başlandı. Bu tedaviyle hastanın hipoglisemileri tekrarlamadı. Hipofiz MR'ında "hipofiz gland boyutlarının belirgin derecede azalmış olduğu" saptanan hastanın kranial MR'ı normal olarak değerlendirildi. İzleminde tartı alımı yetersiz olan, poliüri ve hipostenürisi gözlenen hastaya antidiüretik hormon yetersizliği

düşünümlerek 15 mcg desmopressin başlandı. Desmopressin tedavisiyle hastanın poliürisi düzeldi ve tartı alımı sağlandı. Multipl hipofizer hormon yetmezliğı tanısı konan hastadan POU1F1 gen mutasyonu analizi gönderildi. Postnatal 36. gün, kan şekeri regüle olan, tartı alımı sağlanan ve vital bulguları stabil olan bebek taburcu edildi. Gen mutasyon analizi henüz sonuçlanmayan hastamız halen riskli yenidoğan polikliniğinden takip edilmektedir.

YORUM: Yenidoğan döneminde uzayan ve tedaviye cevap vermeyen hipoglisemi varlığında hasta, diğer pitüiter disfonksiyon belirti ve bulguları açısından dikkatle incelenmeli, konjenital hipopitüitarizm gibi nadir görülen durumlar akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: hipoglisemi, hipopitüitarizm, neonatal

İNTRAVENTRİKÜLER KANAMA SAPTANAN ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mesut Dursun, Adil Umut Zübarioğlu, Ömer Güran, Muhittin Çelik, Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoğlu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

AMAÇ: Çalışmamız yenidoğan kliniğinde yatan intraventriküler kanama (IVK) saptanan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde IVK'nın sıklığını ve diğer morbiditeler ile ilişkisini saptamak amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Çalışmamızda, 5 yıllık sürede (1 Ocak 2007 - 31 Aralık 2011) hastanemiz yenidoğan kliniğinde izlenen, doğum ağırlığı <1500 gram olan 246 bebek ele alındı. Postnatal 1, 3 ve 7. günlerde transfontanel ultrasonografileri çekilen ve Volpe'nin IVK derecelendirme metodu kullanılan bebeklerin retrospektif olarak demografik ve klinik bulguları kayıtlardan incelendi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 246 bebeğin 115'inin (%46,7) erkek olduğu, 70'inin (%28,4) ise normal doğum ile doğduğu belirlendi. Ortalama gebelik süresi $28,9 \pm 2,9$ hafta, doğum ağırlığı 1119 ± 283 gramdı. Hastaların 62'sinde (% 25,2) IVK kanama saptandı. IVK'ların 46'sı (%75,2) hafif (Evre 1-2), 16'sı (%24,8) ağır (Evre 3-4) IVK tanısı aldı. IVK tanısı alan bebeklerin 37'si kız (% 52,6) idi. IVK tanısı alan bebeklerin ortalama gebelik haftası $27,5 \pm 2,4$ hafta iken, gebelik haftası azaldıkça IVK gelişme riskinin anlamlı olarak arttığı görüldü ($p = 0,0001$). IVK tanılı bebeklerin ortalama doğum kilosu 987 ± 258 gram iken, doğum ağırlığı azaldıkça IVK gelişme riskinin arttığı görüldü ($p = 0,0001$). Bebeğin SGA olması, 1. ve 5. Dakika APGAR puanı düşüklüğü, perinatal asfiksi varlığı ve antenatal steroid kullanımı ile IVK tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki

saptanmadı. IVK saptanan bebeklerde, RDS, NEK, PDA, BPD, ROP ve sepsis sıklığının daha fazla ve hastane yatış sürelerinin daha uzun olduğu belirlendi

YORUM: Kliniğimizde son 5 yıl içerisinde IVK gelişimi üzerine etki eden ana faktörlerin gebelik süresi ve doğum ağırlığı olduğu saptandı. IVK gelişen bebeklerde prematüreliliğin diğer sorunlarının görülme sıklığı önemli oranda artmaktadır. Prematüre doğumu engellemeye yönelik çabalar IVK ve IVK ile ilişkili sorunların gelişim oranlarını önemli oranda azaltacaktır.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, intraventriküler kanama

NEKROTİZAN ENTEROKOLİT (NEK) SAPTANAN ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEKLERİN 5 YILLIK KISA DÖNEM SONUÇLARI

Mesut Dursun, Ömer Güran, Adil Umut Zübarioğlu, Muhittin Çelik,
Ebru Türkoğlu, Hasan Sinan Uslu, Ali Bülbül, Asiye Nuhoglu
Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

AMAÇ: Çalışmamız yenidoğan kliniğinde yatan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde NEK sıklığının belirlenmesi ve kısa dönem sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Bu çalışmada, 5 yıllık sürede (1 Ocak 2007 - 31 Aralık 2011) hastanemiz Yenidoğan kliniğinde izlenen, doğum ağırlığı <1500 gram olan 246 bebekte retrospektif olarak NEK ile ilişkili risk faktörleri (GH, doğum ağırlığı, asfiksi, enteral beslenme, vd) ve NEK gelişiminin sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 246 bebeğin 131'i (%53,3) kızdı. Ortalama gebelik süresi 28,9±2,9 (23-36) hafta, doğum ağırlığı 1119±283 (490-1500) gramdı. Bebeklerin 39'unda (%15,85) NEK bulgularına rastlanıldı. Bu hastaların 29'u (%74,4) Evre 1, 8'i (%20,5) Evre 2, 2'si (% 5,1) Evre-3 NEK tanısı aldı. NEK tanısı alan bebeklerin 10'ı erkek (% 35,9), ortalama gebelik haftası 27,1±2,34 hafta, ortalama doğum kilosu 926 ± 246 gram olarak saptandı. Enteral beslenmeye başlanma ve NEK gelişme zamanları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmadı. Evre-3 NEK gelişen 2 hastanın preterm formülasi ile beslendiği, NEK gelişen bebeklerin daha uzun süre TPN aldığı, tam enteral beslenmeye geçiş sürelerinin daha uzun olduğu ve bu bebeklere daha fazla PİCC uygulandığı görüldü (p:0,0001). NEK saptanan bebeklerde, RDS, PDA, BPD, ROP ve sepsis sıklığının

daha fazla olduğu belirlendi (sırasıyla; p: 0,006, p: 0,0001, p: 0,0001, p: 0,001 ve p:0,002). Bir ve 5. dakika APGAR puanı düşüklüğü, perinatal asfiksi varlığı, antenatal steroid kullanımı, nasal CPAP ve mekanik ventilasyon uygulaması ile NEK tanısı alma arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptanmadı.

YORUM: Çalışmamızda, çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerin önemli morbidite ve mortalite nedeni olan NEK ile RDS, PDA, BPD, ROP ve sepsis birlikteliği gösterildi. Bu morbiditelerin prematüre bebeklerde global olarak ele alınması gerektiğini, tam enteral beslenmeye geçiş zamanının bu bebeklerde daha uzun olması, daha fazla katater gereksinimi olması gibi nedenlerin ise NEK ve NEK ile ilişkili sorunların gelişim oranlarını arttırdığını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan, nekrotizan enterokolit

2012 YILINDA ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM ARAŞTIRMA HASTANESİ ÇOCUK ACİL BİRİMİNDE İZLENEN AKUT GASTROENTERİT OLGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Hüseyin Üskül, Dilek Kabakcı, Yunus Veli Emir, Haşim Gencer, Hülya Kımıl, Zeynep Yıldız Yıldırım

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Bu çalışmada, Çocuk acil polikliniğimize başvuran ve akut gastroenterit tanısıyla Acil Gözlem Birim’inde izlenen hastaların retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM: 01.01.2012-31.12.2012 tarihleri arasında Çocuk Acil Polikliniğine akut gastroenterit nedeniyle başvuran hastalar değerlendirildi. Bu hastalardan dehidratasyonu olan, oral alımı tolere edemeyen, genel durumu iyi olmayan, uzun süren ateşi devam eden, elektrolit dengesizliği bulunan hastalar takip amacıyla Acil Gözlem Birim’ine alındı ve bu hastaların yaş, cinsiyet, başvuru ayı, ishale eşlik eden şikayetler, gaita mikroskopisi ve viral antijen taramaları, laboratuvar bulguları kaydedildi. Gözlem süresi sonunda genel durumu, klinik ve laboratuvar bulguları yeterince düzelmeyen hastaların servise yatışına karar verildi.

BULGULAR: Çocuk acil polikliniğimize bir yıllık sürede başvuran 94521 hastanın 10750’si (% 11.3) akut gastroenterit tanılı idi. Bu hastaların 1440’ı (% 13.4) gözleme alındı. Ölüm olgusuna rastlanmadı. Yaş dağılımı incelendiğinde, hastaların 431 (% 29.9) iki yaş altında, 645 (% 44.7) 2-5 yaş arasında, 366’sı (% 25.4) 5 yaşından büyüktü. Hastaların 810’u (% 56.3) erkek, 640’ı (% 43.7) kız idi. Gözleme alınan hastaların 158’inde (% 10.9) izole ishal şikayeti mevcutken, 1122’sinde (% 77.9) ishale kusma, 387’sinde (% 26.8) ateş, 321’inde (% 22.9) ise

kusma ve ateşin birlikte eşlik ettiği tespit edildi. Gözleme alınan 219 hastadan (% 15.2) gaita tetkikleri gönderilebildi. 90 hastanın (% 41) gaita tetkikleri normal saptanırken, 87 hastada (% 39.7) rotavirüs antijeni pozitif bulundu. Rotavirüs antijeni pozitif saptanan hastaların ise 41'i (% 47) hastaneye yatırıldı. Hastalardan gönderilen biyokimyasal parametreler incelendiğinde 931 hastanın (% 64.6) tetkikleri normal saptanırken, 387 hastada (% 26.8) elektrolit dengesizliği tespit edildi. Hastaneye yatışlar incelendiğinde, gözleme alınan hastaların 269'u (% 18.6) hastaneye yatırıldı. Bu hastaların 143'ü (% 53) iki yaş altı, 236'sı (% 87) 5 yaş altıydı.

SONUÇ: Akut gastroenteritler ülkemizde özellikle 5 yaş altı çocuklarda halen önemli bir morbidite nedenidir. Hastaların yaşı küçüldükçe gözleme alınma ve hastaneye yatış sayıları artmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Acil Gözlem, çocuk, gastroenterit

NADİR GÖRÜLEN VACTERL SENDROMLU BİR OLGU

İbrahim Silfeler¹, Selda Arslan², Dilek Benk Silfeler³, İbrahim Halil Demir²,
Guliz Aldic¹, Hasan Askar¹

¹Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D

²Hatay Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi

³Mustafa Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum A.B.D

GİRİŞ: VACTERL; Vertebra, renal, kardiovasküler, trakeoözofajial, radius anomalileri ve anorektal atrezinin sporadik olarak beraber bulunabileceği bulgular topluluğuna verilen isimdir. Sendrom olarak nitelendirilmez, çünkü etyolojisi kesin olarak bilinmemektedir. Bugün için VACTERL tanısını koyabilmemiz için en az üç anomalinin varlığı gerekmektedir.

OLGU: 22 Yaşında anne.3, gebeliğinde polihidroamniozu olan annenin 3. çocuğu olarak doğmuş 32 haftalık erkek çocuğu. Anamnezde üç canlı doğumu olan annenin birinci çocuğu sağlıklı, ikinci çocuğu 1 günlükken tespit edilemeyen bir nedenden ex olduğu öğrenildi. Anne ile baba arasında herhangi bir akrabalık bağı bulunmamaktadır. Anne gebeliğinde herhangi bir ilaç kullanmamıştır. Doğumdan sonra 1.dakika apgarı 3; 5.dakika da 7 idi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol başparmağı olmadığı, sol elde deformite olduğu görüldü. Ağızda bol tükürük olması ve 10 numara orogastrik sondanın ilerlemediği saptanmış, özefagus atrezisi olabileceği düşünülmüş. Diğer fm si doğal. Daha küçük orogastrik sonda takılıp direk grafisi çekildi. Çekilen grafi de sondanın kıvrıldığı, ilerlemediği görüldü. Özefagus atrezisi saptanıp çocuk cerrahi tarafından opere edildi. Hastada proksimal özefagus atrezisi ve distal trakea-özefageal fistül saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde: sT4 0,57 ng/dl TSH 29,02 uIU/ml diğer biyokimyasal incelemeleri fizyolojik sınırlar içerisinde idi. Çekilen Sol dirsek, önkol AP ve el PA radyogramlarında

hastanın, sol ulnar kemik deforme, radius, el bilek kemikleri, 1.metakarp ve 1. proksimal ve distal falanks izlenmedi. PA akciğer radyogramında S şeklinde rotoskolyoz saptandı ve T1 ve T2 vertebra düzeylerinde atipik yerleşimli vertebra görünümü izlendi. çekilen servikal AP ve lateral radyogramda, s şeklinde vertebra grülmüştür. Hastaya yapılan US incelemede bilateral böbrekler normal değerlendirildi.

SONUÇ: VATER/VACTERL vertebral kusurlar, anal atrezi, kardiyak malformasyonlar, trakea-özafageal fistül (TEF), renal anomaliler ve ekstremité anomalilerinden en az 3 tanesinin birlikte olması olarak tanımlanır.Bu anomalilerin birine rastlanması halinde diğer anomalilerinde araştırılması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: sendrom, Vacterl, yenidoğan,

İDYOPATİK İNTRAKRANİYAL HİPERTANSİYON: OLGU SUNUMU

**Gölsah Toprak¹, Nilgün Selçuk Duru¹, Hamza Toprak¹, Feyza Önder²,
Mahmut Çivilibal¹, Murat Elevli¹**

¹Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,

²Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi Göz Kliniği, İstanbul

Amaç: İdiyopatik intrakraniyal hipertansiyon beyinde yapısal bir lezyon ve beyin omurilik sıvısında anormal bir bulgu olmaksızın kafa içi basınç artışı belirti ve bulguları saptanan, önceleri psödotümör serebri olarak da isimlendirilen bir tablo olup en önemli riski olguların %10'unda kalıcı görme kaybı gelişebilmesidir. Bu nedenle tanısının doğru ve zamanında konması gereksiz tetkiklerin yapılmasını önleyeceği ve kalıcı görme kaybı oluşmadan gerekli müdahaleyi sağlayacağı için önemlidir. Burada kafa içi basınç artışı bulguları ile gelen ve göz muayenesinde papil ödem saptanan bir hasta idiyopatik intrakranial sendroma tanı ve tedavi açısından yaklaşımı vurgulamak için sunuldu.

Olgu: Baş ağrısı,kusma,görme bozukluğu yakınmaları ile polikliniğimize başvuran.13 yaşındaki kız hastanın genel durumu iyi, şuuru açık; fizik muayenesinde sistem muayeneleri normal bulundu. Gözlerindeki kızarıklık dışında özellikli bir muayene bulgusu yoktu. Arteriyel kan basıncı 120\65 mmHg bulundu. Göz dibi muayenesinde papil ödeminin olduğu saptandı. Kranial görüntülemeleri normaldi. Yapılan lomber ponksiyonda BOS basıncının artmış (580mmH2O) olduğu görüldü ve 100 cc sıvı boşaltıldı. BOS incelemesi normaldi. İdiyopatik intrakranial hipertansiyon düşünülen hastaya MR venografi yapıldı, tıkaçıcı lezyon saptanmadı. Şiddetli baş ağrıları olması nedeniyle başlangıçta mannitol ve furosemid verildi. Görme alanı muayenesinde sağ gözde kör noktada genişleme,sol gözde konsantrik daralma saptandı. Hastanın hematolojik ve biyokimyasal

parametrelerinde B12 vitamini düşüklüğü (106pg\dl) dışında özellik yoktu.B12 vitamin replasmanı başlandı. Lomber ponksiyon kontrolünde BOS basıncı normal sınırlarda bulundu. Sık aralıklarla görme alanı muayenesi yapılan hastada görme alanındaki daralmada düzelme olmaması üzerine asetozolamid dozu artırılarak, optik sinir fenestrasyonu yapılması planlandı. Hasta operasyon için göz kliniğine gönderildi.

Sonuç: İdyopatik intrakraniyal sendrom her ne kadar selim bir olay olarak bilinirse de görme alanı kaybı olan olgularda medikal tedaviye yanıt yetersiz kalırsa zamanında yapılacak cerrahi müdahale kalıcı görme kaybını önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: İdyopatik intrakraniyal hipertansiyon, kafa içi basınç artışı, papil ödem, psödotümör serebri

NEONATAL YOKSUNLUK SENDROMU-3 OLGU

Muhittin Celik, Ömer Güran, Mesut Dursun, Ali Bülbül, Sinan Uslu, Asiye Nuhoglu

T.C. Sağlık Bakanlığı Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları-Neonatoloji Kliniği

GİRİŞ-AMAÇ: Annenin gebeliği esnasında bağımlılık yapan madde kullanımı nedeni ile infantlarda çekilme semptomları ve fiziksel bağımlılıkla karakterize klinik bir durumdur. En sık merkezi sinir sistemi ve gastrointestinal sistemler etkilenmektedir. Ülkemizde artan bu duruma dikkat çekilmesi amaçlandı.

OLGULAR

Olgu 1: Term 3150 g NSD ile doğan Bebek A. tremor, taşipne, tiz sesli durdurulamayan sürekli ağlama, aşırı emme isteği ve iritabilite tespit edildi. Finnegan Skorlaması 10 puan olarak saptandı.

Olgu 2: Term 2610 g sezaryen ile doğan Bebek K. Uyarısız tremor, kusma, durdurulamayan ağlama, terleme ve artmış kas tonusu tespit edildi. Finnegan Skorlaması 13 puan olarak saptandı.

Olgu 3: Gebeliği boyunca eroin kullandığı bilinen anneden 27.gestasyon haftasında 840 g ağırlığında sezaryen ile doğan Bebek E. Postnatal mekanik ventilasyon desteği verilen bebeğin Finnegan Skorlaması yapılamadı. Prematürite nedeni madde bağımlılığı olarak değerlendirildi.

SONUÇ: Ülkemizde de son yıllarda madde bağımlısı anne sayısında artış görülmektedir. Özellikle ailelerden iyi anamnez almanın tanıda çok önemli olduğu, şüpheli durumlarda anamnezin derinleştirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Eroin, Prematürite, Yenidoğan yoksunluk sendromu

YAŞAMLARININ İLK GÜNLERİNDE SAĞLIKLI TERM YENİDOĞANLARDA KAN BASINCININ ÜST SİNİR DEĞERLERİ

Ömer Güran, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Muhittin Çelik, Mesut Dursun,
Asiye Nuhoğlu

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Hipertansiyon; sağ koldan ölçülen kan basıncı değerlerinin kişinin yaşına ve cinsiyetine uygun eğrilere göre -en az 3 kez- 95. persantilin üzerinde olmasıdır. Literatürde erişkin ve çocuklarda standart eğriler mevcut olmakla birlikte, yenidoğanları içeren çalışmalar azdır. Amacımız zamanında doğan sağlıklı bebeklerin yaşamın ilk günlerindeki normal kan basıncı değerlerinin üst sınırlarını ortaya koymak ve hipertansif değerleri tanımlamaktır.

YÖNTEM: Nisan ve Eylül 2012 tarihleri arasında 419 zamanında doğan sağlıklı yenidoğan (≥ 37 hafta) çalışmaya alındı. Bebeklerin kan basıncı ölçümleri ilk 5 gün içerisinde hergün 09:00-12:00 saatleri arasında osilometrik yöntemle ile gerçekleştirildi [DRAGER Siemens SC 6002-XL (Siemens Co., NY, NY)]. Annelerinde gebeliğe bağlı komplikasyonlar (preeklampsi, eklampsi, plasenta patolojileri v.b), ilaç kullanımı yada kronik hastalık öyküsü olanlarla, herhangi bir nedenle (konjenital anormali, sepsis, sarılık v.b) yoğun bakıma yatırılan ve APGAR skorları düşük (<7) olan bebekler çalışmaya dahil edilmedi.

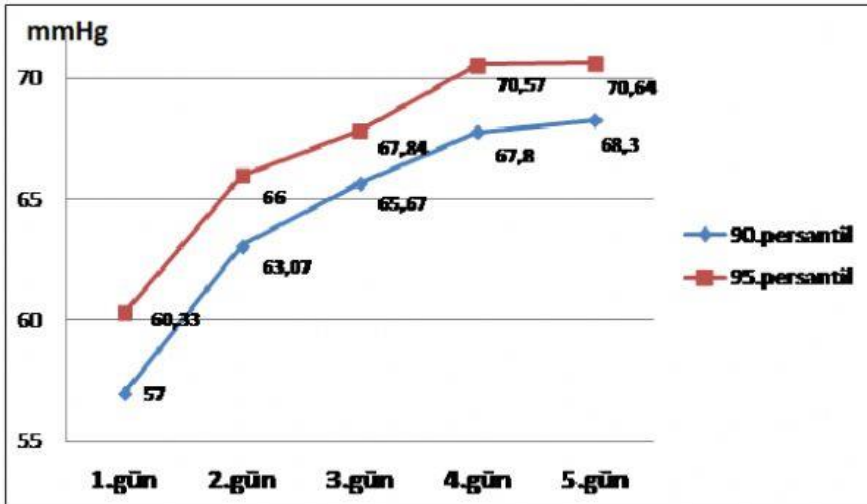
BULGULAR: Çalışma grubundaki bebeklerin ortalama doğum tartısı, doğum boyu ve gebelik haftaları sırayla $3302,22 \pm 397,81$ gr, $48,95 \pm 1,9$ cm, $39,28 \pm 1,19$ hafta idi. Bebeklerin ortalama 1 ve 5. dakika APGAR skorları $7,82 \pm 0,82$ ve $9,37 \pm 0,73$ idi. Bebeklerin 209'unun (%49,9) doğum şekli sezeryen iken, 215'inin (%51,3) cinsiyeti erkek idi. Ortalama sistolik, diyastolik ve ortalama kan basıncı

değerlerinin ilk 5 gün içerisinde anlamlı olarak arttığı görüldü. Sistolik kan basıncı değerleri için 95.persantil değerleri: 1.gün:84,30, 2.gün:90,67, 3.gün: 91,17, 4.gün:93,93, 5.gün:95,30 mmHg; Diyastolik kan basıncı değerleri için 95.persantil değerleri: 1.gün:42,64, 2.gün:47,00, 3.gün:51,17, 4.gün:52,57, 5.gün:53,33 mmHg; Ortalama kan basıncı değerleri için 95.persantil değerleri ise 1.gün:60,33, 2.gün:66,00, 3.gün:67,84, 4.gün:70,57 ve 5.gün:70,64 mmHg olarak saptandı.

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda sağlıklı, term yenidoğan bebeklerde yaşamın ilk günlerini içeren ve yurtdışı yayınlarla kıyaslanabilir nitelikte sistemik kan basıncı değerlerinin üst sınırları ortaya çıkarılmıştır. Yaşamın ilk günleri içinde ortalama kan basıncı değerlerinin üst sınırlarında yaklaşık 10mmHg'ya yakın artış olduğu dikkat çekicidir. Yaşamın ilk günlerinde kardiyovasküler geçiş döneminde hipertansiyon tanısında elde edilen değerlerin dinamik olarak değerlendirilmesi gerektiğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Hipertansiyon, kan basıncı, yenidoğan

Yaşamın ilk 5 günü ortalama sistemik arter basıncı üst sınır değerleri



YAŞAMLARININ İLK GÜNLERİNDE SAĞLIKLİ TERM YENİDOĞANLARDA KAN BASİNCİNİN ALT SİNİR DEĞERLERİ

*Ömer Güran, Sinan Uslu, Ali Bülbül, Umut Zübarioğlu, Ebru Türkoğlu,
Asiye Nuhoğlu*

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi

AMAÇ: Hipotansiyon; kan basıncı ölçümlerinin yaşa ve gebelik haftasına göre belirlenmiş eğrilerde 10. persantilin altında olmasıdır. Erişkin ve çocuklara ait standart persantil eğrileri mevcut olmakla birlikte, yenidoğanlara ait çalışmalar sınırlıdır. Çalışma zamanında doğan sağlıklı bebeklerin yaşamın ilk günlerindeki normal kan basıncı değerlerinin alt sınırlarını ortaya koymak ve hipotansif değerleri tanımlamak amacıyla yapıldı.

YÖNTEM: Nisan ve Eylül 2012 tarihleri arasında zamanında doğan 419 sağlıklı yenidoğan (≥ 37 hafta) çalışmaya alındı. Bebeklerin kan basıncı ölçümleri yaşamlarının ilk 5 günü içerisinde hergün 09:00-12:00 saatleri arasında osilometrik yöntemle ile gerçekleştirildi [DRAGER Siemens SC 6002-XL (Siemens Co., NY, NY)]. Annelerinde gebeliğe bağlı komplikasyonlar, ilaç kullanımı yada kronik hastalık öyküsü olanlarla, herhangi bir nedenle yoğun bakıma yatırılan ve APGAR skorları düşük (<7) olan bebekler çalışmaya dahil edilmedi.

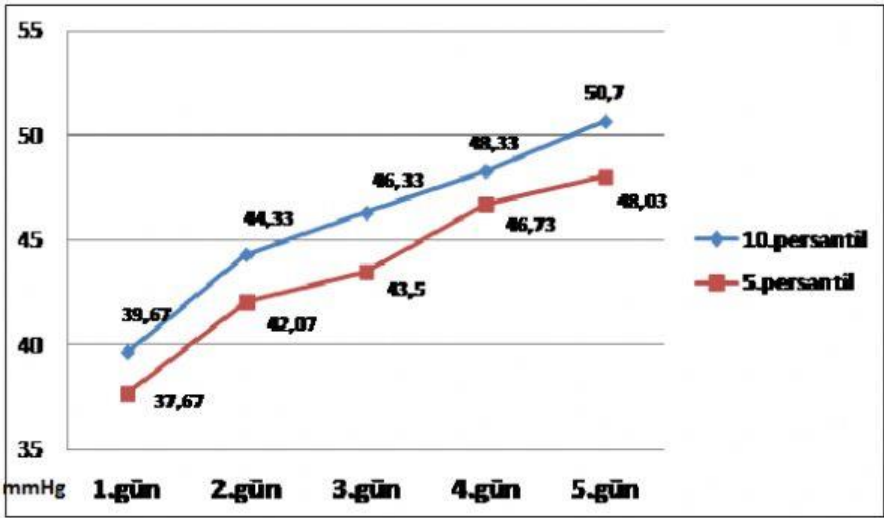
BULGULAR: Çalışma grubundaki bebeklerin ortalama doğum tartısı, doğum boyu ve gebelik haftaları sırayla $3302,22 \pm 397,81$ gr, $48,95 \pm 1,9$ cm, $39,28 \pm 1,19$ hafta idi. Bebeklerin 209'unun (%49,9) doğum şekli sezeryen iken, 215'inin (%51,3) cinsiyeti erkek idi. Sistolik kan basıncı değerleri için 10.persantil değerleri: 1.gün:63,33, 2.gün:67,33, 3.gün: 70,33, 4.gün:73,87, 5.gün:73,80 mmHg; Diyastolik kan basıncı değerleri için 10.persantil değerleri: 1.gün:24,07,

2.gün:28,00, 3.gün:29,67, 4.gün:31,20, 5.gün:33,03 mmHg; Ortalama kan basıncı değerleri için 10.persantil değerleri ise 1.gün:39,67, 2.gün:44,33, 3.gün:46,33, 4.gün:48,33 ve 5.gün:50,70 mmHg olarak saptandı.

SONUÇ: Çalışmamız sonucunda sağlıklı, term yenidoğan bebeklerde yaşamın ilk günlerini içeren ve yurtdışı yayınlarla kıyaslanabilir nitelikte sistemik kan basıncı değerlerinin alt sınırları ortaya çıkarılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Hipotansiyon, kan basıncı, yenidoğan

Yaşamın ilk 5 günü ortalama sistemik arter basıncı alt sınır değerleri



CRİGLER-NAJJAR OLABİLİR Mİ?

Özgül Yiğit, Tülin Gökmen Yıldırım, Meltem Erol, Can Polat,

Ebru Burcu Demirgan, Sinan Yavuz, Hüseyin Kaya

Bağcılar Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Yenidoğan döneminin hem eski hem de hep gündemde olan sorunlarından biri sarılıktır. Özellikle indirek hiperbilirubinemi ciddi ensefalopati riski yanında etyolojisinin saptanması açısından da önemlidir. Sıklıkla kan uyuşmazlığına, polisitemiye, üriner enfeksiyona, hipotiroidiye bağlı olmakla birlikte glikoz 6 fosfodehidrogenaz, piruvat kinaz gibi eritrosit enzim eksiklikleri, hereditör sferositoz gibi eritrosit membran defektleri, karaciğerde konjugasyon sağlayan glukuronil transferaz enzim eksikliği gibi kalıtsal bazı hastalıklar sonucu da ortaya çıkmaktadır. Tekrarlayan indirek hiperbilirubinemiye bağlı fototerapi için yatışları olan 2 olgumuz Crigler-Najjar tanısı almıştır.

OLGU 1: Sağlıklı, 18 yaşındaki, akraba evliliği olan G2P1A1 anneden, miadında, 3200gr doğan bebeğin postnatal 34. gününde total bilirubin: 19,5mg/dl gelmesi üzerine yatırıldı. Kan grubu uyuşmazlığı yok, direk coombs negatifdi. TSH: 4,24mg/dl Serbest T4:1,32 mg/dl, İdrar testi normal, kültürü sterildi. Periferik yayma normaldi. Transfontanel ve batin USG’de hematoma saptanmadı. İdrarda reduktan madde eser miktarda üzerine yapılan Beutler testi negatifdi. Osmotik fragilite testi, G6PD, piruvat kinaz düzeyleri normaldi. Fenobarbital 5mg/kg/gün’den oral başlandı ve bilirubin düzeyinin düştüğü gözlemlendi. Bilirubin düzeyleri 7-8 mg/dl düzeyinde seyretti.

OLGU 2: Sağlıklı, 22 yaşındaki anneden G2P2 olarak 3580 gr., normal spontan vajinal doğumla miadında doğan, postnatal 3. Gününde total bilirubin: 17,8mg/dl ile fototerapi alan hasta taburcu edildi. Postnatal: 12. gününde total bilirubin: 21,44mg/dl'le tekrar yatırıldı. Kan grubu uyumsuzluğu yok, direkt coombs, CRP negatifdi. Hastanın 4 yaşındaki kardeşi Crigger najjar tanısıyla izlendiği öğrenildi. Hipotiridi, üriner enfeksiyon, sürrenal ve kranial hematoma yoktu. TSH ve serbest T4 normaldi. G6PH ve piruvat kinaz, periferik yayma, osmotik fragilité testi normaldi. İdrarda redüktan maddesi negatifdi. Hastaya fenobarbital 5 mg/kg/gün başlandı. Kontrolde total bilirubin düzeyleri düşen hasta crigger najjar olarak değerlendirildi.

Özellikle sık görülen nedenlerin yokluğunda, akraba evliliği, kardeşte sarılık öyküsü varlığında ve fototerapiye rağmen tekrarlayan yatış ya da dirençli hiperbilirubinemilerde Crigler-Najjar düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Crigler-Najjar, Hiperbilirubinemi, Yenidoğan

Yenidoğan sarılığı: Galaktozemi

Özgül Yiğit¹, Meltem Erol¹, Fatma Doğan², Ebru Burcu Demirkan¹, Dilek Borakay¹

¹Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği
İstanbul

²Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği İstanbul

Metabolik hastalıklardan biri olan galaktozemi asemptomatik olabileceği gibi yenidoğan döneminde sarılık, hepatomegali, ciddi kusma, konvülsiyon, karaciğer yetmezliği ile seyredabilen ağır klinik tabloyla da başvurabilir. Sarılıklı yenidoğanlarda metabolik hastalıklara da dikkat çekmek amacıyla kliniğimize indirekt hiperbilirubinemi ile gelip izlem sırasında tartı alamama, direk bilirubin artışı, emmede zayıflık bulguları gelişerek galaktozemi tanısı alan olguyu sunduk.

OLGU: Sağlıklı anneden miadında 3200 gr ağırlığında hastanede doğan hastanın postnatal 4.günde sararması fark edilerek acil servisimize başvurdu. Total bilirubin:20.3mg/dl (direk bilirubin:1mg/dl) saptanan hasta servise interne edildi. AB, Rh uyumsuzluğu yoktu. Direkt coombs negatif, CRP negatif, tam idrar tahlili normal, idrar kültürü sterildi. Hemogram, periferik yayma normaldi. Yatışının 3. gününde fototerapisi kesilen hastanın total bilirubin:14.85mg/dl, direk bilirubin:1.66mg/dl değerlerindeydi. TSH ve serbest T4 normaldi. İzlem sırasında emmesi zayıf, tartı alımı azalan hastanın direk bilirubin ve karaciğer enzimlerinde artış olması üzerine bakılan karaciğer ve safra yolları USG'si, alfa 1 antitripsin değeri normaldi. Hepatit serolojisi, TORCH normaldi. Bakılan idrarda redükta madde (+) idi. Yalancı pozitifliği ekarte etmek için istenen Beutler Testi patolojikdi. GALT aktivitesi düşüktü. Göz bakısında katarakt yoktu. Anne sütü

kesilip, laktozsuz diyet başlanan hastanın emmesinde, tartı alımında ve biyokimyasal değerlerinde düzelme görüldü.

Yenidoğan döneminde sarılık sık görülmekte ve neden ne olursa olsun genellikle fototerapi ile düzelmektedir. Ancak etyolojinin araştırılması ile ciddi bazı hastalıklar erken tanınmakta ve uygun tedavi-izlem şansını yakalamaktadır. Ayrıca direk bilirubin değerlerine Bu olgumuz dolayısıyla yenidoğan sarılıklarında Galaktozeminin ayırıcı tanıda düşünülmesi vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Galaktozemi, Hiperbilirubinemi, Yenidoğan

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA NADİR GÖRÜLEN BİR KARIN AĞRISI NEDENİ: AKUT PANKREATİT

*İhsan Kafadar, Seda Ocak, Emel Aytac Kaplan, Oya Köker, Nafiye Urgancı
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

Çocukluk çağında karın ağrısı çok sık karşılaşılan şikayetlerden biri olup etyolojisinde bir çok hastalık ayırıcı tanıda düşünülmektedir. Akut pankreatit de gerek erişkinde gerekse çocukluk çağında önemli akut karın ağrısı nedenlerinden biridir. Ancak çocukluk çağında görülme sıklığının gerek diğer nedenlere göre göreceli olarak daha az olması gerekse klinik özelliklerinden dolayı birçok akut hastalık tablosu ile karışabilmesi nedeniyle önemli bir mortalite nedeni olabilecek olan akut pankreatit, karın ağrısı ayırıcı tanısında geri planda yer alabilmektedir. Bu sunumumuzda ailesi tarafından bir gündür olan ve şiddeti giderek artan karın ağrısı ve kusma şikayetleriyle çocuk acil servisine getirilen kız hasta sunulmuştur. Hastanın öyküsünden 2 yıl önce böbrek taşı düşürdüğü, ara ara idrar yolu enfeksiyonu nedeniyle tedavi aldığı ve davranış bozukluğu nedeniyle depresyon tedavisi gördüğü, soygeçmişinde ise annede gastrit ve dedesinde de üriner taş hikayesi olduğu öğrenilenmiştir. Hasta akut karın ağrısı nedeniyle başvurduğu farklı sağlık kuruluşlarında üriner sistemi taşı, üriner enfeksiyon, psikojenik karın ağrısı gibi farklı tanıları almıştı. Hasta kliniğimizde akut pankreatit tanısı aldı. Genel olarak bilindiği üzere akut pankreatitin tanısı; ani başlayan tipik karın ağrısı ile birlikte serum amilaz ve lipaz düzeylerinin normalin üst sınırının en az üç katı artışına dayanır. Ancak klinik ve radyolojik olarak akut pankreatit düşünülen olguların % 20 sinde serum amilaz ve lipaz düzeyleri normal bulunabilmektedir. Kliniğimizde akut pankreatit tanısı alan bu olgu, çocukluk çağında akut pankreatit kliniğine ve tanısına vurgu yapmak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: akut pankreatit, karın ağrısı

TRAKEOBRONŞİYAL VE ÖZEFAGİAL YABANCI CİSİM

Şebnem Özdoğan, Ela Eralp, Haşim Gencer, Didem Öztürk, Dildar Bahar Genç, Nafiye Urgancı, Yıldız Yıldırım

Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

AMAÇ: Trakeobronşiyal yabancı cisim aspirasyonu ve yabancı cisim yutma çocuklarda önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Özellikle 1-4 yaş arası çocuklarda ölümcül ev kazalarının belli başlı sebeplerindendir. Hikaye ve fizik muayene bulgularının tanı koymada yeterli olmaması nedeniyle tanıda gecikme buna bağlı komplikasyonlar gelişmektedir. Kesin tanı ve tedavi yabancı cismin endoskopi yada bronkoskopi ile çıkarılmasıdır. Koordineli ve multidisipliner yaklaşım etkin tedavinin ana unsurudur.

OLGU: Kliniğimizde son bir yıl içinde trakeobronşiyal ve özefagusta yabancı cisim saptanan üç olgunun başvuru öyküleri, klinikleri, tanı konma aşamaları sunulmuştur.

SONUÇ: Düzelmeyen, tedaviye yanıt vermeyen, tekrarlayan solunum yolu enfeksiyonları ve tekrarlayan hışıltılarda yabancı cisim aspirasyonu akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, özefagial aspirasyon, trakeobronşiyal aspirasyon, yabancı cisim

TOPLUM KAYNAKLI BİR ENTEROKOK BAKTERİYEMİSİ

Huriye Elif Altınmakas, Yelda Türkmenoğlu, Gülcihan Gülcan, Sibel Kalçın,
Yahya Paksoy

Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, İstanbul

Enterokokların üriner sistem enfeksiyonlarına, bakteriyemiye, endokardite, intraabdominal enfeksiyonlara, yumuşak doku enfeksiyonlarına ve neonatal sepsise neden oldukları gösterilmiştir. Sıklıkla immunsuprese ve kateterizasyon uygulanan hastalarda fatal seyirli olmaktadır. Servisimize pnömoni tanısı ile yatan 12 aylık kız hastanın daha önceden hastaneye yatışı ve hiçbir şekilde kateterizasyon öyküsü olmamasına rağmen hemokültüründe enteroccus spp üremesi toplum kaynaklı bakteriyemi olarak değerlendirilmiş ve sık rastlanmayan bir olgu olduğundan sunulmaya değer bulunmuştur.

Anahtar Kelimeler: Enterokok, bakteriyemi, pnömoni

BİR MONOLATERAL SÜPÜRATİF PAROTİT OLGUSU

***Sibel Kalçın, Yelda Türkmenoğlu, Sevilay Kök, Berna Akşahin, Özden Turan**
Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim Araştırma Hastanesi*

Neonatal süpüratif parotit nadir görülen, parotis glandında şişlik, ağrı ve eritemle karakterize bir enfeksiyondur. En sık etkenler Stafilokoklar, streptokoklar ve gram negatif basillerdir.Parotis glandının ultrasonografi ile değerlendirilmesi tanıya yardımcıdır.Uygun antimikrobiyal tedavi ile prognoz iyidir, cerrahi drenaj apse formasyonu geliştiğinde gerekebilir.Nadir birdurum olması nedeniyle kliniğimize izlenen 35 günlük bebekte gelişen bir neonatal süpüratif parotit olgusu sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: Neonatal, süpüratif parotit

SUÇİÇEĞİ SONRASI GELİŞEN AKUT IMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURA OLGUSU

Talip Sayar, Metin Trabzon, Hüseyin Dağ, Emine Türkkan

Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Suçiçeği, Varicella Zoster Virusunun primer enfeksiyonudur. Suçiçeği enfeksiyonu genellikle hafif seyreden bir hastalık olmakla birlikte komplikasyonlar görülebilmektedir. Çocukluk çağında nadir görülen hematolojik komplikasyonlar arasında benign hemorajik varicella, immün trombositopenik purpura, trombotik purpura, purpura fulminans ve hemolitik anemi gibi komplikasyonlar sayılmaktadır.

Burada ağız içinde ve dilde purpura, vucutta yaygın ekimoz ve alt ekstremitede peteşi ile suçiçeği döküntüleri çıktıktan 10 gün sonra başvuran 3 yaşında bir hastada gelişen immün trombositopenik purpura olgusu sunulmaktadır. Fizik muayenesinde krutlanmış su çiçeği döküntüleri, ekimoz ve peteşileri olan hastanın organomegalisi yoktu. Hemogramda ağır trombositopeni (PLT:2000/mm³) saptandı, diğer seri elemanlarında patoloji yoktu. Hastaya 1 gr/kg/gün dozda 2 gün arka arkaya intravenöz immünglobülin tedavisi verildi. Bu olguda suçiçeğinin genellikle selim seyirli bir çocukluk çağı enfeksiyonu olmasına rağmen komplikasyonlara da yol açabileceği ve aşı ile korunmanın önemi vurgulandı.

Anahtar Kelimeler: Suçiçeği, Immün Trombositopenik Purpura

MAKÜLOPAPÜLER DÖKÜNTÜSÜ KIZAMIK OLARAK TANI ALAN BİR KAWASAKİ OLGUSU

Meral Barlık, Dilek Yılmaz Çiftdoğan, Faruk Barlık

Gaziantep Çocuk Hastanesi

Kawasaki hastalığı sistemik bir vaskülitir. En çok orta boy arterleri tutar. Gelişmiş ülkelerde çocuklarda edinsel kalp hastalıklarının en sık nedenidir. Halen etiolojisi ve patogenezi tam aydınlatılmamıştır. Koroner arter etkilenmesine bağlı ani ölüm ve kronik hastalık riski intravenöz immünglobulin tedavisi sonrası belirgin azalmaktadır. Bu nedenle erken ve doğru tanı prognoz açısından çok önemlidir. Bu olguda, paranteral antibiyotik tedavisi almış 7 gündür süren ateş, maküler döküntüler, her iki gözde kızarıklık yakınmalarıyla kızamık olarak değerlendirilen Kawasaki tanısı alan 6 aylık erkek hasta, döküntülerin ayırıcı tanısının önemi açısından sunuldu.

Anahtar Kelimeler: kawasaki, kızamık

KLASİK LAMELLAR İKTİYOSİS:NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU

Evrım Kıray Baş, Yusuf Ünal Sarıkabadayı, Meral Barlık

Gaziantep Çocuk Hastanesi

GİRİŞ-AMAC: İktiyozisler, deride kuruluk ve kepeklenme ile karakterize hereditör bir grup deri hastalığıdır. Klinik, histolojik ve genetik kriterlere dayandırılarak, İktiyozis Vulgaris, X'e bağlı İktiyozis, Epidermolitik Hiperkeratozis ve Otozomal Resesif İktiyozis olarak dört grupta sınıflandırılır. Otozomal Resesif İktiyozisler, Klasik Lameller İktiyozis ve Non-Büllöz Konjenital İktiyoziform Eritroderma olarak iki grupta incelenir. Lameller İktiyozis, nadir görülen (1/100 000), doğumla başlayan ve yaşam boyu devam eden şiddetli otozomal resesif bir iktiyozis tipidir.Bebekler genellikle parşomene benzer bir membranla doğarlar (Kollodion Bebek).

OLGU:

Term, aralarında birinci derece akrabalık olan sağlıklı anne ve babanın gravida 3 parite 3 olarak normal vaginal doğum ile 3250 gr olarak doğmuş. Yaygın deri lezyonları olan hasta merkezimize başvurdu. Klinik ve patolojik bulgularına göre klasik lamellar iktiyosis tanısı alan hasta klinik izleminin 42. Gününde sepsis nedeni ile exitus oldu.

SONUÇ: Yenidoğan olgumuz, nadir görülen bir olgu olması nedeni ile literatür eşliğinde sunuldu

Anahtar Kelimeler: iktiyozis, yenidoğan

BRONKOPULMONER DİSPLAZİLİ OLGUDA GELİŞEN PULMONER HİPERTANSİYONDA İNHİLE İLİOPROST KULLANIMI

Tuba Seven Menevşe¹, İlke Mungan Akın², Gizem Ersoy¹, Yusuf Ayhan¹, Derya Büyükkayhan², Sibel Sevik Özümür¹

¹*Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, İstanbul*

²*Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi, Pediatri Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim dalı, İstanbul*

GİRİŞ: Bronkopulmoner displazi (BPD) yenidoğan bebeklerde akciğerlerden kaynaklanan nedenlerle oksijen bağımlılığı ve/veya yardımcı ventilasyon ihtiyacının devam etmesidir. Reaktif olarak pulmoner damarlarda spazm oluştuğunda mortalite ve morbiditesi oldukça yüksek olan persistan pulmoner hipertansiyona (PPH) neden olmaktadır. Burada esas olay pulmoner vazokonstriksiyon olduğu için birçok vazodilatör ilaç tedavide kullanılabilmektedir.

AMAÇ: 26. gestasyon haftasından (GH) küçük pretermelerde BPD önde gelen morbidite nedenidir. 24. GH da doğan ve ağır BPD nedeniyle takibe alınan araya giren enfeksiyonlar sonucu PPH gelişen olguda inhale ilioprost kullanımına dikkati çekmek amacıyla sunuldu.

OLGU: Beş aylık erkek bebek solunum sıkıntısı nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenesinde siyanoze, taşipneik, taşikardik, akciğer sesleri bilateral eşit doğal diğer sistemik muayenesi doğal. Öyküsünden iki gün önce inguinal herni nedeniyle genel anestezi altında opere edildiği ve başvuru günü taburcu edildiği öğrenildi. Özgeçmişinde 24. GH doğum nedeniyle yenidoğan yoğunbakım

servisinde 40 gün mekanik ventilatöre bağılı olarak takip edildiğı taburcu edilirken ağır BPD tanısı aldığı öğrenildi. Laboratuar incelemelerinde hemogramında WBC:9600/mm3 hemoglobin:8,3gr/dl plt:422000/mm3 CRP: 11,8 (0-0,08) saptandı. PA AC grafisinde belirgin patoloji saptanmadı. Hood ile %100 oksijen tedavisi altında saturasyonu 85-90 arasında seyreden hasta kardiyolojik patoloji açısından ekokardiyografi ile değerlendirildi. Pulmoner arter basıncı 50-55 mmHg civarında ölçüldü, hasta sedatize edildi, oral beslenme kapatıldı, sildenafil ve magnezyum sülfat tedavisi başlandı. İlerleyen günlerde oksijen ihtiyacı ve taşipnesi düzelmeyen hastaya ilioprost tedavisi iv ve inhaler olarak başlandı. Takibinde oksijen ihtiyacı azalan hasta evde oksijen tedavisi düzenlenerek inhale ilioprost tedavisi ile taburcu edildi. Poliklinik izleminde bronşiolit atakları nedeniyle iki kez hospitalize edildi ve bir kez çocuk yoğunbakım desteğı aldı. Yaklaşık 1 yıllık takibi sırasında hastaneye yatış gereksinimi olmadı, pulmoner arter basıncı normal aralığa geriledi ve kademeli olarak mevcut tedavileri kesildi.

SONUÇ: PPH de ilioprost kullanımının etkinliğı ve güvenirliliğı adölesan ve çocukluk döneminde gösterilmiştir. Yenidoğan bebeklerde etkinliğine dair oldukça az literatür çalışması vardır. Bizim deneyimlerimiz inhale iloprostun PPH tedavisinde oldukça etkin olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: ilioprost, bpd, pph

DAVRANIŞ BOZUKLUĞU İLE BAŞVURAN BİR SUBAKUT SKLEROZAN PANENSEFALİT VAKASI

Oya Köker, İhsan Kafadar, Seda Ocak

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Subakut sklerozan panensefalit (SSPE); defektif ya da mutasyona uğramış kızamık virüsünün 1-10 yıllık latent dönemi sonrası ortaya çıkan santral sinir sisteminin nadir rastlanan progresif seyir gösteren yavaş virüs enfeksiyonudur. Genellikle çocukluk ve adolosan dönemde ortaya çıkar. Entellektüel fonksiyonların progresif kaybı, davranış değişiklikleri ile başlar, myokloniler, epileptik nöbetler, görme bozuklukları, piramidal ve ekstrapiramidal bulgularla seyreder. Kesin bir tedavisi olmayan bu nörodejeneratif hastalık genellikle 1-3 yıl içinde ölümlerle sonlanır. Davranış ve konuşma bozukluğu ile tarafımıza getirilen, klinik ve laboratuvar bulguları ile SSPE tanısı alan olgu SSPE'nin sinsi seyrine ve davranış bozuklukları ayırıcı tanısında da düşünülmesi gerektiğine vurgu yapmak amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: SSPE, davranış bozuklukları

KONGENİTAL NEFROTİK SENDROM OLARAK TANI VE TEDAVİ ALAN BİR TURNER SENDROMU OLGUSU

Evrin Kıray Baş, Yusuf Ünal Sarıkabadayı, Meral Barlık
Gaziantep Çocuk Hastanesi

GİRİŞ-AMAÇ: Turner sendromu, sık görülen kromozom anormalliklerinden biridir. Canlı doğan kız çocuklarında 4000-8000/1 sıklığında rastlanılır. Etkilenen fetusların %90'ından fazlasında monozomi X (45,X) şeklindedir. Kalan olgular ise mozaizm 45X/46XX gösterirler.

OLGU: Otuzbir yaşında anneden G3P3, term, 2350 gr olarak normal vaginal doğum ile doğurtulmuş. Doğum sonrası fark edilen el ve ayak sırtı ödemi medeni ile başvurduğu sağlık merkezinde kongenital nefrotik sendrom düşünülerek tarafımıza gönderilmiş. Yapılan klinik ve laboratuvar incelemesinde 45 X0 karyotipi gösteren 10 günlük olgu Turner sendromu tanısı alarak bir genetik merkezinde takibi yapılmak üzere taburcu edildi.

SONUÇ: Yenidoğan döneminde fizik muayene bulgularının önemini vurgulamak ve literatürü gözden geçirmek amaçlı sunuldu.

Anahtar Kelimeler: ödem, turner

YENİDOĞAN DÖNEMİNDE BULGU VEREN İKTİYOSİS VULGARİS OLGUSU

*Evrin Kıray Baş, Yusuf Ünal Sarıkabadayı, Meral Barlık
Gaziantep Çocuk Hastanesi*

GİRİŞ-AMAÇ: İktiyozisler, Deri yüzeyinde asiri skuam (kepek) ve kurulukla karakterize bir grup genodermatozlar olup, hastaların derisi balık pulu görünümündedir. Bu hastalıklar balık anlamına gelen ve orijini yunanca olan "Ichth", kelimesinden köken almışlardır. Stratum korneum yapısındaki anormallikten dolayı transepidermal su kaybında artma asiri kuruluğa sebep olmaktadır. Frost ve Van Scott sınıflamasına göre dört major (sık görülen) ve iki de minör (nadir görülen) formları vardır. En sık görülen formu olan iktiyosis vulgaris, otozomal dominant geçişli olup aynı zamanda en hafif tiptir. Deri görünümü doğumda normaldir ve yenidoğan döneminde nadiren bulgu verir. Genellikle süt çocukluğu döneminde kepeklenme ve kuruluk görülmeye başlar. Kepekler balık puluna benzer, ortaları yapışık kenarları kalkıktır (baklava dilimi gibi) ve ekstremitelerin ekstansör yüzeyleri ile gövdeyi daha çok tercih ederler.

OLGU: Term, aralarında birinci derece akrabalık olan sağlıklı anne ve babanın gravida 1 parite 1 olarak normal vaginal doğum ile 3650 gr olarak doğmuş. Tüm vücut derisi balık pulu görünümünde olan hasta merkezimize başvurdu. Klinik ve patolojik bulgularına dayanılarak iktiyosis vulgaris tanısı alan hastaya 14 gün boyunca ıslak pansuman ve lanolinli bakım yapıldı. İzlem sonrasında lezyonları azalan hasta taburcu edildi.

SONUÇ: İktiyosisin sık bir formu olmasına rağmen yenidoğan döneminde nadir olarak bulgu veren, 1 günlük erkek yenidoğan iktiyosis vulgaris olgusu tedavi öncesi ve sonrası bulguları ile tartışılmıştır

Anahtar Kelimeler: iktiyosis, yenidoğan

PAPİL ÖDEMİ OLMAYAN BİR PSÖDOTÜMÖR SEREBRİ ÖLGÜSÜ

*İhsan Kafadar, Dildar Bahar Genç, Emel Aytac Kaplan, Veysel Çeliktepe
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

İntrakranial kitle, obstrüktif hidrocefali ve enfeksiyon olmaksızın gelişen kafa içi basınç artışı olarak tanımlanan psödotümör serebri nedeni aydınlatılamamış bir klinik sendromdur. Patogenezinde beyin-omurilik sıvısının (BOS) yapım fazlalığı, BOS absorpsiyon yetersizliği, kafa içi venöz basınç yüksekliğinin yer aldığı düşünülmektedir. Etyolojide endokrin ve metabolik sorunlar, ilaçlar, A vitamini fazlalığı ve sinüz trombozu bildirilmiştir. Kafa içi basınç artışının klinik bulguları ve BOS basınç yüksekliği ile tanı konulur. Çoğunlukla sendroma papil ödem eşlik eder. Uzun süre baş ağrısı nedeniyle farklı merkezlerde izlenen ve papil ödemi olmadığı için psödotümör serebri tanısı düşünülmemiş olan kliniğimizde ise BOS basıncı ölçülerek psödotümör serebri tanısı konan olgu papil ödem olmadan da psödotümör serebri tanısı konulabileceğine vurgu yapmak amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: baş ağrısı, papil ödem, psödotümör serebri

**2010 YILINDA ŞİŞLİ ETFAL EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ
ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE KONVULSİYON NEDEİYLE
BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK
DEĞERLENDİRİLMESİ**

İhsan Kafadar, Ece Gültekin, Oya Köker

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ VE GİRİŞ: Çocuk acil Birimi'ne konvülziyon tanısı ile başvuran hastaların epidemiyolojik ve demografik özelliklerinin tesbit edilerek, klinik ve laboratuvar verilerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

MATERYAL-METOD: Bu çalışma ile Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Birimi'ne 01 Ocak 2010-31 Aralık 2010 tarihleri arasında başvuran hastalar dahil edildi.

BULGULAR: Acil çocuk polikliniklerine yapılan tüm başvurularının yaklaşık %1 ini konvülziyon şikayeti oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda bu oran Şişli Etfal Çocuk Acil Polikliniğine 2010 yılı içinde başvuran 88598 hasta için % 0,73 olarak saptanmıştır. Çalışmamızda afebril konvülziyonların rekürrens riski febril konvülziyonlara göre yüksek bulunmuştur. İlk kez konvülziyon geçirme nedeni acil çocuk polikliniğimize başvuran hastalarda febril konvulsiyon grubunda anlamlı düzeyde yüksek oranda görülürken; dört ve üzerinde konvülziyon geçirenler afebril grubunda yüksek oranda saptanmıştır. İkinci ve üçüncü kez konvulsiyon geçirme nedeni ile başvuran olgular arasında konvülziyon tiplerine göre anlamlı farklılık gösterilememiştir. Konvülziyon geçirme sürelerine bakıldığında ilk 5 dk içinde nöbetlerin %51,8 'inin sonlanmış olduğu görülmektedir. Kliniğimize başvuran hastaların konvülziyon süreleri değerlendirildiğinde konvülziyonların büyük

kısının ilk beş dakika içinde sonlanması status tanımında eski kabul edilen otuz dakikalık süre yerine yeni kabul edilen beş dakikalık sürenin klinik yaklaşım ve tedavi planlanması açısından daha doğru olduğunu düşündürmektedir.

TARTIŞMA: Tüm verilerimizin değerlendirilmesi sonucunda kliniğimizde literatürden farklı olarak afebril nöbetlerde status oranının daha düşük olduğunu tesbit ederken, acil birimimize nöbetle başvurma oranının, tüm nöbetler içinde febril konvülsiyon oranının, konvülsiyon sürelerinin, febril konvülsiyonlarda hiponatremi ve demir eksikliği düşünülmesi oranının literatürle uyumlu olduğunu tesbit ettik. Ayrıca kliniğimize konvülsiyonla başvuran küçük yaş gurubu çocuklarda hipokalsemik konvülsiyonlarla sık karşılaşılabilmesinin özellikle acil birimde çalışan hekimler için günümüzde de önemli bir uyarı olacağını düşünmekteyiz. Gerek konvülsiyonlara daha etkin müdahalenin planlanması ve komplikasyonların önlenmesi, gerekse febril afebril konvülsiyon ayırıcı tanısında ileriye yönelik çıkarımların yapılabilmesi için daha geniş kapsamlı prospektif çalışmaların aralıklı ve rutin olarak yapılması gerektiğini vurgulamak amacı ile bu çalışmayı sunduk.

Anahtar Kelimeler: konvülsiyon, status epileptikus

METAKLOPRAMİDE BAĞLI AKUT DİSTONİK REAKSİYON

İhsan Kafadar, Ayşe Şirin Aslan, Oya Köker, Arzu Faika Oral

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Distoni istirahatte veya herhangi bir hareket yapıldığında ortaya çıkan burkulma, ani sarsılma, katılaşma veya spazma neden olan anormal kas kasılması ile karakterizedir. Kas kasılması aralıklı veya devamlı olabilir. Distoni vücudun bir alanını veya tümünü tutabilir. Akut distonik reaksiyon özellikle yüz boyun ve sırt kaslarında kontraksiyonlar, opistotonus, tortikolis, okülojirik kriz, dizartri ve trismus ile kendini gösterir. Acil bir durumdur, hemen tedavi edilmelidir. En sık karşılaşılan akut distonik reaksiyon tipi, ilaçlara bağlı gelişen tiptir. Çok sayıda ilaç tedavi dozlarında bile distonik reaksiyonlara sebep olabilir. Metoklopramid, sıklıkla kullanılan etkili bir antiemetiktir. Olgumuz metaklopramide bağlı gelişen akut distonik reaksiyonun terapötik dozda bile görülebildiğini ve metaklopramid ve benzeri ilaçların olası yan etkilerinin bilinerek uygun endikasyonlarda kullanılması gerektiğine vurgu yapmak amacı ile sunuldu.

Anahtar Kelimeler: distonik reaksiyon, metaklopramid

VALPROİK ASİT VE KARBAMAZEPİN KULLANIMININ TİROİD FONKSİYONLARI ÜZERİNE ETKİSİ

*İhsan Kafadar, Betül Aydın, Gizem Akça, Oya Köker, Akcahan Balcıoğlu
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

Epilepsi, beyindeki sinir hücrelerinin değişik nedenlerle artmış uyarılabilirliğinden kaynaklanan epizodik serebral disfonksiyondur. Epileptik nöbetlerin dışında epilepsi tedavisinde kullanılan ilaçlar da hormonların metabolizmalarını ve fonksiyonlarını etkileyerek kan düzeylerini değiştirebilmektedir. Çalışmamızda bazal, 6. ay ve 12. ay VPA veya KBZ alan epileptik hastalarda söz konusu ilaçların FT3, FT4, T3, T4, TSH değerlerine etkisinin araştırılması amaçlandı. Çalışmaya, 2009-2011 yılları arasında Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Çocuk Nöroloji Polikliniğine konvulsiyon nedeniyle başvuran ve ilk kez antiepileptik ilaç tedavisi başlanması planlanan yaşları 2-18 yaş arası değişen yeni epilepsi tanısı almış hastalar alındı. Çalışmaya dahil edilen vakalar üç ana grupta sınıflanarak incelemeye alındı. Buna göre:1.Grup: VPA monoterapisi alacak 14 kız ve 26 erkek hasta (n=40), 2.Grup: KBZ monoterapisi alacak 11 kız ve 22 erkek hasta (n=33), 3.Grup: Kontrol grubu olarak 16 kız ve 20 erkek çocuk (n=36) olarak oluşturuldu. Hasta gruplarında, hastaların yaşları, cinsiyetleri, nöbet tipi, 12. ayda halen nöbetlerin kontrol altında olup olmadığı, kullanılan antiepileptik ilaçların dozu, antiepileptik ilacın tedavinin 6. ay ve 12. aydaki kan düzeyleri, bazal, 6. ay ve 12. ay TSH ve tiroid hormon seviyeleri değerlendirildi. KBZ ve VPA kullanan hastaların tiroid değerleri kontrol grubu ile ve kendi aralarında karşılaştırıldı. Çalışmamızda KBZ kullanan hastalarda, ortalama T4, fT4, T3 ve fT3 düzeyleri başlangıç değerleri ve kontrol grubuyla karşılaştırıldığında anlamlı olarak düşük saptanmıştır TSH düzeyleri için ise başlangıç değerlerine ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark

saptanmamıştır. Valproik asit kullananlarda TSH düzeyleri, tedavinin 12. ayında, bazal değerler ve kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksek bulunmuştur Çalışmamız çocuklarda KBZ ve VPA kullanımı ile hipertiroidi değil, subklinik bir hipotiroidi ortaya çıkabileceğini göstermektedir. Sonuçlar dikkate alındığında KBZ ve VPA kullanan hastalarda oluşabilecek tiroid disfonksiyonu olasılığı nedeniyle tiroid hormon düzeylerinin tedaviye başlamadan ve başladıktan sonra düzenli olarak takip edilmesi ve tiroide yönelik incelemelerin yapılması gerektiği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: hipotiroidi, karbamazepin, valproik asit

KORE İLE BAŞVURAN BİR NÖROWİLSON OLGUSU

İhsan Kafadar, Arzu Ataman Demir, Oya Köker, Ayşe Şirin Aslan
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Wilson Hastalığı (WH), bakır metabolizmasındaki bozukluğa bağlı olarak karaciğer ve beyinde dejeneratif değişikliklere yol açan, 13. kromozomun uzun kolunda değişik mutasyonlarla karakterize, otozomal resesif geçiş gösteren nadir görülen bir hastalıktır. Karaciğer, bazal ganglionlar, serebral korteks ve serebellumda bakır birikimi ile dejeneratif değişiklikler gösterebilir. Nukleus lentikularis, substantia nigra, globus pallidum ve corpus striatum en sık birikimin olduğu bölgelerdir. Karaciğerde siroza yol açan WH 'da nörolojik ve psikiyatrik bulgular değişken olup, spesifik değildir. Kore bulguları ile başvuran ve kliniğimizde Nörowilson tanısı alan olgumuz WH' da nörolojik bulgulara dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: bakır, nörowilson

H1N1 PANDEMİSİNDE KONVULSİYON SIKLIĞI

*İhsan Kafadar¹, Betül Aydın¹, Koray Yalçın², Arzu Faika Önal¹, Oya Köker¹,
Gizem Akçay¹*

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

2009 pandemik influenza A (H1N1) virüsü çocuklarda genellikle ateş, öksürük, boğaz ağrısı, rinore, baş ağrısı, miyalji, halsizlik, titreme, ishal ve kusma ile karakterize hafif ve komplikasyonsuz bir hastalığa neden olmaktadır. Ancak enfeksiyon ağır, komplikasyonlu veya progresif bir hastalıkla sonuçlanabilmektedir. İki yaşından küçük çocuklar, bazı kronik hastalıkları veya bağışıklığı baskılayan hastalık veya durumları olan çocuklar pandemik H1N1 influenza komplikasyonları ve mortalitesi açısından artmış risk taşımaktadır. H1N1 pandemisinde febril ve afebrile konvulziyon, flask paralizi, ensefalopati ve Gullian Barre sendrom sıklığında da artma gözlenmiştir. Biz de bu çalışma ile 2007-2010 yılları arasında İstanbul ilindeki iki farklı hastaneye başvuran febril ve afebril konvulziyon olgularını retrospektif inceleyerek 2009 H1N1 pandemisinin konvulziyon sıklığına etkisini öğrenmeyi amaçladık.

Anahtar Kelimeler: H1N1, Pandemi

**NADİR BİR GENETİK SENDROM: WILLIAMS VON BEUREN
SENDROMU**

İhsan Kafadar¹, Şehnaz Barış², Betül Dilek Sarıgöl²

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Williams-Beuren-Sendromu (WBS), diğer adıyla Fanconi-Schlesinger sendromu 7. kromozomun delesyonu ile karakterize ve görülme sıklığı 1:20.000 ila 1:50.000 arasında bildirilen bir sendromdur. Bilişsel gerilik, sık tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları, uyku bozuklukları, yemek yemek istememe gibi çocuk hekimliği pratiğinde sık karşılaşılan nonspesifik bulguların da eşlik ettiği WBS sendromu tanısı almış olgumuzu; süt çocukluğu çağında da tanısı klinik bulgularına göre düşünülebilecek bu nadir sendroma dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: gelişme geriliği, Williams von Beuren Sendromu, atipik yüz görünümü

**SIK KULLANILAN BİR İLACIN NADİR GÖRÜLEN BİR YAN ETKİSİ;
METRANİDAZOL KULLANIMINA SİNİR SİSTEMİ BULGULARI**

İhsan Kafadar¹, Fatma Moustafa¹, Koray Yalçın², Betül Aydın¹

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Metronidazol anaerobik bakterilere ve birçok protozoona etkili bir 5-nitroimidazol bileşiğidir. Genel olarak iyi tolere edilen bir ilaç olan metranidazol sinir sistemi ile ilgili ciddi fakat nadir görülen yan etkilere sahiptir. Bu yan etkilerin görülmesi durumunda tedavinin hemen sonlandırılması gerekmektedir. Bu yazıda akut gastroenterit nedeniyle metronidazol tedavisi başlanan ve sonrasında görme kaybı, vertigo, yürümede bozukluk ve baş ağrısı şikayetleri gelişen üç yaşındaki bir olgu; çocukluk çağında sık kullanılan bir ilaç olan metranidazolün nadir görülen nörolojik yan etkilerine ve nörolojik semptomlarla başvuran çocukların ayırıcı tanısında ilaç kullanımına dikkat çekmek amacı ile sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: metranidazol, ilaç yan etkisi

FEBRİL KONVÜLSİYON ETİYOLOJİSİNDE SERUM ÇİNKO DEĞERİNİN YERİ

İhsan Kafadar¹, Ayşe Burcu Akıncı², Fügen Pekün², Erdal Adal², Şehnaz Barış²

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Febrile konvulsiyonunun oluş mekanizması tam olarak bilinmemekle beraber, çinko gibi bazı eser elementlere ait patolojilerin, febril konvulsiyonun ortaya çıkışında rol oynayabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda amaç febril konvulsiyon ile serum çinko düzeyi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

METOD: Bu çalışmaya, Ağustos 2009-Kasım 2009 tarihleri arasında Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne başvuran yaşları 6-72 ay arasında değişen, 40'ı kız, 48'erkek toplam 88 çocuk alındı. Çocuklar üç grup altında incelendi. Birinci grup febril konvulsiyon geçiren 45 çocuktan oluşurken, ikinci grubu yüksek ateşi olan ancak konvulsiyon geçirmemiş 23 çocuk, üçüncü grubu da 20 sağlam çocuk meydana getirdi. Tüm çocuklardan, serum çinko düzeyi ölçümü yapmak üzere kan alındı.

BULGULAR: Konvulsiyon geçiren hastalar 19 (%42.2) kız, 26 (%57.8) erkek toplam 45, ateşli hastalar 11 (%47.8) kız, 12 (%52.2) erkek toplam 23, sağlam çocuklar ise 10 (%50) kız, 10 (%50) erkek toplam 20 çocuktan oluşmaktaydı. Üç grubun serum çinko düzeyleri istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Febril konvulsiyon geçirmiş olan grubun serum çinko düzeyi ortalaması 110.49 ± 35.03 µg/dl, yüksek ateş nedeniyle başvuran grubun ortalaması 107.12 ± 21.66 µg/dl, sağlıklı olan çocukların ortalaması ise 116.12 ± 32.07 µg/dl ölçülmüş olup, gruplara göre çocukların çinko düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmadı.

TARTIşMA: Çalışmamızda, febril konvulsiyon ile serum çinko düzeyi arasında bir ilişki gösterilmemiş olup, bu konu ile yapılan bazı çalışmalarda farklı sonuçlar alındığı göz önüne alınarak çinkonun febril konvulsiyon patogenezi ile olan ilişkisini saptayabilmek için daha fazla çalışmaya ihtiyaç olduğunu vurgulamak amacı ile bu çalışmayı sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çinko, febril konvulsiyon

**EPİLEPSİ HASTALARINDA ANTİEPİLEPTİK İLAÇ KULLANIMININ
KEMİK METABOLİZMASI ÜZERİNE ETKİLERİNİN
DEĞERLENDİRİLMESİ**

*İhsan Kafadar¹, Fatma Sevinç Şengül², Fügen Pekün², Emine Türkkan²,
Şehnaz Barış²*

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: Çocukluk çağı epilepsilerinin tedavisinde antiepileptik ilaçlar önemli yer tutmaktadır. Ancak uzun süreli kullanımda bir çok farklı yan etkiye neden olabilen bu ilaçlar ile tedavi sırasında hastaların ilaç yan etkileri açısından yakın takibi gerekmektedir. Bu çalışmada antiepileptik ilaçların kemik yapım ve yıkımı ilgili biyokimyasal parametrelerden ve kemik mineral yoğunluğundan hareketle kemik mineral metabolizmasına etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

METOD: Bu çalışmaya bir yıl süre ile İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nöroloji Polikliniğinden takipli yaşları 1 ila 16 arasında değişen 39 çocuk alındı.

BULGULAR: 8 çocuk karbamazepin, 7 çocuk okskarbazepin ve 24 çocuk valproik asit kullanırken kemik mineral metabolizmasını etkileyecek herhangi bir ilaç kullanımı olmayan sağlıklı yirmi kişi kontrol grubu olarak belirlendi. Çalışmaya katılan hastaların rutin takiplerinde çalışılmış olan kemik yapım ve yıkımını gösteren biyokimyasal parametreler incelendi. Kemik mineral yoğunluğu için radius distal ucundan ölçüm yapıldı. Çalışma sonunda antiepileptik ilaç kullanan çocuklarla kullanmayan çocuklar kıyaslandığında serum biyokimyasal

parametrelerinde anlamlı farklılıklar ve antiepileptik kullanan çocuklarda kemik mineral dansitesinde de anlamlı değışiklikler tesbit edildi.

TARTIşMA: Bu çalışmayı antipileptik kullanan çocuklarda kemik metabolizma bozukluklarının erken dönemde tesbit edilerek erken tedavinin planlanmasına dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: epilepsi, antiepileptikler, kemik dansitesi, kemik metabolizması

NONSPESİFİK BULGULAR İLE DE BAŞLIYABİLEN ÖNEMLİ BİR KLİNİK ANTİTE: BEYİN TÜMÖRLERİ

İhsan Kafadar¹, Feray Kaya², Arzu Ataman Demir¹, Fatma Yavuzylmaz¹

¹İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

²İstanbul Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Beyin tümörleri çocukluk çağında lösemilerden sonra en sık rastlanan kanser çeşididir. İnfratentoriyal veya supratentoriyal beyin tümörleri adı altında iki ana grupta incelenen beyin tümörleri gerek lokalizasyonuna gerek köken aldığı doku tipine gerekse çocuğun yaşına göre çok farklı semptomlar ile karşımıza çıkabilmektedir. Bu semptomlar konvüzyon, hemiparezi gibi nisbeten tesbit edilmesi kolay bulgular olabildiği gibi, iştahsızlık, davranış bozukluğu gibi nonspesifik bulgularda olabilmektedir. Bu çalışmamızda 4 farklı santral sinir sisteminde yer kaplayıcı olguyu santral sinir sistemi tümörlerine, bunların semptomlarına ve ayırıcı tanısına dikkat çekmek amacı ile sunduk.

Anahtar Kelimeler: beyin tümörleri, davranış bozukluğu

**İNME ETYOLOJİSİNDE DÜŞÜNÜLMESİ GEREKEN BİR VİRAL AJAN:
PARVOVİRUS B 19**

*İhsan Kafadar, Hicran Gül Emral, Oya Köker, Nazan Dalgıç Karabulut
İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği*

Parvovirüs B19 sadece insanda hastalık yapan farklı klinik tablolara yol açabilen bir virüstür. Parvovirüs B19 enfeksiyonu çok farklı klinik sendromlara sebep olur. Çocuklarda en sık ateş ve yanaklarda tipik döküntülere sebep olan eritema enfeksiyözuma neden olur. Parvovirüs B19 SLE, otoimmün hastalıklar, ensefalit, miyokardit, artrit, vaskülit ve nörolojik defisite yol açar. Bu yazıda stroke, hepatomegali ve anemi nedeniyle servise yatırılıp Parvovirüs B19 enfeksiyonu saptanan 2 yaşında bir erkek hasta Parvovirus B19 a bağlı nörolojik patolojilere dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Anahtar Kelimeler: İnme, Parvovirus B 19

SEREBRAL PALSİ TANISI İLE TAKİP EDİLMİŞ BİR METAKROMATİK LÖKODİSTROFİ OLGUSU

İhsan Kafadar, Didem Öztürk

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Dünyada metakromatik lökodistrofi insidansının 1/40000 - 1/160000 arasında olduğu tahmin edilmektedir. Geç infantil, juvenil ve erişkin tipleri mevcuttur. Geç infantil tip 1-2 yaş içinde başlar ve hastanın gelişimi 1-2 yıl içinde diğer depo hastalıkları gibi duraklar ve gerileme başlar. İrritabilite, yürüyememe ve dizin hiperekstansiyonu gözlenir. Derin tendon refleksleri azalmıştır veya alınamaz. Kas erimesi, zayıflık ve hipotoni giderek belirginleşir. Nistagmus, myoklonik nöbetler, optik atrofi, görme bozuklukları ve kuadriparezi hastalığın son evre bulgularıdır. 3-5 yılda ölümle sonuçlanır. Serebral palsi tanısı ile farklı merkezlerde takip edilmiş bir olguyu bu nadir nörodejeneratif hastalığa dikkat çekmek amacı ile sunuyoruz.

Anahtar Kelimeler: metakromatik lökodistrofi, serebral palsi

PP-127

DOĞUM AĞIRLIĞI 1500GR VE ALTI OLAN 11-13 AYLIK BEBEKLERİN GELİŞİMSEL DEĞERLENDİRMESİ

Ebru Ayyıldız

Şişli Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi

Çalışmam 1 Aralık 2012– 1 mart 2013 tarihlerinde Şişli Etfal EAH. Gelişimsel Pediatri Ünitesinde yapıldı.

1500 Ggr altı doğum ağırlığı olan ve Düzeltilmiş yaşları 11-13 ay arası bebeği olup çalışmayı kabul eden 50 ebeveyn ile görüşmeler yapıldı. Ve Bebeklerin değerlendirmelerinde Gelişimi İzleme ve Destekleme Rehberi (GIDR) kullanıldı.

Çalışmamda DY 11-13 aylık 50 bebeğin 37(%74) sinin ebeveyni bebeklerinin gelişimi ile ilgili kaygılıydı. (premature, doğum ağırlığı çok az, zekası normal olacak mı vb. kaygı sebepleri arasında)değerlendirme sonucuna göre;

Bebeklerden 2 (%4)isi shunt'lı hidrosefali idi.

Bebeklerin 21(%42)sinde en az 1 alanda gelişimsel gecikmesi tespit edilmiştir
Bebeklerin;

- 8(%16)'inin anlatım dil, alanında
- 6(%12)'sinin alıcı dil alanında gecikmesi,
- 16 (%32)sinin kaba hareket alanında,
- 9 bebeğin (%18) ince hareket alanında,
- 2 bebeğin(%4) iletişim alanında,
- 3 bebeğin(%6) oyun alanında,
- 2 bebeğin ise(%4) kendine bakım alanında gecikmeleri saptanmıştır.

Bu bebeklerden fizik tedavi biriminde takip olması gerekli bebek sayısı 11(%22)olarak tespit edilmiştir.

Düzenli ve uzun süre özel eğitim ve fizik tedaviye ihtiyacı olan bebek ise 5 (%10) olarak tespit edilmiştir

Çalışmam Gelişimsel Pediatri Ünitesinden takipli az sayıda prematürede yapılmasına rağmen gelişimsel gecikmeler görüldü. Gelişimsel gecikmeleri zamanında saptamak ve önlemek amacıyla rutin kontroller sırasında gelişimin değerlendirilmesi ve özellikle prematüre bebeklerin gelişimsel takipte olması faydalı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: 1500 gr ve altı, gelişim değerlendirme,

ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİ'NE BAŞVURAN ZEHİRLENME OLGULARININ RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Osman Gönülal, Sinem Polat, Veysel Çeliktepe, Hülya Kımıl

Şişli Etfal Eğitim Ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

AMAÇ: 1 Ocak 2012-1 Ocak 2013 tarihleri arasındaki bir yıllık sürede çocuk acil polikliniği'ne başvuran olgularının demografik epidemiyolojik ve klinik özelliklerin belirlenmesi ve gerekli önlemlerin alınması için yol göstermesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çocuk acil polikliniğine getirilen ve yaşları 0-18 arasında olan 312 zehirlenme olgusu retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Olguların çoğunluğu 2-5 yaş arasındaydı (%54). En çok zehirlenme etkeni ilaçlardı (%83). İlaçlar arasında en çok görülenler analjezikler (%28) ve antidepresanlardı (%15). Olguların büyük çoğunluğu dikkatsizlik (%66) nedeniyle zehirlenmeye maruz kalmıştı. Özellikle adolesan grupta ilaç alımı kız hastalarda %83 oranında gerçekleşirken bu vakaların büyük kısmı (%88) intihar girişimi nedeniyle ilaca maruz kalmıştı. İntihar amaçlı zehirlenme vakaları tüm olguların %28'ini oluşturmaktaydı. Olguların büyük kısmının (%85) takip ve tedavisi acil serviste tamamlandı. Gözlem süresi 24 saatten uzun olan ve yatarak izlenmesi gereken hastalar (%15) yatırılarak tedavileri düzenlendi.

SONUÇ: Başlıca zehirlenme nedeni ailenin dikkatsizliği nedeniyle çocuğun kazara ilaç alımıdır.İntihar amaçlı zehirlenmeler daha az sayıdadır (89 olgu, %15) fakat kız cinsiyete sahip olmak adolesan yaş grubunda intihar amaçlı ilaçlara maruz kalma ihtimalini artırmaktadır. Aileler ve hekimler tarafından alınacak önlemlerin

yanı sıra, ülkemiz genelindeki zehirlenmelerin epidemiyolojik özelliklerinin belirlenmesi, çocukluk çağı zehirlenmelerinin önlenmesine, mortalite ve morbiditesinin azaltılmasına önemli katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Zehirlenme, çocukluk çağı, epidemiyoloji

KONUSUNDAKİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Dilden Torbalı¹, Toprak D.²

¹Kayseri Sarız İlçe Devlet Hastanesi

²Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Aile Hekimliği Kliniği

AMAÇ: Bebeklerin doğumdan sonra ilk altı ay tek başına anne sütü ile beslenmesi, infant sağ kalımında artış ve hastalık riskinde azalma ile doğrudan ilişkilidir. Bu çalışmada; 0-24 ay arası bebeği olan annelerin, anne sütü verme konusunda bilgi, tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma; İstanbul’da bir Aile Sağlığı Merkezlerine, Şubat-Mart 2012 tarihleri arasında başvuran, 0-24 ay arası bebeği olan 161 anne ile yüzyüze anket yaparak gerçekleştirildi. Annelerin sosyodemografik özelliklerinin yanısıra doğum bilgileri, emzirmeyle ilgili tutum ve davranışları kaydedildi. Veriler, SPSS 15.0 programında χ^2 testi kullanılarak analiz edildi.

BULGULAR: Çalışmaya katılan annelerin tamamı doğumdan sonra çocuklarını anne sütü ile beslemişlerdi. Annelerin %63.7’si, anne sütü ile besleme kararını gebelikten önce vermesine rağmen %20.8’i, sütü gelmediği için önce başka bir gıdayla beslemişti ve bu annelerin %60.0’ı hazır formül mamalar vermişti. Annelerin %54.1’i bebeklerini beslerken biberon kullandığını, %39.1’i ise emzik kullandığını bildirdi. %43.4’ü ek gıdaya 6. aydan sonra, %14.0’ı ilk üç ay içinde başlamıştı. %47.7’si, ek gıdaya başlama nedeni olarak sütünün yetersiz gelmesini gösterirken %59.7’u ek gıdaya doktor önerisi ile başlamıştı. Çalışan annelerin %18.8’i çalışmayan annelerin %55.2’si sütünün yetersiz olduğunu ve bu nedenle ek gıdaya başladıklarını belirtirken aradaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulundu

($p=0.000$). Üniversite mezunu annelerin 23.1'i işe başlama nedeni ile ek gıdaya başladıklarını belirtti ve eğitim düzeyiyle ek gıdaya geçiş nedeni anlamlı farklılıklar gösterdi ($p=0.001$). Annelerin %87.3'ü emzirme ile ilgili eğitim aldığını, eğitim alanların %65.7'si bu eğitimi hemşireden aldığını belirtti. Eş eğitim düzeyi ile ilk üç gün süt gelmeden bebeği besleme ve ek gıdaya geçme zamanı arasında anlamlı bir ilişki bulundu ($p=0.001$). Emzirme eğitimi alan annelerin eğitim almayanlara göre bebeği ilk bir saatte daha çok emzirmeye çalıştıkları görüldü ($p=0.050$).

SONUÇ: Anneler emzirme konusunda desteklenmeli ve anne sütü ile ilgili yeterli ve doğru olarak bilgilendirilmeli; bu eğitimi verecek yardımcı sağlık elemanı belli aralıklarla eğitilmelidir. Bebek dostu hastane sayısı artırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anne sütü

SEREBRAL PALSİLİ HASTALARDA HAREKET DÜZEYİNİN KEMİK MİNERAL DANSİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ

İhsan Kafadar, İlknur Balcı, Didem Öztürk

İstanbul Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

GİRİŞ: Serebral palsi (SP), gelişmekte olan santral sinir sisteminin çeşitli nedenlerle etkilenmesi ve gelişiminin bozulmasından kaynaklanan; çocukluk çağının en sık motor kısıtlılık formudur. Serebral palsili hastalarda, yaşam koşullarını en çok etkileyen, hasta bakımı ve tedavisini zorlaştıran durum spontan veya minimal travma sonucu oluşan kemik kırıklarıdır ve prevalansının %5-60 oranında olduğu bildirilmektedir. Yapılan çalışmalarda bu hastalardaki en maliyetli medikal sorunun kemik kırıklarının tedavisi olduğu gösterilmiştir. Azalmış kemik mineral dansitesi (KMD) kemik kırıklarının başlıca sebebidir.

MATERYAL-METOD: Çalışmamıza, Şişli Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi Polikliniği'nden takipli, yaşları 4,5 ile 16,5 yıl arasında değişen (ortalama yaş: $9,94 \pm 3,08$), 24 erkek, 14 kız toplam 40 serebral palsi tanılı hasta dahil edildi. Hastalar demografik özellikleri, serebral palsi tipi, hareket düzeyi, hareket durumuna etki edebilecek fizyoterapi, alt ekstremit / skolyoz ameliyatı, geçici immobilizasyon öyküsü gibi ek faktörlere göre gruplandırıldı. Hareket düzeyi Gross Motor Fonksiyonel Sınıflandırma Sistemi (GMFCS) kullanılarak 1 ile 5 arasında sınıflandırıldı (GMCSF; 14). Hastaların kemik mineral dansitesi lomber vertebra (L2-L4) düzeyde Dual Energy X-ray Absorbsiometri (DEXA) yöntemi kullanılarak ölçüldü. Hastalar CP tiplerine göre ve GMFCS kullanılarak hareket düzeylerine değerlendirildi.

BULGULAR: Bütün hasta grubu deęerlendirildięinde ortalama lomber KMD z skoru belirgin dūřuk bulundu. Hastalar hareket dūzeylerine gōre deęerlendirildięinde GMFCS’de dūzey 4 ve 5 olan hastalarda lomber bōlge KMD belirgin dūřuk bulundu. Çalıřmamızdaki mevcut sonuçlar serebral palsili hastalarda kırık riskini arttıran KMD dūřuklūęu ile hareket dūzeyi arasında çok önemli bir iliřki olduęunu gōstermektedir. Hareket dūzeyi en kōtū olan quadriplejik hastalar en dūřuk KMD deęerlerine sahiptir ve osteopeni ve kırık geliřimi yōnünden yūksək risk tařımaktadır. Fizyoterapi ve cerrahi tedaviden pozisyonel olarak ve hareket durumunda iyileřme řeklinde yarar gōren hastaların KMD dūzeylerinin yūksək olması, bu iliřkiyi destekler niteliktedir.

TARTIřMA-YORUM: Hareket durumu iyilięi, beslenme yeteneęi, gūn ıřıęına maruziyet gibi kemik metabolizmasıyla ilgili dięer etkenlerle de yakından iliřkilidir. Bu nedenle serebral palsili hastaların hareketlilięi mōmkūn olan en yoęun biçimde desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: serebral palsy, osteopeni, kemik kırığı

DİZİN

ACAR Yeşim

PP-23

PP-81

ACAR Yeşim Fehime

PP-04

AÇIK Hikmet Eren

SS-05

AÇIK Mehmet Eren

PP-51

ADAL Erdal

PP-122

ADAL Servet Erdal

PP-05

PP-06

PP-27

AKÇA Gizem

PP-117

PP-43

AKCAN TOMBALAK Neşe

PP-74

AKÇAY Gizem

PP-119

AKIN Melih

SS-10

AKINCI Ayşe Burcu

PP-122

AKINCI Nurver

SS-06

SS-07

PP-31

PP-37

PP-43

PP-58

PP-71

PP-75

AKOVA Fatih

PP-35

AKŞAHİN Berna

PP-03

PP-05

PP-106

AKSOY Sermin

PP-61

PP-64

PP-79

AKYILDIZ Ebru

SS-13

ALDİC Guliz

PP-96

ASLAN Pervin Ebru

PP-63

ALTIN Fatma Tuba

PP-74

ATAMAN DEMİR Arzu

PP-118

PP-124

ALTINMAKAS Huriye Elif

PP-105

PP-28

AYATA Fatma

PP-18

ANKAY Nermin

PP-21

AYAZ Nuray

PP-19

ARAT Cem

PP-05

AYDIN Betül

PP-117

PP-119

PP-121

ARSLAN Elif

PP-04

AYGÜNEŞ Utku

PP-18

PP-22

PP-54

PP-65

ARSLAN Selda

SS-13

SS-14

SS-15

PP-96

AYHAN Yusuf

PP-110

ASKAR Hasan

PP-96

AYTAÇ KAPLAN Emel

PP-103

PP-114

ASLAN Ayşe Şirin

PP-116

PP-118

PP-25

AYTAÇ KAPLAN Emel Hatun
PP-11

BARLIK Faruk
PP-108

AYYILDIZ Durdugül
PP-61
PP-62
PP-79

BARLIK Meral
PP-108
PP-109
PP-112
PP-113

AYYILDIZ Ebru
PP-127
PP-89

BAŞ Evrim Kıray
SS-15

BALCI İlknur
PP-110

BAŞ Vedat
SS-08

BALCIOĞLU Akcahan
PP-117

BATUR ÇALIŞ Aslı
PP-68

BALCIOĞLU Akçahan
PP-76

BENK SİLFELER Dilek
PP-96

BALIK Ali
PP-08
PP-10
PP-63

BOLAT Fatih
PP-22
PP-54
PP-65

BARIŞ Şehnaz
PP-120
PP-122
PP-123

BORAKAY Dilek
PP-102
PP-30
PP-32
PP-33
PP-48
PP-49

BOZDOĞAN Seher

SS-01

PP-12

BÜYÜKKAYHAN Derya

PP-110

PP-69

BÜLBÜL Ali

SS-09

SS-10

SS-11

SS-12

SS-13

SS-14

SS-15

PP-100

PP-14

PP-15

PP-16

PP-82

PP-83

PP-84

PP-85

PP-86

PP-87

PP-88

PP-90

PP-91

PP-92

PP-93

PP-94

PP-98

PP-99

ÇAKI KILIÇ Suar

PP-54

ÇAKIR Çağlar

PP-13

CAN Emrah

PP-01

PP-02

ÇELİK Muhittin

SS-11

SS-15

PP-14

PP-83

PP-84

PP-85

PP-86

PP-87

PP-88

PP-90

PP-91

PP-92

PP-93

PP-94

PP-98

PP-99

BÜLBÜL Lida

PP-21

BÜYÜKBAŞ Gamze

PP-35

ÇELİKTEPE Veysel

PP-114

PP-128

PP-58

ÇETİNÇELİK Ümran
PP-41

ÇETİNER Sibel
PP-43

ÇETİNOL Sezin
PP-21

ÇİVİLİBAL Mahmut
SS-01
PP-12
PP-97

ÇOLAK Pınar
PP-26

ÇÖMÇE Muhammet
PP-34

D. Toprak
PP-129

DAĞ Hüseyin
PP-107

DAĞDELEN Dağhan
SS-02
SS-03
PP-46
PP-60

DALGIÇ Nazan
PP-55

DALGIÇ KARABULUT Nazan
PP-11
PP-61
PP-62
PP-64
PP-66
PP-79
PP-80

DEMİR İbrahim Halil
PP-96

DEMİR Mevlüt
PP-18

DEMİR Selcan
PP-08
PP-09
PP-10
PP-63
PP-72
PP-78

DEMİREL Emirzad
SS-04
PP-44

DEMİRGAN Ebru
PP-32
PP-34
PP-49

DEMİRĞAN Ebru Burcu

PP-101
PP-102
PP-30
PP-33
PP-35
PP-48

DEMİRKOL Demet

PP-20

DIĞIN Figen

PP-01
PP-02

DOBRUCALI Hale

PP-51

DOĞAN Ahmet

PP-06

DOĞAN Duygu

PP-62
PP-64
PP-77
PP-79

DOĞAN Fatma

PP-102

DOĞAN Melih Timuçin

PP-18
PP-22

DOĞAN VURAL Sema

PP-37

DOKUCU Ali İhsan

SS-06

DURSUN Mesut

SS-09
SS-10
SS-11
SS-12
PP-84
PP-85
PP-86
PP-87
PP-88
PP-90
PP-91
PP-92
PP-93
PP-94
PP-98
PP-99

DURU Nilgün Selçuk

SS-01

EKŞİOĞLU Birsan

SS-05

ELEVLİ Murat

SS-01
PP-12
PP-97

EMİR Yunus Veli

PP-53

PP-55

PP-95

EMRAL Hicran Gül

PP-125

PP-31

ERALP Ela

PP-104

PP-25

ERAT Meryem

PP-69

ERÇETİN Meryem

PP-02

ERDEM Ela

SS-07

ERDOĞAN Şenay

PP-13

EREN Hikmet İhsan

PP-40

PP-73

ERGÜVEN Müferet

PP-07

PP-08

PP-09

PP-10

PP-63

PP-72

PP-74

PP-78

EROĞLU Belgin

PP-77

EROL Meltem

PP-101

PP-102

PP-30

PP-32

PP-33

PP-34

PP-35

PP-48

PP-49

PP-50

EROL Nurdan

PP-69

ERSOY Gizem

PP-08

PP-110

PP-72

ERTÜRK Mehmet Şükrü
PP-11

GÖK Veysel
PP-49

ESEN Ayşe Banu
PP-34

GÖKMEN YILDIRIM Tülin
PP-101
PP-49

GAYRETLİOĞLU Fatmagül
PP-26

GÖNÜLAL Osman
PP-128
PP-58

GEMİCİ Hatice Betül
PP-13

GÜL Zeliha
SS-03
PP-46
PP-57

GENÇ Dildar Bahar
PP-104
PP-114

GÜLCAN Gülcihan
PP-105
PP-28

GENCER Haşim
PP-104
PP-53
PP-66
PP-95

GÜLEÇ Seda
PP-25

GEYLANİ GÜLEÇ Seda
SS-04
PP-39
PP-41
PP-44
PP-45
PP-47
PP-77

GÜLHAN Elif
PP-54

GÜLTEKİN Asım
PP-22
PP-54
PP-65

GİZEM KARA Pınar
SS-13

GÜLTEKİN Ece

PP-115

HAMİLÇIKAN Berna

PP-23

GÜLTEKİN Nazlı Dilay

PP-21

HAMİLÇIKAN Saniye Berna

PP-28

GÜRAN Ömer

SS-11

SS-14

SS-15

PP-100

PP-14

PP-83

PP-84

PP-85

PP-86

PP-87

PP-88

PP-90

PP-91

PP-92

PP-93

PP-94

PP-98

PP-99

HANCI Ayşe

SS-05

PP-51

HAŞİM Özlem

PP-62

HATİP İlhan

SS-08

HATİPOĞLU Dilek

SS-09

PP-14

HATİPOĞLU Sami

PP-21

GÜVEN Ahmet Sami

PP-54

PP-65

HORASANLI Kaya

SS-06

HACİKERİM KARŞIDAĞ

Semra

PP-60

PP-67

İÇAĞASIOĞLU Dilara

PP-18

PP-22

PP-54

İÇAĞASIOĞLU Füsün Dilara

PP-65

İNCE Damla

PP-13

IRMAK Fatih

SS-02

SS-03

PP-29

PP-36

PP-38

PP-42

PP-67

KABAKCI Dilek

PP-61

PP-62

PP-66

PP-80

PP-95

KABAKÇI Dilek

PP-20

PP-53

KAFADAR İhsan

PP-103

PP-110

PP-111

PP-114

PP-115

PP-116

PP-117

PP-118

PP-119

PP-120

PP-121

PP-122

PP-123

PP-124

PP-125

PP-126

PP-17

PP-53

PP-61

KAHYAOĞLU Hale

PP-27

KALÇIN Sibel

PP-105

PP-106

PP-27

PP-81

KARABULUT Nazan Dalgıç

PP-125

KARADENİZ Pınar

PP-19

KARAKAŞ Ali Özgür

PP-38

PP-60

PP-73

KAYA Hüseyin

PP-101

PP-30

PP-33

PP-50

KARAMAN Serap

PP-37

PP-39

PP-47

KAYHAN Umur

PP-52

KARASOY YEŞİLADA Aysin

PP-57

PP-67

KESİM USTA Merve

PP-56

PP-58

KARASÜLEYMANOĞLU Hatice

PP-26

KILIÇASLAN Önder

SS-06

PP-45

KARŞIDAĞ Semra Hacıkerim

PP-29

PP-36

PP-42

PP-46

KILINÇ Leyla

SS-05

PP-36

PP-38

PP-51

KASAPBAŞI Tuba

PP-19

PP-75

KILINÇ Leyla Türkoğlu

PP-73

KAYA Ali

PP-54

PP-65

KIMİL Hülya

PP-128

PP-53

PP-58

PP-95

KAYA Feray

PP-124

KIRAY BAŞ Evrim

SS-13

SS-14

PP-109

PP-112

PP-113

KIRMIZIÇİÇEK Zeynep

PP-75

KIYAK Medeni Volkan

PP-46

PP-60

PP-67

KÖK Sevilay

PP-106

PP-27

PP-28

KÖKER Oya

PP-103

PP-111

PP-115

PP-116

PP-117

PP-118

PP-119

PP-125

PP-17

PP-59

KÖLE Tolga

PP-03

PP-52

KONYA Murat

PP-48

KÖSE Gülşen

PP-25

PP-39

PP-41

PP-53

PP-56

PP-59

PP-77

KUMTEPE Soner

PP-83

KUNT Ayşe

PP-15

PP-16

PP-82

KURT DİZDAR Senem

PP-68

MAMMADOV Dilgem

SS-03

PP-36

PP-42

MAMMADOVA Elnare

PP-40

MEMEDOVA Elnara

PP-67

MEMMEDOV Dilgem

PP-57

MENEK Levent

PP-53

MOUSTAFA Fatma

PP-121

PP-17

MUNGAN AKIN İlke

PP-110

MYUMYUN Şirin

PP-26

NUHOĞLU Asiye

SS-09

SS-10

SS-11

SS-12

SS-13

SS-14

SS-15

PP-100

PP-14

PP-15

PP-16

PP-82

PP-83

PP-84

PP-85

PP-86

PP-87

PP-88

PP-89

PP-90

PP-91

PP-92

PP-93

PP-94

PP-98

PP-99

NURSOY ŞİRVAN Banu

PP-56

PP-60

OBA Sibel

SS-05

PP-51

OCAK Seda

PP-103

PP-111

PP-39

OFLAZ Mehmet Burhan

PP-54

PP-65

OĞUZ Özcihan

PP-07

ÖLMEZ Merve

PP-65

ÖLMEZ Meryem

PP-18

PP-22

ÖNAL Arzu Faika

PP-119

ÖNDER Feyza

PP-97

ORAL Arzu Faika

PP-116

PP-43

ÖZÇELİK Gül

SS-06

SS-07

PP-31

PP-37

PP-43

PP-71

PP-75

ÖZDEMİR Fatih Cemal

PP-05

ÖZDEMİR Göktuğ

PP-22

ÖZDEMİR Serap

PP-15

PP-16

ÖZDOĞAN Şebnem

PP-104

PP-25

PP-59

ÖZKAYA Filiz

PP-64

PP-66

PP-79

ÖZKAYA GÜL Filiz

SS-09

PP-14

ÖZTEPELİ Rohat

PP-06

ÖZTÜRK Didem

PP-104

PP-110

PP-126

PAKSOY Yahya

PP-105

PEKÜN Fügen

PP-122

PP-123

POLAT Can

PP-101
PP-30
PP-32
PP-33
PP-35
PP-50

POLAT Sinem

PP-128
PP-56
PP-58

PULLU Mine

SS-12

ROMANO Endi

PP-07

SARIGÖL Betül Dilek

PP-06
PP-120

SARIKABADAYI Yusuf Ünal

PP-109
PP-112
PP-113

SARITAŞ Ümit Arslan

PP-05

SAYAR Talip

PP-107
PP-23

SAZAK Soner

PP-06
PP-23

SELALMAZ Melek

PP-15
PP-16
PP-82

SELÇUK DURU Nilgün

PP-12
PP-97

ŞENGÜL Fatma Sevinç

PP-123
PP-19

SERDARZADE Cavid

PP-52

SEVEN MENEVŞE Tuba

PP-110
PP-78

SEVİM Kamuran Zeynep

SS-05
PP-26
PP-36
PP-40
PP-42
PP-46
PP-73

SEVİM Osman

SS-05
PP-40

SEVİM Zeynep

PP-51

SEVİM AYTUĞ Kamuran Zeynep

PP-57

SEVÜK ÖZÜMÜT Sibel

PP-110

SİLFELER İbrahim

PP-96

ŞİRVAN Selami Serhat

PP-29
PP-57
PP-60
PP-67

SÖZERİ Şehrinaz

PP-15
PP-16
PP-82

SUCU Deniz Özgür

SS-02
PP-26
PP-38
PP-73

SUMAN Murat

SS-01

TABAKCI Burcu

PP-37

TAŞTAN Yücel

SS-08

TELHAN Leyla

PP-19
PP-20
PP-41
PP-55
PP-56
PP-76

TOPRAK Gülşah

PP-97

TOPRAK Hamza

PP-97

TORBALI Dilden

PP-129

TRABZON Metin

PP-04

PP-107

TURAN Özden

PP-03

PP-106

PP-13

PP-52

TÜRKKAN Emine

PP-03

PP-04

PP-107

PP-123

PP-23

PP-28

PP-52

PP-81

TÜRKMENOĞLU Yelda

PP-05

PP-06

PP-105

PP-106

PP-13

PP-23

PP-27

TÜRKOĞLU Ebru

SS-11

PP-100

PP-84

PP-85

PP-86

PP-87

PP-88

PP-90

PP-91

PP-92

PP-93

PP-94

TÜRKOĞLU ÜNAL Ebru

PP-83

UÇAK Irmak

PP-68

ULUSOY Ayse

PP-10

ULUSOY Ayşe

PP-09

URGANCİ Nafiye

SS-04
PP-103
PP-104
PP-39
PP-44
PP-45
PP-47
PP-56
PP-58
PP-75

ÜSKÜL Hüseyin

PP-53
PP-61
PP-62
PP-64
PP-66
PP-79
PP-95

USLU Hasan Sinan

SS-11
PP-84
PP-85
PP-86
PP-87
PP-88
PP-90
PP-91
PP-92
PP-93
PP-94

USLU Sinan

SS-09
SS-10
SS-12
SS-13
SS-14
SS-15
PP-100
PP-14
PP-15
PP-16
PP-82
PP-83
PP-98
PP-99

USLU COŞKUN Berna

PP-68

USTA Ayşe Merve

PP-80

USTA Merve

SS-04
PP-39
PP-45

UZUNHAN Tuğçe

PP-30

VELİ EMİR Yunus

PP-41

VURAL Sema

SS-07

YALÇIN Koray

PP-119

PP-121

PP-81

YANIK Dilek Hatipoğlu

PP-76

YASA Emine Olcay

PP-74

YASA Olcay

PP-07

PP-08

PP-09

PP-10

PP-72

PP-78

YAVUZ Sinan

PP-101

PP-32

PP-50

YAVUZYILMAZ Fatma

PP-124

YEŞİLADA Ayşin Karasoy

SS-02

SS-03

SS-05

PP-29

PP-36

PP-38

PP-40

PP-46

PP-51

YİĞİT Özgül

PP-101

PP-102

PP-30

PP-32

PP-33

PP-34

PP-35

PP-48

PP-49

PP-50

YILDIRIM Feray

PP-55

YILDIRMAK Yıldız

SS-07

PP-104

PP-39

YILDIRMAK Z. Yıldız

PP-20

YILDIRMAK Zeynep Yıldız

PP-19
PP-55
PP-66
PP-75
PP-76
PP-80
PP-95

YILDIZ Elif

PP-09
PP-72

YILMAZ Bilal

PP-05
PP-52
PP-81

YILMAZ Şebnem

PP-45

YILMAZ ÇİFTDOĞAN Dilek

PP-108

YÜCE Erkan

SS-02
PP-29
PP-42

YÜKCÜ Bekir

PP-61
PP-62
PP-79

YÜKSEK Kübra

PP-71

YÜKSEL Azad Ozan

PP-23

YÜKSEL Ozan

PP-03

ZENCİR Erhan

PP-50

ZUBARİOĞLU Umut

SS-10

ZÜBARİOĞLU Adil Umut

SS-11
PP-84
PP-85
PP-86
PP-87
PP-88
PP-90
PP-91
PP-92
PP-93
PP-94

ZÜBARİOĞLU Umut

SS-09
SS-12
PP-100
PP-59

