



CUMHURİYETİN ÇOCUKLARI



58.

TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023

Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

Cumhuriyetin Çocukları

Sayende Cumhuriyetin Hekimleri Oldu!



KONGRE KİTABI

İÇİNDEKİLER

KURULLAR	3
KURS PROGRAMI	4
BİLİMSEL PROGRAM	6
KONUŞMA ÖZETLERİ	16
SÖZLÜ BİLDİRİLER	113
POSTER BİLDİRİLER	249

KURULLAR

Kongre Başkanı

FÜGEN ÇULLU ÇOKUĞRAŞ

Kongre Sekreteri

ÖMER FARUK BEŞER

Kongre Sekreteri

ÇİĞDEM AKTUĞLU ZEYBEK

Dernek Yönetim Kurulu Üyesi

KENAN BARUT

Dernek Yönetim Kurulu Üyeleri

ÖMER FARUK BEŞER

CENGİZ CANDAN

NUR CANPOLAT

FÜGEN ÇULLU ÇOKUĞRAŞ

BÜLENT KARADAĞ

ÖZGÜR KASAPÇOPUR

ERTUĞRUL KIYKIM

MEHMET VURAL

ÇİĞDEM AKTUĞLU ZEYBEK

**Yönetim Kurulu Üyeleri soyisim alfabetik sırasına göre dizilmiştir.

Kongre Kurs Programı

09 Mayıs 2023, Salı		
KURS	Yenidoğan Kursu / Kurs Başkanları: Fahri Ovalı, Mustafa Ali Akın	
13:00 - 13:20	Yenidoğanın Erken Dönem Sıvı/ Elektrolit Dengesi	Ayşen Sumru Kavurt
13:20 - 13:30	Soru-Cevap	
13:30 - 13:50	Yenidoğanda Hipoglisemi/ Hiperglisemiye Yaklaşım	Handan Hakyemez
13:50 - 14:00	Soru-Cevap	
14:00 - 14:20	Yenidoğanda Metabolik Asidoza Yaklaşım	Ersin Ulu
14:20 - 14:30	Soru-Cevap	
14:30 - 14:50	HİE'de Tanı-Transport ve Tedavi	Zeynep Alp Ünkar
14:50 - 15:00	Soru-Cevap	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 15:50	Yenidoğan Dönemi Taramaları	Selim Sancak
15:50 - 16:00	Soru-Cevap	
16:00 - 16:20	Yenidoğanda Konjenital Kalp Hastalığı Düşündürülen Bulgular ve Tanısal Yaklaşım	İrfan Oğuz Şahin
16:20 - 16:30	Soru-Cevap	
16:30 - 16:50	Doğum Salonunda Yenilikler	Levent Korkmaz
16:50 - 17:00	Soru-Cevap	
17:00 - 17:20	Geç Neonatal Sepsis ve Önleyici Yaklaşımlar	Sabahattin Ertuğrul
17:20 - 17:30	Soru-Cevap	
17:30 - 17:45	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı	
09 Mayıs 2023, Salı		
KURS	Beslenme Kursu – Dr. Kameran Ceylan anısına / Kurs Başkanları: Buket Dalgıç, Tanju Başarır Özkan	
13:00 - 13:20	Süt Çocuğu Beslenmesi; Tamamlayıcı Beslenme Nasıl Olmalı?	Günsel Kutluk
13:20 - 13:30	Soru-Cevap	
13:30 - 13:50	Süt Çocukluğu Döneminde Malnütrisyon Tanı ve Tedavisi	Funda Çetin
13:50 - 14:00	Soru-Cevap	
14:00 - 14:20	Büyük Çocuklarda Malnütrisyon Tanı ve Tedavisi	Cansu Altuntaş
14:20 - 14:30	Soru-Cevap	
14:30 - 14:50	Yatan Hastalarda Malnütrisyonu Tanıma ve Yönetimi	Hasret Ayıldız Civan
14:50 - 15:00	Soru-Cevap	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 15:50	Kronik Hastalıklarda Beslenme (Hematolojik, Nörolojik ve Kronik Akciğer Hastalıkları)	Fatih Ünal
15:50 - 16:00	Soru-Cevap	
16:00 - 16:20	Besin Alerjilerinde Beslenme Yaklaşımı	Didem Gülcü
16:20 - 16:30	Soru-Cevap	
16:30 - 16:50	Fonksiyonel Gıdalar ve Vitamin Takviyeleri Ne Zaman? Nasıl?	Nelgin Gerenli
16:50 - 17:00	Soru-Cevap	
17:00 - 17:20	Olgularla Parenteral Beslenme	Şükrü Güngör
17:20 - 17:30	Soru-Cevap	
17:30 - 17:45	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı	
09 Mayıs 2023, Salı		
KURS	İnteraktif Pediatrik Acil Kursu / Kurs Başkanları: Eylem Ulaş Saz, Murat Anıl	
13:00 - 13:20	Gerçek Yönetilmiş Olgularla Akciğer Grafisi Okuma Klinisyen vs. Radyolog Yorum Karşılaştırmaları	Eylem Ulaş Saz Hüdaver Alper
13:20 - 13:30	Soru-Cevap	
13:30 - 13:50	Pediatrik Temel ve İleri Yaşam Desteği – 2022 Güncellemeleri	Murat Anıl
13:50 - 14:00	Soru-Cevap	
14:00 - 14:20	Febri / Afebril Status Epileptikus Güncel Yönetimde Benzerlikler ve Farklılıklar	Sinem Oral Cebeci
14:20 - 14:30	Soru-Cevap	
14:30 - 14:50	Ateş Yüksekliği Olan 0-90 Günlük Çocuğun Güncel Algoritmalar ve Literatür Eşliğindeki Yönetimi	Ali Yurtseven
14:50 - 15:00	Soru-Cevap	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 15:50	Arama Kurtarma ile Enkazdan Acil Servise Getirilen Çocuk Hasta Yönetiminde Öncelikler	Eylem Ulaş Saz
15:50 - 16:00	Soru-Cevap	
16:00 - 16:20	Toksikolojik Acillerde İnciler ve Tuzaklar – Olgular Eşliğinde Yönetim	Hayri Levent Yılmaz
16:20 - 16:30	Soru-Cevap	
16:30 - 16:50	Kafa Travması Yönetimi ve Nörogörüntüleme Güncel Klinik Karar Verme Kuralları	Okşan Derinöz
16:50 - 17:00	Soru-Cevap	
17:00 - 17:30	Kahve Arası	
17:30 - 17:50	Obstrüktif Havayolu Hastalıklarının Acil Servis Yönetimi ve Tanı Algoritmaları	Ahmet Kağan Özkaya
17:50 - 18:00	Soru-Cevap	
18:00 - 18:30	Çocuk Acilde Ayın Olgusu – İnteraktif Yarışma	Caner Turan
18:30 - 18:45	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı	

09 Mayıs 2023, Salı		
KURS	Çocuk Yoğun Bakım Kursu / Kurs Başkanları: Dinçer Yıldızdaş-Tanıl Kendirli	
13:00 - 13:25	Çocuk Acil Hastasına Yapılandırılmış Yaklaşım	Funda Kurt
13:25 - 13:30	Soru-Cevap	
13:30 - 13:55	Şok Bulguları Olan Çocuğa Yaklaşım	Tanıl Kendirli
13:55 - 14:00	Soru-Cevap	
14:00 - 14:25	Bilinç Değişikliği Olan Hastaya Yaklaşım	Fatih Aygün
14:25 - 14:30	Soru-Cevap	
14:30 - 14:55	Solunum Sıkıntısı Olan Çocuğa Yaklaşım	Hasan Ağın
14:55 - 15:00	Soru-Cevap	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
15:30 - 15:55	Status Epileptikus ve Tedavisi	Murat Duman
15:55 - 16:00	Soru-Cevap	
16:00 - 16:25	KIBAS ve Tedavisi	Dinçer Yıldızdaş
16:25 - 16:30	Soru-Cevap	
16:30 - 16:55	Pediyatrik Akut Respiratuvar Distres Sendromu	Mutlu Uysal Yazıcı
16:55 - 17:00	Soru-Cevap	
17:00 - 17:50	Olgular ile Çocuk Yoğun Bakım	Oğuz Dursun
17:50 - 18:00	Soru-Cevap	
18:00 - 18:15	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı	

09 Mayıs 2023, Salı		
KURS	Çocuk Alerji - Dermatoloji Kursu	
Çocukluk Çağı Astımı / Oturum Başkanı: Nerin Bahçeciler		
13:00 - 13:20	Hangi Çocukta Astım? Astım Tanı ve Ayırıcı Tanısı	Şükrü Çekiç
13:20 - 13:30	Soru-Cevap	
13:30 - 13:50	Birinci Basamakta Astımın Uzun Dönem Tedavisi	Ceren Can
13:50 - 14:00	Soru-Cevap	
14:00 - 14:20	Akut Astım Atağı ve Tedavisi	Ayça Kıyıkım
14:20 - 14:30	Soru-Cevap	
Anafilaksi / Oturum Başkanı: Cevdet Özdemir		
14:30 - 14:50	Anafilakside Güncel Gelişmeler	Arzu Babayigit
14:50 - 15:00	Soru-Cevap	
15:00 - 15:30	Kahve Arası	
Pediyatrik Dermatoloji / Oturum Başkanı: Zeynep Ülker Tamay		
15:30 - 15:50	Çocuklarda Sağlıklı Cilt Fizyolojisi ve Cilt Bakımı	Zekayi Kutlubay
15:50 - 16:00	Soru-Cevap	
16:00 - 16:20	Atopik Dermatit Tedavisinin Vazgeçilmezleri	Zeynep Topkarcı
16:20 - 16:30	Soru-Cevap	
16:30 - 16:50	Alerji Pratiğinde Cilt Döküntüleri	Nurşen Çiğerci Günaydın
16:50 - 17:00	Soru-Cevap	
17:00 - 17:20	Romatolojik Hastalıklar İçin Önemli İpucu; Cilt Döküntüsü	Mehmet Yıldız
17:20 - 17:30	Soru-Cevap	
17:30 - 17:45	Kapanış ve Sertifika Dağıtımı	

Kongre Bilimsel Programı

10 Mayıs 2023, Çarşamba

SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İtler Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu	Prof. Dr. Ömer Bedir Salonu
08:30 - 11:00	AÇILIŞ TÖRENİ CUMHURİYETİN ÇOCUKLARI Moderatörler: Haluk Çokuğraş, Özgür Kaşapçopur Konuşmacı: İlber Ortaylı				
11:00 - 11:30	Kahve Arası				
11:30 - 12:15	UYDU SEMPOZYUMU ÇOCUKLARDA ÖKSÜRÜK YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Emin Ünüvar Konuşmacılar: Ömer Faruk Ünal, Dilek Yılmaz				
12:15 - 13:15	Öğle Yemeği				
13:15 - 14:15	PROBİYOTİKLER, PREBİYOTİKLER: GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: Raşit Vural Yağcı, Güldane Koturoğlu Probiyotik ve Prebiyotiklerin Birlikte olduğu Yeni Ufuklar - Funda Çetin Alerjik Hastalıklara Mikrobiyota Açısından Bakış - Koray Harmancı	TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS "IMMÜNOLOJİ" İMMÜNOLOJİNİN ÇIKMAZLARI Oturum Başkanları: İsmail Reisli, Derya Ufuk Altıntaş Sekonder İmmün Yetmezlik; İlaça Bağlı - Gülide Aksu İmmün Yetmezlik ve Kanser - Şebnem Kılıç	ÇOCUK ACİLDE AKLİMİZDA BULUNSAN PEDIATRICS "IMMÜNOLOJİ" Oturum Başkanları: Murat Duman, Metin Uysalol Çocuk Acilde Madde Kullanımına Yaklaşım - Murat Anıl Laboratuvar Değerlerinde Her Yükseliş Anlamlı Midir? - Sinem Oral Cebeci	ÇOCUK NÖROLOJİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Sema Saltık, Kürşat Bora Çarman Yenidoğan Nöbetleri - Hasan Tekgüil Nörolojik Sorunu Olan Çocuklarda Erken Dönem İpuçları - Serhat Güler	
14:15 - 15:15	HAVA VE ÇEVRE KİRLİLİĞİNİN ÇOCUK SAĞLIĞINA ETKİLERİ Oturum Başkanları: İsmail Göçmen, Ferhan Karademir Hava Kirliliği - Nihat Sapan Sularımızın ve Topraklarımızın Kirliliği - Serpil Uğur Baysal İklim Değişikliğinin Sonuçları - Feyza Koç	PROF. DR. İLHAN TEZCAN ONURUNA - İMMÜNOLOJİDE GÜNCELLEMELER Oturum Başkanları: İlhan Tezcan, Yıldız Camcıoğlu Bir Çocuk Hekimi Ne Zaman Primer İmmün Yetmezlik Düşünmeli (Olgu Bazlı) - Ayça Kıyıkım Primer İmmün Yetmezlik Düşünmeli: Kime? Hangi Tedavi? Nasıl İzleyelim? - Safa Barış Sendromik İmmün Yetersizlikler (Olgu Bazlı) - Elif Karakoç Aydın	GASTROENTEROLOJİ BAKIŞIYLA BESİN ALERJİLERİ Oturum Başkanları: Yaşar Doğan, Buket Dalgıç Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalığı mı? Besin Alerjisi mi? - Merve Kesim Usta Gastrointestinal Sistem Tutulumlu Besin Alerjilerinde Güncel Yaklaşım - Zerrin Önal	TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS "NEFROLOJİ" NEFROLOJİDE GENETİK TESTLER YAKLAŞIMI DEĞİŞTİRDİ Mİ? Oturum Başkanları: Rezan Topaloğlu, Nur Canpolat Proteinüri - Bora Gülhan Glomerüler Hematüri - Belde Kasap	ZOR OLGULAR Oturum Başkanları: Kenan Barut, Ayşe Ayzıt Sakallı Zor Olgu 1 - Didem Kızmaz Işançlı Zor Olgu 2 - Fatmanur Ayerdem Zor Olgu 3 - Kübra Boztepe Zor Olgu 4 - Nülüfer Gökmar
15:15 - 15:45	Kahve Arası				
15:45 - 16:30	UYDU SEMPOZYUMU GÜNCEL REHBERLER EŞLİĞİNDE İSPA İSPA YÖNETİMİ Oturum Başkanı: Haluk Çokuğraş Konuşmacı: Koray Harmancı				
16:30 - 18:00	PROF. DR. ESEN DEMİR ONURUNA - BESİN ALERJİLERİ Oturum Başkanları: Esen Demir, Remziye Tanaç, Figen Gülen Türkiye'de ve Dünya'da Besin Alerjilerinin İnsidansı, Besin Alerjilerinin Doğal Hikayesi - Gülbin Bingöl Besin Alerjilerinin Takip ve Tedavisinde Sık Yapılan Hatalar - Ayşen Bingöl Besinlere Bağlı Anafilaksi, Nasıl Yönetelim? Nasıl İzleyelim? - Cansın Saçkesen	ERGEN SAĞLIĞI Oturum Başkanları: Zehra Aycan, Bumin Nuri Dündar Göçmen ve Mülteci Ergenler: Nasıl Bir Yaklaşım? - Orhan Derman Deprem Ergenlere Yansımaları - Burak Doğançın	ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARINDA GÜNCELLEMELER Oturum Başkanları: Arif Kut, Fazilet Karakoç Uyku Bozuklukları Solunum Sistemi İlişkisi - Ayşe Ayzıt Kılıç Sakallı Pnömonilerin Tedavisi - Seda Uyan Yabancı Cisim Aspirasyonları - Nilay Baş	DERİ ALERJİLERİ Oturum Başkanları: Cevdet Özdemir, Reha Cengizler Akut Ürtikere Nasıl Yaklaşalım? Riskli Durumlar Nelerdir? - Metin Aydoğan Atopik Dermatit Hakkında Doğru Bilinen Yanlışlar - Pınar Uysal Kronik Ürtiker Nedir? Ne Yapalım? - Hikmet Tekin Nacaroğlu	TURKISH ARCHIVES OF PEDIATRICS Oturum Başkanları: Nur Canpolat, Çiğdem Aktuğlu Zeybek 2022'de TAP Açısından Neler Oldu? Neler Değişti? - Özgür Kasapçopur TAP İçin Yayıncının ve Derginin Mutfağında - Ali Şahin TAP'a Gönderilen Tıbbi Araştırmadan Beklentilerimiz? - Özgür Kasapçopur

58. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023 / Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

11 Mayıs 2023, Perşembe

SAAT	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İter Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu
07:30 - 08:30	ŞUBE BAŞKANLARI TOPLANTISI (İtalyan Ala Carte Restoran)			
08:30 - 09:30	TÜRKİSH ARCHIVES OF PEDIATRICS "NÖROLOJİ" İMMÜN KOKENLİ NÖROLOJİK BOZUKLUKLAR Oturum Başkanları: Serap Uysal, Bülent Kara İmmün Kökenli Epilepsiler - <i>Hüseyin Kılıç</i> İmmün Kökenli Nöropsikiyatrik Bozukluklar - <i>Hülya Maraş Genç</i> İmmün Kökenli Hareket Bozuklukları - <i>Sanem Keskin Yılmaz</i>	ÇOCUK POLİKLİNİNİNDE GASTROENTEROLOJİ - 3 SORU, 3 YANIT 50 Oturum Başkanları: Funda Çetin, Ayşen Uncuoğlu Kabızlık - <i>Meltem Uğraş</i> Gastrik Yakınması Olan Çocuk - <i>Murat Çakır</i>	AŞILAR 50 Oturum Başkanları: Emel Gür, Gülbün Gökçay Kronik Hastalıklarda Aşılama Güncel Gelişmeler - <i>Gonca Keskindemirci</i> Aşı Kararsızlığı ve Çözüm Önerileri - <i>Emel Gür</i>	YENİDOĞANDA SIK RASTLANAN DURUMLAR 50 Oturum Başkanları: Mehmet Satar, Mehmet Vural Doğum Sonrası Kord Dolaşımı Optimizasyonunda Neredeyiz? - <i>Şahin Taççı</i> Yenidoğanda Hiperbilirubinemi Yönetimi - <i>Cumhur Aydemir</i>
09:30 - 10:15	UYDU SEMPOZYUM YENİ NESİL VİTAMİN VE MİNERALLER Oturum Başkanı: <i>Güldane Koturoğlu</i> Konuşmacı: <i>Emin Ünüvar</i>			
10:15 - 10:45	Kahve Arası			
10:45 - 11:45	AFETLERDE ÇOCUK SAĞLIĞI; DEPREMLERDE ÇOCUKLAR Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Lale Sever Deprem Sonrası İlk Saatlerde Müdahale - <i>Eylem Ulaş Saz</i> Çocuklarda Deprem Psikolojik Etkisi - <i>Gizem Durcan</i>	ENDOKRİNOLOG GÖZÜYLE Oturum Başkanları: Oya Ercan, Özgür Pirgon Atipik Genitalite ile Doğan Bebeğe Yaklaşım - <i>Semra Çetinkaya</i> Çocukluk Çağı Obezitesine Yaklaşım - <i>Doğa Türkrahman</i>	TÜRKİSH ARCHIVES OF PEDIATRICS "ROMATOLOJİ" Oturum Başkanları: Özgür Kasapoğlu, Kenan Barut Sağlıklı Bir Çocukta Otoimmünite'den Otoenfeksiyona Uzman Yolculuk - <i>Yelda Bilginer</i> Sistemik JIA' dan Kriyoprinopatiye, Kriyoprinopatiden Ailesel Akdeniz Ateşine Uzman Zorlu Tanılandırma Yolculuğu - <i>Sezgin Şahin</i> Pediatri Uygulamasında Yeni Tanımlanan Çok Bilinmeyenli Denklem: İnterferonopatiler - <i>Hafize Emine Sönmez</i>	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Nazan Dalgıç, Çiğdem Aydoğmuş Kızamık Geri Döndü - <i>Esmâ Akboğa, Şebnem Apaydın</i> Korkulu Rüya; Anafaksi - <i>İşlay Turan, Özden Can</i>
11:45 - 12:30	UYDU SEMPOZYUM TEK ÖLÇÜMDE MALNÜTRİSYON FARKINDALIĞI VE TEDAVİ BAŞARISINA ETKİSİ Oturum Başkanı: <i>Haluk Çokuğraş</i> Konuşmacı: <i>Caner Us, Aydan Kansu Tanca, Bülent Ünay</i>			
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği			
13:30 - 14:30	ÜST SOLUNUM YOLLARI ENFEKSİYONLARINDA GÜNCEL DURUM Oturum Başkanları: Asım Kaytaş, Ayşe Sayılı Erenel Kilavuz Eşliğinde Tonsil ve Adenoid Sorunları - <i>Mehmet Ada</i> 'Akut Otitis Media': Pediatristin Yaklaşımı Nasıl Olmalı? - <i>Mustafa Hacmustafoğlu</i>	ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİDE SIK RASTLANAN SORUNLAR Oturum Başkanları: Rüveyde Bunday, Olcay Evliyaoğlu Olgularla Erken Ergenlik - <i>Ayça Törel Ergür</i> Olgularla Boy Kısaldığı - <i>Erdal Eren</i>	GÜNLÜK YAŞAMDA NEFROLOJİ "İDRAR YOLU ENFEKSİYONU" Oturum başkanları: Salim Çalışkan, Cengiz Candan İdrar Yolu Enfeksiyonu Tanı ve Tedavisi - <i>Mahmut Çivilibal</i> İdrar Yolu Enfeksiyonunda Görüntüleme - <i>Mehmet Taşdemir</i>	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Abdulkadir Bozaykut, Sami Hatipoğlu Çocuk Açilde Kann Ağrısı; Ne Zaman Cerrahi? - <i>Elif Demirci Aşansu, Özlem Erdede</i> Sık Rastlanan, Sık Atlanan Hastalık: Uyuz - <i>Cansu Altınöz, Tuğçe Aras Çöl</i>
14:30 - 15:15	UYDU SEMPOZYUM BEYİN, GÖZ VE KEMİK GELİŞİMİNDE TEMİZ VE GÜVENİLİR YENİ DESTEK: ALG YAĞI DHA Oturum Başkanı: <i>Emin Ünüvar</i> Konuşmacı: <i>Güldane Koturoğlu</i>			
15:15 - 15:45	Kahve Arası			
15:45 - 16:45	HİPOGLİSEMİK ÇOCUĞA YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Mehmet Nuri Özbek, Atilla Çayır Metabolizma Hastalıkları Uzmanı Gözüyle - <i>Engin Köse</i> Endokrinoloji Uzmanı Gözüyle - <i>Elvan Bayramoğlu</i>	AVRUPA'DA ÇOCUK HEKİMLİĞİ Oturum Başkanları: Fügen Çullu Çokuğraş, Massimo Mantovani Konuşmacılar: <i>Massimo Mantovani, Gizem Pamuk, Nesrin Karabul</i>	KLİNİK VE PRATİKTE HEPATOLOJİ Oturum Başkanları: Tufan Kutlu, Tülay Erkan Pratikte Neonatal Kolestaz Yönetimi - <i>Hasan Ali Yüksekay</i> Çocukluk Çağında Yağlı Karaciğer Hastalığına Yaklaşım - <i>Ahmet Baştürk</i>	TÜRKİSH ARCHIVES OF PEDIATRICS "YENİDOĞAN" Oturum Başkanları: Ömer Erdeve, Özmert Muhammet Ali Özdemir Pandemi Sonrası Yenidoğanlarda Viral Solunum Yolu Enfeksiyonları - <i>Serdar Alan</i> Prematürelde Solunum Desteği: Rehberlerden Bireyselliğe - <i>Özge Aydemir</i> Prematüre Bebekte Hemodinami: Fizyolojik Temelli Değerlendirme - <i>Fatma Nur Sarı</i>
16:45 - 17:30	UYDU SEMPOZYUM ENFLAMASYONDA YENİ NESİL BALANS PROTEİNLERİ - INFERRIN Oturum Başkanı: <i>Çiğdem Aktuğlu Zeybek</i> Konuşmacı: <i>Ertuğrul Kırıkım</i>			
17:30 - 18:45	ÇOCUKLUK ÇAĞININ BİTMEYEN SOUNU: KRONİK ÖKSÜRÜK Oturum Başkanları: Ali Bakı, Bülent Karadağ Üst Solunum Yolu Unutma - <i>Özge Yılmaz</i> Kronik Öksürük ve Astım - <i>Erkan Çakır</i> Unutmamak Gereken Daha Nadir Tanılar - <i>Hasan Yüksel</i>	ASTIMDA SON GELİŞMELER Oturum Başkanları: Nermin Güler, Zülfiyar Akelma Geçmişten Günümüze Astım Tedavisi - <i>İpek Türkteş</i> Astım Tedavisinde Sık Yapılan Hatalar (Ölgu Bazlı) - <i>Arzu Bakırtaş</i> Güncel Astım Tedavisi - <i>Esra Özek Yücel</i>	ENFEKSİYON HASTALIKLARI PANELİ Oturum Başkanları: Mehmet Turgut, Vefik Arıca Güncel Bakteriyel Menenjit Tedavisi - <i>Manolya Kara</i> Enfeksiyon Hastalıklarının Tanı ve Takibinde Laboratuvar - <i>Adem Karbuş</i> Yumuşak Doku Enfeksiyonları, Nasıl Tedavi Edelim? - <i>Deniz Aygün</i>	GÖĞÜS HASTALIKLARI PANELİ Oturum Başkanları: Haluk Çokuğraş, Ayten Pamukçu Dünya'da ve Türkiye'de Kistik Fibrozis, Güncel Durum - <i>Deniz Doğru</i> Bronşiyolitisi Nasıl Tedavi Edelim? Sık Yapılan Hatalar - <i>Demet Can</i> Akciğer Tüberkülozunun Güncel Tedavisi - <i>Velat Şen</i>

11 Mayıs 2023			
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU 1			
08:30 - 09:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU -1 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: Özge Metin Akcan, Bahri Elmas
	535	SS-001	İlyas Bingöl
	148	SS-002	Birgül Yıldız
	127	SS-003	Berra Nur Aksakal
	192	SS-004	Esra Topal
	464	SS-005	Pınar Ünal
10:45 - 11:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 3 ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ Oturum Başkanları: Cevdet Özdemir, Nazan Altinel
	537	SS-006	Oğuzhan Serin
	72	SS-007	Ecem Yiğit
	402	SS-008	Seyhan Erişir Oygucu
	78	SS-009	Burak Taha Keşkekoğlu
	356	SS-010	Özge Kaynar
13:30 - 14:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 5 ÇOCUK ROMATOLOJİ Oturum Başkanları: Ayşenur Bahadır, Fatma Betül Çakır
	376	SS-011	Muhammed Alperen Eravşar
	526	SS-012	Aybüke Günalp
	395	SS-013	Hakan Demir
15:45 - 16:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 7 ÇOCUK KARDİYOLOJİ Oturum Başkanları: Ayhan Pektaş, Özgür Kızılca
	51	SS-015	Merve Tosyalı
	17	SS-016	Gizem Doğan
	358	SS-017	Ezgi Tanburoğlu Çeliker
17:30 - 18:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 9 ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ Oturum Başkanları: Bayram Özhan, Hale Ünver Tuhan
	183	SS-018	Gürkan Tarçın
	529	SS-019	Büşra Gürpınar Tosun
	448	SS-020	Sevcan Bilen
	254	SS-021	Ahmet Kahveci
	69	SS-022	Yavuz Özer
473	SS-023	Dilek Bingöl Aydın	

11 Mayıs 2023			
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU 2			
08:30 - 09:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 2 YENİDOĞAN Oturum Başkanları: <i>Sabahattin Ertuğrul, Mustafa Kara</i>
	169	SS-046	<i>Tuğba Soyyiğit İşleyen</i>
	271	SS-047	<i>Ömer Faruk Yalçın</i>
	407	SS-048	<i>Buse Özer Bekmez</i>
	63	SS-049	<i>Elif Güler Kazancı</i>
284	SS-050	<i>Elif Demirci Aşansu</i>	
10:45 - 11:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 4 ÇOCUK NEFROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Aysun Karabay Bayazıt, Mahmut Çivillibal</i>
	499	SS-051	<i>Esra Karabağ Yılmaz</i>
	256	SS-052	<i>Kenan Doğan</i>
	134	SS-053	<i>Meltem Önder</i>
186	SS-054	<i>Şenay Zırlı Selçuk</i>	
13:30 - 14:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 6 ÇOCUK NÖROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Turgay Çokyaman, İpek Dokurel Çetin</i>
	150	SS-055	<i>Ayşen Haksayar</i>
	419	SS-056	<i>Öznur Yılmaz Bayer</i>
	555	SS-057	<i>Engin Köse</i>
	327	SS-058	<i>Özge Kaynar</i>
70	SS-059	<i>Zeyneb Afra Yartaşı Dinçel</i>	
15:45 - 16:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 8 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Soner Sertan Kara, İlyas Yolbaş</i>
	459	SS-060	<i>Beste Akdeniz Eren</i>
	501	SS-061	<i>Funda Yıldız</i>
	71	SS-062	<i>Damla Geçkalan</i>
477	SS-063	<i>Beyza Çakan</i>	
17:30 - 18:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 10 GENEL PEDIATRİ Oturum Başkanları: <i>İlhan Asya Tanju, Selçuk Gürel</i>
	217	SS-064	<i>Ceren Tanç</i>
	372	SS-065	<i>Büşra Çağlar</i>
	101	SS-066	<i>Ece Söylem Avlaç</i>
359	SS-067	<i>Ramazan Talşik</i>	

58. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023 / Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

12 Mayıs 2023, Cuma

Saat / Salon	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu	Prof. Dr. Özdemir İter Salonu	Prof. Dr. Metine Bilger Salonu	Prof. Dr. Şükran Yalçındağ Salonu
07:30 - 08:30	HASTANE TEMSİLCİLERİ TOPLANTISI (İtalyan Ala Carte Restoran)			
08:30 - 09:30	SOSYAL PEDIATRİ Oturum Başkanları: Emel Gür, Elif Özmert Erken Çocukluk Gelişimi ve Ekran Kullanımı - Elif Özmert Çocukluk Çağı Davranışsal Uykü Bozuklukları - Perran Boran	KRİTİK HASTADA SIVI TEDAVİSİ Oturum Başkanları: Harika Alp, Demet Demirkol Kritik Hastada İdame Sıvı İçeriği- Çağlar Ödek Kritik Hastada İdame Sıvı Miktarı- Filiz Yetimakman	TÜRKİSH ARCHIVES OF PEDIATRICS "GASTROENTEROLOJİ" Oturum Başkanları: Vildan Ertekin, Çiğdem Arıkan Erken Başlangıçlı Enflamatuvar Bağışsak Hastalığı; Tanı ve Tedavi İpuçları - Aykut Bayrak Eozinofilik Hastalıktan Enflamatuvar Bağışsak Hastalığına Giden Yol - Ödül Eğritaş	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Betül Sözeri, Çağatay Nuhoğlu Juvenil İdiopatik Artrit Taklitçileri - Naz Güçlü, Şengül Çağlayan Akut Romatizmal Ateşli Olgularda Güncel Yaklaşım - Emirhan Uzak, Salih Türkmen
09:30 - 10:15	UYDU SEMPOZYUMU PEDIATRİK AKUT GASTRENERİTİN YÖNETİMİ VE AKILCI PROBİYOTİK KULLANIMI Konuşmacı: Eylem Ulaş Saz			
10:15 - 10:45	Kahve Arası			
10:45 - 11:45	SEPSİS: TANISAL GELİŞMELER VE ZORLUKLAR Oturum Başkanları: Ali Ertuğ Arslanköylü, Adem Dursun Erken Tanıyı Nasıl Koyunuz? - Selda Hançerli Törün Kötülececek Hastayı Nasıl Öngörürüz? - Demet Demirkol	POLİKLİNİKTE SIK GÖZLENEN ENFEKSİYONLAR Oturum Başkanları: Olcay Yasa, Murat Tutanaç İnvazif GAS Enfeksiyonları, Güncel Durum - Ömer Kılıç Viral Solunum Yolu Enfeksiyonları Dalgası, Ne Öğrendik? - Soner Sertan Kara COVID-19 Salgın, Güncel Durum, Biz Ne Bekliyoruz? - Nazan Dalgıç	OLGU ÖRNEKLERİYLE İNTERAKTİF GENETİK TANI Oturum Başkanları: Fatih Süheyl Ezgü, H. Nürsel Elçioğlu Kaçırabileceğimiz veya Can Alıcı Klinik Bulgular? Genetik Test Ne Zaman İstenmeli? Hangi Genetik Değişim Hastalık Nedeni Kabul Edilmeli? Konuşmacılar: Beyhan Tüysüz, Dilek Uludağ Alkaya	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Kamil Şahin, Fevza Ustabaş Kahraman Kilo Almayan Çocuk - Halil Uğur Hatipoğlu, Ahsen Güler Kılıç Pnömoninin Farklı Yüzleri - Abdurrahman Zarif Güney, Furkan Yılmaz
11:45 - 12:30	DEĞİŞEN DÜNYA, DEĞİŞEN ENFEKSİYONLAR VE TEDAVİLER Konuşmacılar: Ateş Kara, Hasan Tezer	UYDU SEMPOZYUMU HİŞİTLİ ÇOCUK TAKİBİNDE BİR YENİLİK; WHEEZE SCAN Konuşmacı: Bülent Karadağ		
12:30 - 13:30	Öğle Yemeği			
13:30 - 14:30	PEDIATRİK VASKÜLER MALFORMASYONLAR - MULTİDİSİPLİNER YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Özcan Bör, İlgen Şaşmaz Konuşmacılar: Süheyla Ocak, Rahşan Özcan	YUVARLAK MASA DEPREM BÖLGESİNDE ÇOCUK HEKİMLİĞİ Moderatör: Aysun Karabay Bayazıt Konuşmacılar: Asaf Güven, Çiğdem El, Muhammet Asena, Seha Saygılı	ENFLAMATUVAR KALP HASTALIKLARI Oturum Başkanları: Funda Öztunc, Kemal Nişli Değişen Akut Romatizmal Ateş Tanı Kriterleri ve Kliniğe Yansımaları - Cansaran Tanıdır Kawasaki Hastalığı-MİSC Ayırımı ve Yönetim Farklılıkları - Ayşe İnci Yıldırım	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Ömer Faruk Beşer, Alp Özkan Hepatosplenomegaliyle Başvuran Hasta Ne Zaman Malign Hastalık? - Özge Kalmaz, Hakan Demir Hepatosplenomegaliyle Başvuran Hasta Ne Zaman Hepatolojik? - Eymen Pınar, Gülçin Ünlü
14:30 - 15:30	BİRİNCİ BASAMAK TESTLER EŞLİĞİNDE METABOLİK HASTALIKLARA YAKLAŞIM Oturum Başkanları: Ertuğrul Kıyım, Banu Nur Konuşmacılar: Özlem Ünal Uzun, Sevil Dorum	ÇOCUK ROMATOLOJİDE GÜNCELLEMELER ÇOCUK ROMATOLOJİ DERNEĞİ ORTAK OTURUM Oturum Başkanları: Özgür Kasapçopur, Nuray Aktay Ayaz Juvenil İdiopatik Artritte Tanılandırma Süreci ve Temel Tedavi Yaklaşımı - Semanur Özdel Çocukluk Çağı Bağ Dokusu Hastalıklarında Tanılandırma Süreci ve Temel Tedavi Yaklaşımı - Banu Çelikel Acar Çocukluk Çağı Vaskülitlerinde Tanılandırma Süreci ve Temel Tedavi Yaklaşımı - Oya Köker	ÖZEL HEKİMLİK Oturum Başkanları: Metin Karaböcüoğlu, Emin Ünüvar Konuşmacılar: Semra Akman, Ayşe Sokullu, Cihan Avaroğlu	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Öykü Tosun, Ferit Durankuş Nadir Bir Renovasküler Hipertansiyon Nedeni: Ortaaort Sendromu - Cansel Damar Kısakürek, Hande Nur Demirel Vitamin Eksikliklerinin Klinik İpuçları - Beste Yüksel Saçlı, Duygu Yılmaz
15:30 - 16:00	AKILCI ANTİBİYOTİK KULLANIMI Oturum Başkanı: Haluk Çokuğraş Konuşmacı: Emin Ünüvar	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanı: Gamze Özgürhan Çocuk Acilde Zehirlenmeler - Büşra Tunç Gürlük, Ümit Özdemir	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanı: Harika Alp İdrar İnkontinansı - Özge Günel, Berfu Tokuç Ülgen	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanı: Şirin Güven Klinikte Probiyotiklerin Kullanım Alanları - Elif Çetin, Tuğçe Göktaş
16:00 - 16:30	Kahve Arası			
16:30 - 17:30	"DEPREM VE NEFROLOJİ" Oturum başkanları: Lale Sever, Sevcan Bakkaloğlu Depremde Çocuklarda Sıvı Tedavisi: Doğrular ve Yanlışlar - Beltiçe Demircioğlu Kılıç Ezime Sendromu Tedavisi ve Diyaliz: Doğrular ve Yanlışlar - Yılmaz Tabel	YENİDOĞANDA GÜNCELLEMELER Oturum Başkanları: Esin Koç, Nilgün Köksal Anne Sütünün Zenginleştirilmesinde Güncel Yaklaşımlar - Sertaç Arslanoğlu Yenidoğan Hastalıklarında Kök Hücre Tedavisi - Mustafa Ali Akın	PEDIATRİK KARDİYOLOJİDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR Oturum Başkanları: Figen Akalın, Osman Başpınar Akut Dekompans ve Kronik Kalp Yetersizliği Yönetiminde Yeni ve Eski Neler Var? - Reyhan Dedeoğlu Term/Preterm Bebeklerde Patent Duktus Arteriyozusa Yaklaşım - İlker Kemal Yücel	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Hande Turan, Diğdem Bezen Olgularla Büyüme Geriliğine Yaklaşım - Gürkan Tarçın, Atike Berra Mert Farklı Yönelimle Tiroid Hastalıkları - Beril Berberoğlu, Selma Saraç
17:30 - 18:30	ÇOCUK ACİLDE GÜNDEMDEKİLER Oturum Başkanları: Hayri Levent Yılmaz, Mehmet Tekin Non-İnvaziv Ventilasyon Yöntemleri: YANKOT ve Diğerleri - Gülse Esen Besli Pediatristler İçin Travma; İlk Yaklaşım Nasıl Olmalı? - Şenol Emre	GÜNLÜK PRATİKTE HEMATOLOJİ Oturum Başkanları: Bülent Zülfikar, Hilmi Apak Aneminin En Sık Nedenleri; Demir ve B12 Eksiklikleri - Emine Türkkan Pratiğimizde Ne Zaman Hematoloji Konsültasyonu? - Başak Koç	SIK GÖRÜLEN DOĞUMSAL KALP HASTALIKLARI Oturum Başkanları: Ergün Çil, Cenap Zeybek Tanıda İpuçları, İlk Basamak Tedavi Yaklaşımları - Alper Güzeltaş Ne Zaman Cerrahi? - Oktay Korun	GENÇ PEDIATRİSTLER OTURUMU Oturum Başkanları: Selda Hançerli Törün, Meltem Erol Akut Gastroenteritte Güncel Yaklaşım - Ulkuhan Kaban, Sena Demir Aneminin Farklı Yüzleri - Selen Mandel Işıklı, Özge Marangoz

12 Mayıs 2023, Cuma			
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU 1			
08:30 - 09:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 11 GENEL PEDIATRİ Oturum Başkanları: <i>Murat Tutanç, Maleyka Karimova</i>
	26	SS-024	<i>Mehmet Görkem Aksoy</i>
	542	SS-025	<i>Saadet Nur Bozgeyik</i>
	119	SS-026	<i>Zeynep İzem Peker Bulğan</i>
	401	SS-027	<i>Didem Güneş Kaya</i>
326	SS-028	<i>Halil Uğur Hatipoğlu</i>	
10:45 - 11:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 13 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Murat Sütçü, Pınar Önal</i>
	227	SS-029	<i>İlhan Şafak Yalçinkaya</i>
	243	SS-030	<i>Duygu Tuğba Demir</i>
	199	SS-031	<i>Aslı Yeter Baş Can</i>
	33	SS-032	<i>Uygar Erkan</i>
240	SS-033	<i>Nazife Mengi</i>	
13:30 - 14:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 15 YENİDOĞAN Oturum Başkanları: <i>Mustafa Ali Akın, Şahin Takçı</i>
	410	SS-034	<i>Buse Özer Bekmez</i>
	104	SS-035	<i>Nurdeniz Karadurmuş</i>
	177	SS-036	<i>Mustafa Şenol Akın</i>
145	SS-037	<i>Yücel Pekal</i>	
14:30 - 15:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 17 ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNOLOJİ Oturum Başkanları: <i>Nurşen Çiğerci Günaydın, Esra Özek Yücel</i>
	37	SS-038	<i>Özge Kudu Akça</i>
	238	SS-039	<i>Ercan Albayrak</i>
	61	SS-040	<i>Büşra Demirci</i>
110	SS-041	<i>Beren Ayhan</i>	
15:30 - 16:00	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 19 YENİDOĞAN Oturum Başkanları: <i>Özmert Muhammed Ali Özdemir, Mustafa Cumhur Aydemir</i>
	43	SS-042	<i>Mustafa Şenol Akın</i>
	113	SS-043	<i>Amed Diyar Yalçın</i>
	343	SS-044	<i>Taner Aşkın</i>
20	SS-045	<i>Ceren Yapar Gümüş</i>	

12 Mayıs 2023, Cuma			
SÖZLÜ BİLDİRİ SALONU 2			
08:30 - 09:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 12 ÇOCUK YOĞUN BAKIM Oturum Başkanları: Fatih Battal, Gürkan Bozan
	14	SS-068	İlayda Altun
	15	SS-069	Nursena Koloğlu Ateş
	417	SS-070	Kübra Yılmaz
	73	SS-071	Gökçe Nur Yıldızoğulları
	74	SS-072	Recep Deniz
10:45 - 11:45	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 14 ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ Oturum Başkanları: Ahmet Faik Öner, Deniz Tuğcu
	277	SS-074	Ayşe Sena Dönmez
	335	SS-075	Senem Erşahin
	48	SS-076	Chichak Velieva
	92	SS-077	Ferhat Kaya
13:30 - 14:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 16 ÇOCUK NEFROLOJİ Oturum Başkanları: Yılmaz Tabel, Mehmet Taşdemir
	523	SS-079	Özge Kaynar
	489	SS-080	Şevki Erdem Varol
	81	SS-081	Burak Ütük
	289	SS-082	Emine Gülşah Özdemir
14:30 - 15:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 18 ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ Oturum Başkanları: Günsel Kutluk, Zerrin Önal
	496	SS-084	Özge Günel
	332	SS-085	Berfu Tokuç Ülgen
	314	SS-086	Gülşay Kaya
	211	SS-087	Abdurrahman Zarf Güney
15:30 - 16:10	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	SÖZLÜ BİLDİRİ OTURUMU - 20 ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ Oturum Başkanları: Merve Kesim Usta, Murat Çakır
	511	SS-089	Ece Kuduban
	530	SS-090	Cansu Duran
	75	SS-091	Demet Şeker
	122	SS-092	Elif Yiğit
	338	SS-093	Duygu Yılmaz
266	SS-094	Tahir Atik	

13 Mayıs 2023, Cumartesi	
Saat / Salon	Prof. Dr. Sezai Bedrettin Tümay Salonu
09:00 - 09:50	TÜRKİYE'DE PEDIATRİNİN GELİŞİMİ Moderatör: Özgür Kasapçopur
09:50 - 10:00	ARA
10:00 - 10:50	PEDIATRİDE YAŞANAN GÜNCEL SORUNLAR Moderatör: Ömer Faruk Beşer
10:50 - 11:00	ARA
11:00 - 12:00	AFETLERDE ÇOCUK HEKİMLİĞİ Moderatör: Haluk Çokuğraş

58. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023 / Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

11 Mayıs 2023			
E-POSTER ALANI			
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 1 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Pınar Önal, Bahri Elmas</i>
	21	EP - 001	<i>Gizem Doğan</i>
	83	EP - 002	<i>Tuğçe Aydın</i>
	107	EP - 003	<i>Meltem Önder</i>
	120	EP - 004	<i>Aslı Samsa Ödemiş</i>
	126	EP - 005	<i>Berra Nur Aksakal</i>
	131	EP - 006	<i>Müberra Canbaz</i>
	152	EP - 007	<i>Burçin Türkbek Cılız</i>
	203	EP - 008	<i>Feyat Tunç</i>
	214	EP - 009	<i>Leyla Atman</i>
	236	EP - 010	<i>Nisa Simgе Güleç</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 2 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Murat Sütçü, Yelda Türkmenoğlu</i>
	136	EP - 011	<i>Özge Kalmaz</i>
	220	EP - 012	<i>Betül Sezer Çetindamar</i>
	224	EP - 013	<i>Ece Yay</i>
	228	EP - 014	<i>Sercan Öztürk</i>
	229	EP - 015	<i>Ülkü Benan Sevim</i>
	230	EP - 016	<i>Abdullah Çınaroğlu</i>
	231	EP - 017	<i>Erva Aydınli Cinaroglu</i>
	244	EP - 018	<i>Beğüm Nişancı</i>
	257	EP - 019	<i>Tuğçe Aybek</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 3 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Adem Karbuz, Halil Uğur Hatipoğlu</i>
	261	EP - 020	<i>Rümeysa Ağır</i>
	292	EP - 021	<i>Melis Eyüpoğlu</i>
	351	EP - 022	<i>Numan Alperen Katmer</i>
	360	EP - 023	<i>Ramazan Talşık</i>
	367	EP - 024	<i>Berkay Alimoğlu</i>
	369	EP - 025	<i>Mirsaid Aghalarov</i>
	377	EP - 026	<i>Turgut Kaan Güven</i>
	391	EP - 027	<i>Esra Topal</i>
	398	EP - 028	<i>Savaş Mert Darakçi</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 4 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Manolya Kara, İlyas Yolbaş</i>
	449	EP - 029	<i>Gökçe Nuran Cengiz</i>
	461	EP - 030	<i>Cansu Günerhan</i>
	466	EP - 031	<i>İlyas Bingöl</i>
	468	EP - 032	<i>Nazmiye Yeni</i>
	482	EP - 033	<i>Sedanur Çelik</i>
	492	EP - 034	<i>Tuğçe Tatar Arık</i>
	494	EP - 035	<i>İlyas Bingöl</i>
	498	EP - 036	<i>Serra Genç</i>
	508	EP - 037	<i>Esmâ Akboğa</i>

12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 5 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Ömer Kılıç, Meltem Erol</i>
	533	EP - 038	<i>Şebnem Apaydın</i>
	221	EP - 039	<i>Tuba Karaca</i>
	521	EP - 040	<i>Salih Türkmen</i>
	90	EP - 041	<i>Ahmet Selim Başkaya</i>
	128	EP - 042	<i>Şeyma Karakoç</i>
	187	EP - 043	<i>Gizem Güvener</i>
	188	EP - 044	<i>Ahmed Melik İbeği</i>
	345	EP - 045	<i>Serap Sak Güler</i>
	218	EP - 046	<i>Taylan Çetindamar</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 6 ÇOCUK ENFEKSİYON Oturum Başkanları: <i>Soner Sertan Kara, Gamze Özgürhan</i>
	40	EP - 047	<i>Uygur Erkan</i>
	388	EP - 048	<i>Şükran Akgeyik</i>
	514	EP - 049	<i>Fatma Uzun</i>
	543	EP - 050	<i>Emirhan Uzak</i>
	159	EP - 051	<i>Ezgi Özgüven Orcan</i>
	260	EP - 052	<i>Şeniz Şenol</i>
	441	EP - 053	<i>Melis Özkumur Yeşil</i>
	516	EP - 054	<i>Mustafa Gençeli</i>
	310	EP - 055	<i>Aylin Kayalı Akyol</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 7 YENİDOĞAN Oturum Başkanları: <i>Ayşen Sumru Kavurt, Selim Sancak</i>
	50	EP - 056	<i>Evrım Tanırcan</i>
	85	EP - 057	<i>Gökhan Kaya</i>
	97	EP - 058	<i>Metin Göksele Gök</i>
	112	EP - 059	<i>İsa Soylu</i>
	116	EP - 060	<i>Serap Sak Güler</i>
	124	EP - 061	<i>Damla Geçkalan</i>
	156	EP - 062	<i>Ferah Diyar Karaman</i>
	166	EP - 063	<i>Feyat Tunç</i>
	167	EP - 064	<i>Şevval Kaplan Kılıç</i>
195	EP - 065	<i>Ömer Faruk Dönek</i>	
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 8 YENİDOĞAN Oturum Başkanları: <i>İrfan Oğuz Şahin, Mustafa Kara</i>
	341	EP - 066	<i>Rada Özalp</i>
	312	EP - 067	<i>Ayşe Mete Yeşil</i>
	212	EP - 068	<i>Necip Tolga Özbay</i>
	318	EP - 069	<i>Bilal Sertakan</i>
	375	EP - 070	<i>Atike Berra Mert</i>
	412	EP - 071	<i>Ercan Tutak</i>
	424	EP - 072	<i>Ercan Tutak</i>
	457	EP - 073	<i>Nijat Aliyev</i>
	474	EP - 074	<i>Berivan Kılınç</i>
517	EP - 075	<i>Ayşe Sena Kum</i>	
544	EP - 076	<i>Ayşe Sena Kum</i>	
553	EP - 077	<i>Şeyhmus Yavuz</i>	
108	EP - 078	<i>Burak Pelit</i>	

58. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023 / Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 9 ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Nevzat Aykut Bayrak, Şükri Güngör</i>		
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	
12:30 - 13:30	49	EP - 079	<i>Fatoş Genç</i>
	53	EP - 080	<i>Fatoş Genç</i>
	193	EP - 081	<i>Büşra Zeynep Yılmaz</i>
	233	EP - 082	<i>Selin Kuzu</i>
	242	EP - 083	<i>Sdıka Sümeyye Özmen</i>
	249	EP - 084	<i>Gözde Şanlı</i>
	299	EP - 085	<i>Ceren Türközkan</i>
	306	EP - 086	<i>Gözde Nur Bektaş Kılıçaslan</i>
	309	EP - 087	<i>Alper Akpınar</i>
	450	EP - 088	<i>Burce Emine Dortkardesler</i>
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 10 ÇOCUK GASTROENTEROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Hasret Civan Ayyıldız, Ahmet Baştürk</i>
	311	EP - 089	<i>Muhammed Tektaş</i>
	317	EP - 090	<i>Pelin Yücesan Şahin</i>
	322	EP - 091	<i>Alper Akpınar</i>
	384	EP - 092	<i>Ferhat Karakoç</i>
	400	EP - 093	<i>Güştü Uysal Gür</i>
	406	EP - 094	<i>Merve Gül</i>
	408	EP - 095	<i>Eymen Pinar</i>
	427	EP - 096	<i>Aybike Usta</i>
	483	EP - 097	<i>Melike Gökçen Aksoy</i>
454	EP - 098	<i>Fatma İssi İrlayıcı</i>	
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 11 ÇOCUK ACİL Oturum Başkanları: <i>Ahmet Kaan Özkaya, Sinem Oral Cebeci</i>
	22	EP - 099	<i>Özlem Özpenpe</i>
	62	EP - 100	<i>Tuğçe Aydın</i>
	82	EP - 101	<i>Beyhan Berna Akpara</i>
	106	EP - 102	<i>Okşan Derinöz Güleriyüz</i>
	210	EP - 103	<i>Sezen Ersoy</i>
	320	EP - 104	<i>Okşan Derinöz Güleriyüz</i>
	434	EP - 105	<i>Kardelen Çelikel</i>
	513	EP - 106	<i>Hüseyin Çağrı Bulut</i>
	520	EP - 107	<i>Ulvi Osmanov</i>
507	EP - 108	<i>Nisa Simgöç Güleç</i>	
12:30 - 13:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 12 ÇOCUK YOĞUN BAKIM Oturum Başkanları: <i>Fatih Battal, Gürkan Bozan</i>
	135	EP - 109	<i>Toghrul Ahmadgil</i>
	319	EP - 110	<i>Ezgi Genç Köroğlu</i>
	364	EP - 111	<i>Fatih Aygün</i>
	387	EP - 112	<i>Berfin Ayla Hastürk</i>
	393	EP - 113	<i>Esra Öztürk</i>
	416	EP - 114	<i>Hüseyin Onur Güzel</i>
	431	EP - 115	<i>Ayben Leblebici</i>
	452	EP - 116	<i>Mehmet Durukan</i>
	518	EP - 117	<i>Yeşim Yardımcı</i>
118	EP - 118	<i>Gizem Aylin Aydemir</i>	
470	EP - 119	<i>Necibe Tuğçe Göktaş</i>	

	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 13 ÇOCUK ALERJİ VE İMMÜNÖLOJİ Oturum Başkanları: <i>Nazan Altınel, Nurşen Çiğerci Günaydın</i>		
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	
18:30 - 19:30	87	EP - 120	<i>Zeynep Sena Akgıray</i>
	141	EP - 121	<i>Gaye Kocatepe</i>
	149	EP - 122	<i>Havva Nur Gökyar</i>
	170	EP - 123	<i>Hatice İsrak Öztürk</i>
	201	EP - 124	<i>Özge Kalmaz</i>
	208	EP - 125	<i>Maleyka Karimova</i>
	209	EP - 126	<i>Maleyka Karimova</i>
	245	EP - 127	<i>Enes Çandır</i>
	325	EP - 128	<i>İlayda Ergün</i>
	331	EP - 129	<i>Zeynep Aydoğdu</i>
346	EP - 130	<i>Beyza Çakan</i>	
479	EP - 131	<i>Aslı Akın</i>	
18:30 - 19:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 14 ÇOCUK GÖĞÜS HASTALIKLARI Oturum Başkanları: <i>Özge Yılmaz, Şükri Çekiç</i>
	94	EP - 132	<i>Havva İpek Demir</i>
	287	EP - 133	<i>Sevim Elif Çetin</i>
	352	EP - 134	<i>Saliha Yılmaz</i>
	439	EP - 135	<i>İremnaz Karahan</i>
	453	EP - 136	<i>Kağan Çalışgan</i>
	463	EP - 137	<i>Meral Ekşi</i>
	524	EP - 138	<i>Furkan Yılmaz</i>
	551	EP - 139	<i>Sevde Polat</i>
	18:30 - 19:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO
47		EP - 140	<i>Muzaffer Enes Pehlivan</i>
154		EP - 141	<i>Mustafa Beykan İstanbullu</i>
328		EP - 142	<i>Birgül Yıldız</i>
334		EP - 143	<i>Ali Duranoğlu</i>
423		EP - 144	<i>Elif Betül Keskin Çetinkaya</i>
444		EP - 145	<i>Cansu Altınöz</i>
484		EP - 146	<i>Reyhan Gülergün</i>
493		EP - 147	<i>Elifcan Emine Örstler</i>
538		EP - 148	<i>Nur Şevval Göven</i>
547	EP - 149	<i>Gözde Haşgün Yavuz</i>	
552	EP - 150	<i>İlke Aktaş</i>	
80	EP - 151	<i>Burak Taha Keşkekoğlu</i>	
60	EP - 152	<i>Nurdan Yıldırım Acar</i>	
18:30 - 19:30	BİLDİRİ NO	SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 16 ÇOCUK METABOLİZMA, ÇOCUK GENETİK Oturum Başkanları: <i>Özlem Ünal Uzun, Nilay Güneş</i>
	215	EP - 153	<i>Erengül Şahin</i>
	226	EP - 154	<i>Damla Geçkalan</i>
	353	EP - 155	<i>Merve Ersoy</i>
	88	EP - 156	<i>Ayşen Arif Tutuş</i>
	165	EP - 157	<i>Ömer Furkan Kızılsöy</i>
	267	EP - 158	<i>Çağla Baş</i>
	290	EP - 159	<i>İmam Hüseyin Demir</i>
	385	EP - 160	<i>Tuğçe Aras Çöl</i>
	458	EP - 161	<i>Ekin Nurhan</i>
487	EP - 162	<i>Gulistan Musayeva</i>	
357	EP - 163	<i>Muhittin Özcan</i>	
246	EP - 164	<i>Ayşe Sena Dönmez</i>	
451	EP - 165	<i>Şadiye Elif Çetin</i>	

58. TÜRK PEDIATRİ KONGRESİ

09-13 MAYIS 2023 / Limak Cyprus Deluxe Hotel, KKTC

	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 17 ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ Oturum Başkanları: <i>Ayşenur Bahadır, Fatma Betül Çakır</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	44	EP - 166		<i>Ayça Nur Arslanpınar</i>
	93	EP - 167		<i>Gülçin Ünlü</i>
	98	EP - 168		<i>Şeyma Dilek</i>
	161	EP - 169		<i>Şefik Bahar</i>
	175	EP - 170		<i>Ezgi Genç Köroğlu</i>
	179	EP - 171		<i>Bilge Taşlica Yılmaz</i>
	288	EP - 172		<i>Hikmet Doğa</i>
	295	EP - 173		<i>Aylin Şanlı</i>
	426	EP - 174		<i>Billur Korkmaz</i>
	437	EP - 175		<i>Ayşen Hazal Buran</i>
	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 18 ÇOCUK HEMATOLOJİ VE ONKOLOJİ Oturum Başkanları: <i>Deniz Tuğcu, Selçuk Gürel</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	55	EP - 176		<i>Ayşenur Bahadır</i>
	502	EP - 177		<i>Yağmur Özkan</i>
	515	EP - 178		<i>Aylin Şanlı</i>
	519	EP - 179		<i>Kübra Boztepe</i>
	534	EP - 180		<i>Kübra Boztepe</i>
	546	EP - 181		<i>Arif Caner Erdoğan</i>
	173	EP - 182		<i>Tuğba Soyyiğit İşleyen</i>
	180	EP - 183		<i>Dilara Lahut</i>
	522	EP - 184		<i>Deniz Cabiri</i>
	259	EP - 185		<i>Meltem Özkök Salt</i>
	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 19 ÇOCUK NEFROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Seha Kamil Saygılı, Nilüfer Gökner</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	79	EP - 186		<i>Ayben Leblebici</i>
	157	EP - 187		<i>Fatma Uzun</i>
	274	EP - 188		<i>Melike Gümüş Çoban</i>
	313	EP - 189		<i>Cansel Damar Kısakürek</i>
	315	EP - 190		<i>Emine Sumru Gökşen</i>
	347	EP - 191		<i>Büşra Türk</i>
	378	EP - 192		<i>Gizem Adan</i>
	394	EP - 193		<i>Merve Ersoy</i>
	422	EP - 194		<i>Hakan Demir</i>
		BİLDİRİ NO		SUNUM NO
BİLDİRİ NO		SUNUM NO		
18:30 - 19:30	19	EP - 195		<i>Esra Bal Yüksel</i>
	142	EP - 196		<i>İrem Altınışık</i>
	205	EP - 197		<i>Kübra Kanbal</i>
	262	EP - 198		<i>Nazife Mengi</i>
	349	EP - 199		<i>Ece Kuduban</i>
	370	EP - 200		<i>Sueda Öztürk</i>
	465	EP - 201		<i>Naz Güçlü</i>
	270	EP - 202		<i>Ece Ayşenur Özyaman</i>
	469	EP - 203		<i>Başak Vatansver</i>
	446	EP - 204		<i>Selma Saraç</i>
	497	EP - 205		<i>Leyla Atman</i>
	164	EP - 206		<i>Özlem Çakır</i>

	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 21 ÇOCUK NÖROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Turgay Çokyaman, Hüseyin Kılıç</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	95	EP - 207		<i>Memnune Nur Çebi</i>
	123	EP - 208		<i>Alper İbrahim Dai</i>
	168	EP - 209		<i>Ömer Furkan Kızılsöy</i>
	190	EP - 210		<i>Senem Ayça</i>
	237	EP - 211		<i>Mehmet Hazar Özcan</i>
	447	EP - 212		<i>Betül Küsa</i>
	336	EP - 213		<i>Beste Yüksel Saçlı</i>
	490	EP - 214		<i>Şeyma Çelik</i>
	197	EP - 215		<i>Hande Nur Demirel</i>
	198	EP - 216		<i>Hande Nur Demirel</i>
234	EP - 217		<i>Güler Nur Gümüş</i>	
	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 22 ÇOCUK NÖROLOJİ Oturum Başkanları: <i>Serhat Güler, Aslı Aslan</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	438	EP - 218		<i>Necibe Tuğçe Göktaş</i>
	330	EP - 219		<i>Dilara Güral</i>
	342	EP - 220		<i>Emrah Yıldız</i>
	504	EP - 221		<i>Sipil Gençeli</i>
	527	EP - 222		<i>Damla Sel Çoban</i>
	531	EP - 223		<i>Güler Nur Gümüş</i>
	39	EP - 224		<i>Nushaba Abdullayeve</i>
	405	EP - 225		<i>Begüm Yüksel</i>
	241	EP - 226		<i>Selen Gür</i>
	282	EP - 227		<i>Müberra Canbaz</i>
	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 23 ÇOCUK KARDİYOLOJİ Oturum Başkanları: <i>Ayhan Pektaş, Özgür Kızılcı</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	158	EP - 228		<i>Ayberk Özkavaklı</i>
	162	EP - 229		<i>Ceren Türközkan İbiş</i>
	176	EP - 230		<i>Can Kurşun</i>
	268	EP - 231		<i>Yeşim Yardımcı</i>
	273	EP - 232		<i>Ece Ayşenur Özyaman</i>
	279	EP - 233		<i>Serra Karaca Başkan</i>
	283	EP - 234		<i>Gülreyhan Sonuç Kartal</i>
	297	EP - 235		<i>Nurdan Yılmaz</i>
	278	EP - 236		<i>İlkay Nur Yılmaz</i>
	219	EP - 237		<i>Seren Cerit</i>
	BİLDİRİ NO		SUNUM NO	POSTER BİLDİRİ OTURUMU 24 ÇOCUK KARDİYOLOJİ Oturum Başkanları: <i>İbrahim Cansaran Tanıdır, İrfan Oğuz Şahin</i>
	BİLDİRİ NO	SUNUM NO		
18:30 - 19:30	300	EP - 238		<i>Firengiz Nergiz Mehralizade</i>
	321	EP - 239		<i>Fulya Kahraman Dinç</i>
	339	EP - 240		<i>Hatice Kübra Erzan Tosun</i>
	340	EP - 241		<i>Hakan Günhan</i>
	380	EP - 242		<i>Abdumelik Bucak</i>
	415	EP - 243		<i>Aslı Deniz Yerlikaya</i>
	184	EP - 244		<i>Dilara Lahut</i>
	225	EP - 245		<i>Kardelen Çelikel</i>
	269	EP - 246		<i>Bengisu Ömercioğlu</i>
	389	EP - 247		<i>Abdumelik Bucak</i>

KONUŞMA ÖZETLERİ

PNÖMONİNİN FARKLI YÜZLERİ

Abdurrahman Zarif Güney, Furkan Yılmaz

Pnömoni sıklığı 5 yaş altı çocuklarda % 0.2-% 4'tür. 5 yaş altı çocuk ölümlerinin en dünyada (% 16'sından sorumlu) ve ülkemizde (13,9'undan sorumlu) en sık sebebidir.

Pnömoni karşımıza farklı şekillerde çıkmaktadır. Pnömoninin kaynağına (toplum ve hastane kaynaklı), etiolojisine (tipik, atipik ve kronik hastalık alevlenmesi), radyolojik bulgularına (round, lobar, bronkopnömoni, interstisyel vb.), şiddetine (hafif, orta, ağır, çok ağır), izlemine (ayaktan, serviste, yoğun bakımda) ve komplikasyonlarına (plevral efüzyon, ampiyem, pnömatosel, nekrotizan pnömoni, akciğer absesi, bronşiektazi vb.) göre farklı yüzleri vardır. Bu farklı yüzleri olgular eşliğinde sunmaya çalışacağız.

Pnömoni ön tanısı olan her hastada radyolojik değerlendirme endikasyonu yoktur. Ancak; klinik bulgularda belirsizlik, ağır ve çok ağır pnömoni bulguları, komplikasyon gelişimi şüphesi, ayaktan standart tedaviye yanıtızlık ve uzamış klinik seyir, hasta 5 yaşından küçük ve beyaz küre sayısı 20.000/mm³ nin üzerinde ise, tekrarlayan pnömoni öyküsü, akciğer tüberkülozu şüphesi, yabancı cisim aspirasyonu kuşkusu varsa görüntüleme yapılması gerekmektedir.

Klinik ve radyolojik özelliklere göre pnömoni tipik ve atipik pnömoni olmak üzere ikiye ayrılır. Tipik pnömonide ateş ön plandadır, fizik muayenede lokalize dinleme bulguları vardır, akciğer grafisinde lobar tutulum görülür. Etken çoğunlukla bakterilerdir. Atipik pnömonide ise ateş olmayabilir, fizik muayenede dinlemekle hışıltı, wheezing gibi bulgular vardır. Akciğer grafisinde ise bilateral yaygın tutulum görülür. Bakteriler, virüsler, mantarlar ve kimyasal nedenler etken olabilir.

Pnömoni etkenleri yaş gruplarına göre çeşitlilik göstermektedir. Yaşa göre toplum kaynaklı pnömoni etkenleri aşağıdaki gibi sınıflandırılabilir:

- **Doğum-3 hafta:** Grup B streptokoklar, Gram negatif bakteriler, Listeria monocytogenes, S.aureus, CMV, HSV
- **3 hafta-3 ay:** S.pneumoniae, H.influenzae, C.trachomatis, Bordatella pertussis, Moraxella catarrhalis, S.aureus, Adenovirüs, İnfluenza virüs, PIV, RSV
- **4 ay-5 yaş:** Respiratuvar virüsler, S.pneumoniae, H.influenzae, C.pneumoniae, M.pneumonia S.aureus, S.pyogenes, M. tuberculosis
- **5-9 yaş:** S. pneumoniae, M.pneumoniae, C.pneumoniae, Respiratuvar virüsler, M.tuberculosis
- **≥10 yaş:** M.pneumoniae, C.pneumoniae, S. pneumoniae, Respiratuvar virüsler, M.tuberculosis

Hastalarda ampirik tedavi yaş gruplarına göre sık görülen etkenler göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir, bu konuda TTD'nin tedavi önerileri aşağıdaki tabloda gösterilmiştir:

Tablo 13. Toplumda gelişen pnömonilerde antibiyotik tedavisi [18-22,55]

Yaş	AYAKTAN TEDAVİ	HASTANEDE TEDAVİ	
	Pnömoni	Ağır pnömoni	*Çok ağır pnömoni
0-2 ay	Hastaneye yatır	Ampisilin IV + Aminoglikozit	[§] Ampisilin IV + Sefotaksim ± Aminoglikozit
3 hafta-3 ay	** (<i>C.trachomatis</i> için) Oral makrolid (azitromisin, klaritromisin, eritromisin)	Sefotaksim/Seftriakson ± Makrolid (<i>C.trachomatis</i> için)	[§] Sefotaksim/Seftriakson ± Makrolid (<i>C.trachomatis</i> için)
2 ay-5 yaş	*** Penisilin veya Amoksisilin	***Penisilin G/ Ampisilin-sulbaktam/ amoksisilin- klavulonat/ Sefuroksim #	[§] Sefotaksim/Seftriakson #
>5 yaş	***Penisilin /Amoksisilin ve/veya Makrolid	Penisilin G/Ampisilin ve/veya Makrolid	[§] Sefotaksim/Seftriakson ± Makrolid

* Hasta toksik görünümde ve sepsis bulguları varsa ve/veya plevral empiyem, pnömosel veya piyopnömotoraks varsa
** Hasta ateşli, hipoksemi ve toksisite bulguları yok, ancak boğulur tarzda öksürüğü varsa
*** Olası etken *S.pneumoniae* ise, akciğer grafisinde lobar konsolidasyon saptanmışsa
[§] Yoğun bakımda izlenen çok ağır olgularda, *S.pneumoniae* suşlarında betalaktam direncinde veya MRSA'ya bağlı tedavi yetersizliğinde vankomisin veya linezolid ekle
Tedaviye yanıt iyi değilse makrolid ekle

Pnömonilerde hastaların büyük bölümünde antibiyotik tedavisi ampiriktir. Ampirik tedavi, yaşa göre en sık görülen olası patojenler ve bölgesel mikrobiyolojik verilere göre düzenlenir. Birinci seçenek olarak beta laktam grubu antibiyotiklerin verilmesi (örn.amoksisilin), atipik etken şüphesi varsa makrolid grubu ile kombine edilmesi önerilir. Ateş 48 saatten daha uzun süredir devam ediyor ve radyolojik olarak pnömosel, empiyem veya apse görünümü varsa stafilokokal etken düşünülerek 3.kuşak sefalosporin ile tedaviyi devam ettirmek uygun olur. Nekrotizan pnömoni ve ciddi parapnömonik efüzyon olgularında tedaviye klindamisin eklenebilir. Yoğun bakım ünitelerinde izlenen, beta laktam grubu antibiyotiklere dirençli *S. pneumoniae* ve MRSA'ya bağlı olarak gelişen olgularda, tedaviye vankomisin ya da linezolid eklenmelidir.

Tedavi süresi; komplike olmayan pnömonilerde 7-10 gün veya ateş düştükten en az 5 gün sonrasına kadar önerilir. Stafilokok pnömonilerinde, etkenin saptanamadığı ağır pnömoniler ve gram negatif basillerle gelişen pnömonilerde 10-21 günlük tedaviler gereklidir. Atipik pnömonide azitromisin 3-5 gün veya klaritromisin 10-14 gün olarak önerilir.

Pnömoni tanısı alan hastaların bir kısmı ayaktan izlenebilirken, bir grup hastanın da yatırılarak tedavisi uygundur. Pnömoni tanısı alan hastalarda hastaneye yatış ölçütleri aşağıdaki gibidir:

- 2 ayın altında pnömoni tanısı alan her bebek
- 2 ayın üstünde pnömoni tanısı alan çocuklarda;
 - o Hipoksemi (SpO₂ ≤ %92)
 - o Solunum güçlüğü bulguları
 - o Takipne varlığı
 - Süt çocuğu; SS>70/dk,
 - Büyük çocuk; SS>50/dk
 - o Bilinç düzeyinde bozulma- ağızdan beslenememe
 - o Dehidratasyon / önemli miktarda kusma
 - o Toksik görünüm
 - o Oral antibiyotiklere yanıtızlık (Ayaktan tedavi sırasında klinik ilerleme)
 - o Grafide multilober tutulum, geniş atelektazi, apse, pnömosel, plevral efüzyon

- o Hızlı radyolojik ilerleme
- o Tedavi uyumsuzluğu (Anne / babanın tedaviye uymaması)
- o Sosyal endikasyon (Ailenin evde bakım koşullarının yetersizliği)

Pnömonisi olan hastaların bir kısmında letarji, konfüzyon gibi bilinç değişiklikleri, solunum yetmezliği bulguları, siyanoz, besleneme, dehidratasyon, takipne, apne gibi bazı ağır pnömoni bulguları görülebilir. Bu hastalarda yoğun bakım izlemi akılda tutulmalıdır. Yoğun bakım ünitesine sevk ölçütleri şunlardır:

- İnvaziv ventilasyon ihtiyacı
- Akut noninvaziv ventilasyon ihtiyacı
- FiO₂ >%60 iken oksijen saturasyonu <%92
- Tekrarlayan apne ya da solunumda düzensizlik
- Takipne, çocukta yorulma bulguları
- Hiperkarbi ya da hipoksiye bağlı bilinç değişikliği
- Hipotansiyon, taşikardi, inotrop ihtiyacı

Pnömoni tanısıyla takip ettiğimiz hastalarda; uygun ampirik tedaviyle 48-72 saat içerisinde klinik iyileşme olması beklenir. Klinik iyileşmenin olmadığı veya kötüleşmenin olduğu, ateşin düşmediği, solunum sıkıntısının devam ettiği, göğüs, karın ve yan ağrısının eklendiği veya gerilemediği, hemoptizi ve/veya yoğun pürülan balgam gözlemlendiği, fizik muayenede solunum seslerinde kötüleşme olduğu durumlarda komplikasyon gelişimi düşünülmelidir. Bu açıdan radyolojik ve laboratuvar değerlendirmeleri yapıp tedavi düzenlenmesi planlanmalıdır. Pnömonide en sık görülen komplikasyonlar; parapnömonik efüzyon ve ampiyem, nekrotizan pnömoni, pnömatosel, kist- kavite, apse gelişimi, uygunsuz antidiüretik hormon (ADH) salınımı, perikardit, mukus tıkaçları ve atelektazilerdir. Tamamen sağlıklı çocuklarda da komplikasyon gelişimi olabileceği gibi, daha çok predispozan faktör varlığında komplikasyon gelişimi görülür. Komplikasyon gelişen hastalarda altta yatan sebebin araştırılması amacıyla; balgam kültürü, ter testi, immünolojik inceleme, ekokardiyografi, gastroözofagial reflü incelemesi, tüberküloz taraması, bronkoskopi (YCA, bronşial anomali, tıkaç, malazi gibi sebepler açısından), solunum fonksiyon testleri ve allerji testleri gibi ileri incelemelerin yapılması düşünülmelidir.

Pnömonide en sık görülen komplikasyon parapnömonik plevral efüzyon gelişimidir. Bu durumda hastaya tüp torakostomi tedavisi ihtiyacı olabilir. Opasite yarım fazla ise, mediastinal şift bulguları varsa, solunum zorluğu gelişmişse, alınan torasentez sıvısında ampiyem lehine bulgular varsa, 48-72 saatlik tedaviye rağmen cevap alınmadıysa tüp torakostomi endikasyonu vardır.

Çocuklarda yağlı karaciğer hastalıklarına Yaklaşım

Doç. Dr. Ahmet Baştürk

Gaziantep Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme BD

NAFLD tanımı

Alkol tüketimi, hepatit, parenteral beslenme, steatojenik ilaçlar (örneğin, valproat), lipodistrofi ve doğuştan gelen metabolizma bozuklukları gibi hepatik steatozun sekonder nedenlerinin yokluğunda ortaya çıkan bir yağlı karaciğer hastalığı spektrumunu temsil eder. NAFLD; insülin direnci, hiperinsülinemi, yüksek plazma serbest yağ asitleri, hepatosit hasarı, inflamasyon, oksidatif stres, mitokondriyal fonksiyon bozukluğu, artmış proinflamatuvar sitokinler ve fibrozis ile karakterizedir. NAFLD, çocuklarda en sık görülen karaciğer hastalığı olup tek başına yağlı değişiklikten; steatohepatit (NASH), siroz ve karaciğer yetmezliğine kadar değişebilir. NAFLD'nin son yıllarda pediatri alanında yaygın bir sorun haline gelmiş ve obez çocuklardaki prevalansı %34,2 olarak belirlenmiştir.

Klinik

NAFLD'li çoğu hasta asemptomatiktir. Çocukların küçük bir kısmında sağ üst kadranda ağrısı, karın rahatsızlığı ve yorgunluk gibi spesifik olmayan semptomlar olabilir. NAFLD olan hastalarda bildirilen şişkinlik ve kas-iskelet ağrısı gibi diğer semptomların NAFLD'nin kendisine bağlı olması pek olası değildir. Bunun yerine, bu semptomlar GÖR, kabızlık, fonksiyonel karın ağrısı veya kaymış femur başı epifizi gibi obezite ile ilişkili diğer komorbiditelerle ilişkili olabilir. NAFLD'li çocuk ve ergenlerde nadiren son dönem karaciğer hastalığı belirtileri (palmar eritem, örümcek anjiyomları, kas erimesi, sarılık veya ensefalopati gibi) görülebilir ancak çocukluk döneminde nadiren dekompanse siroza ilerlediği gözlenmiştir. FM'de, NAFLD ile insülin direnci/tip 2 diyabet arasındaki ilişkiyi yansıtan akantozis nigrikans yaygındır. Hepatomegali ve/veya splenomegali mevcut olabilir, ancak belirgin abdominal adipozite varsa fizik muayenede tespit edilmesi zor olabilir.

Fizik muayene

Eşlik eden durumların belirtileri, özellikle karaciğerde yağ birikimine neden olan durumlar (örneğin, hipotiroidizm, insülin direnci, lipodistrofi, panhipopitüitarizm veya lizozomal asit lipaz eksikliği). İlerlemiş NAFLD için risk faktörleri (abdominal yağ dağılımı, akantozis nigrikans) veya ileri NAFLD belirtileri (splenomegali). Son dönem karaciğer hastalığını düşündüren belirtiler (örn. sarılık, palmar eritem, ödem, örümcek anjiyomu veya asteriks) NAFLD'li pediatrik hastalarda son dönem karaciğer hastalığı nadirdir. Sistolik ve diyastolik kan basıncı, uygun boyutta bir manşonla ölçülür. Hipertansiyon, obezite ve NAFLD'nin yaygın bir komorbiditesidir.

Laboratuvar değerlendirmesi

Tam kan sayımı, ALT, AST, ALP, GGT, Total ve direkt bilirubin, albümin, Hemogloblin A1C ve/veya açlık glikozu ve açlık lipid paneli (trigliseritler, total kolesterol, HDL, LDL).

Görüntüleme

USG – Karaciğer enzimleri kronik olarak yüksek olan bir çocukta tam değerlendirmenin bir parçası olarak karaciğer ultrasonu yapılmasını gerekir.

Amaç, özellikle öykü ve fm'de safra kesesi hastalığı veya portal hipertansiyon (örneğin, splenomegali) gibi komplikasyonların varlığını gösteriyorsa, karaciğer veya biliyer anormallikleri değerlendirmektir.

Amaç, NAFLD'i taramak veya hepatik yağlanmayı ölçmek değildir, çünkü ultrasonun klinik olarak anlamlı NAFLD'yi saptamada zayıf duyarlılığı ve özgüllüğü vardır.

MR – USG'ye göre daha doğru kantitatif steatoz ölçümü sağlar. Bununla birlikte USG'ye benzer şekilde, klinik olarak önemli NAFLD'nin taranmasında yararlı değildir, çünkü hepatik steatozun şiddeti ilerlemiş NAFLD'nin klinik

özellikleriyle belirlenebilir.

Tanı

Tipik klinik özellikleri olan bir çocukta NAFLD'den şüphelenilmelidir (obezite ve serum ALT sürekli hafif ila orta dereceli yükselmeleri, tipik olarak normalin üst sınırının 1 ila 6 katı, genellikle ALT 30 ila 250 U/L). NAFLD'nin geçici tanısı, odaklanmış bir öykü, fizik muayene ve laboratuvar değerlendirmesi yoluyla diğer karaciğer hastalığı nedenleri dışlanarak konulabilir. Değerlendirmenin zamanlaması ve kapsamı, ALT yüksekliğinin derecesine ve herhangi bir atipik özelliğin mevcut olup olmadığına bağlıdır. NAFLD'nin kesin tanısı yalnızca karaciğer biyopsisi ile konulabilir, ancak bu klinik tedavi için her zaman gerekli değildir.

NAFLD'in yönetimi

Kilo vermek – Kilo yönetimi, NAFLD için kabul edilmiş tek tedavidir ve NASPGHAN kılavuzlarında birincil tedavi önerisidir. Çocuklarda yapılan küçük, randomize olmayan araştırmalar, kilo kaybından sonra karaciğer histolojisinde veya aminotransferaz düzeyinde iyileşme olduğunu göstermiştir. Ana yaklaşım, kilo vermeyi sağlamak için diyet değişikliklerine vurgu yapan yaşam tarzı değişikliğidir. NAFLD tedavisinde hiçbir özel diyetin diğerlerinden üstün olduğu açıkça gösterilmemiştir, ancak genellikle şekerle tatlandırılmış içeceklerden kaçınılması önerilir.

Medikal tedavi

NAFLD'nin rutin tedavisi için herhangi bir ilaç veya takviye önerilmemektedir. Çocuklarda araştırılan farmakolojik yaklaşımlar arasında E vitamini, metformin, sisteamin bitartrat, omega-3 ve losartan yer alır. Klinik çalışmalarda, bunların hiçbiri tek başına yaşam tarzı değişikliğine göre inandırıcı bir avantaj göstermemiştir.

Sonuç

NAFLD çocuklarda oldukça sık gözlenen bir durumdur. NASH olan hastaların prognozu yalnız başına statatoz olanlardan daha kötüdür. ALT tek başına hastalığın aktivitesi ile korele değildir. Tanıda hala altın standart karaciğer biyopsisidir. Kilo vermek tedavide uzun vadeli tek çözümdür. Karaciğerimizi korumak için; hepatit A ve hepatit B aşıları yaptırılmalı, alkol vd hepatotoksik maddelerden uzak durulmalıdır. E vitamini biyopsi ile kanıtlanmış NASH için uygundur.

ERKEN NEONATAL SEPSİS TANISINDA ESKİMEYEN DOST: HEMOGRAM PARAMETRELERİ

Tahir Aydın, Ahsen Güler, Nazife Mengi, Kamil Şahin, Derya Büyükkayhan, Murat Elevli
S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Kliniği,
İstanbul

ÖZET

Giriş ve Amaç:

Neonatal sepsis, yaşamın ilk 28 günü içerisinde sistemik enfeksiyon bulgularının olduğu klinik bir tablodur. Yaşamın ilk 72 saatinde gelişen Erken Neonatal Sepsis'in hastalığa özgü bulguları olmaması nedeniyle erken ve doğru tanı koymak güçleşebilmektedir. Erken Neonatal Sepsis tanısında birçok biyobelirteç araştırılmasına rağmen hızlı ve pratik tanı koymak için basit ve güvenilir testlere ihtiyaç vardır. Bundan dolayı bizim çalışmamızda Erken Neonatal Sepsisin erken tanısında hemogram parametrelerinin daha nadir değerlendirilen değerlerinin önemini araştırdık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamıza 01.04.22-01.04.23 tarihleri arasında Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğan 107 sepsis tanılı hasta ile 107 sağlıklı yenidoğandan oluşan 214 bebek alındı. Her iki grubunun demografik özellikleri, doğumdan sonraki 6. saatte alınan hemogram parametreleri, sepsis grubunun enfeksiyon belirteçleri ve anne-bebek kültür üremeleri hastane bilgi sisteminden taranarak kaydedilmiştir.

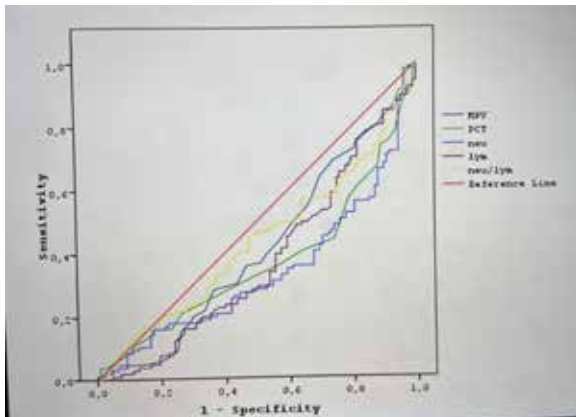
Bulgular: Çalışmamıza aldığımız sağlıklı ve hasta çocukların demografik özellikleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Laboratuvar değerlerinden Ortalama Trombosit Hacmi (MPV), Plateletcrit (PCT), Nötrofil ve Lenfosit değerleri sağlıklı gruba göre istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$), (Tablo 1).

Tablo1

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	P Değeri
PCT	0,22±0,08	0,25±0,06	0,001
MPV	9,51±0,89	9,81±0,98	0,027
NEU	11530,7±5612,7	14496,2±5135,9	<0,001
LYM	4071,8±1176,5	4774,8±1513,8	0,001

Yapılan ROC analizinde MPV, PCT, Nötrofil, Lenfosit parametrelerinin tanıda anlamlı olduğu fakat tek başına yeterli özgüllüğe ve duyarlılığa sahip olmadığı görüldü (Şekil 1),

(Tablo 2).



Tablo 2

	AUC	SE	P Değeri	95% CI	95% CI
MPV	0,413	0,039	0,027	0,337	0,489
PCT	0,366	0,038	0,001	0,291	0,441
NEU	0,335	0,037	0,000	0,262	0,408
LYM	0,374	0,038	0,001	0,299	0,448
NEU/LYM	0,435	0,039	0,098	0,358	0,512

Tanı Testlerinin Üstünlüğü

Ayrıca 4 parametre birlikte değerlendirildiğinde duyarlılığın %100 e ulaştığı görüldü (Tablo 3).

Tablo 3

		Duyarlılık	Özgüllük	PPV	NPV	Doğru Bilirlik
MPV	<9,55	57,0%	56,5%	56,5%	57,0%	56,7%
PCT	<0,235	64,5%	55,5%	58,5%	61,6%	59,9%
NEU	<13100	65,4%	61,8%	62,5%	64,8%	63,6%
LYM	<4475	66,4%	56,4%	59,7%	63,3%	61,3%
Herhangi Birinin Pozitifliği		100,0%	11,8%	52,5%	100,0%	55,3%

Tanı Testlerinin Duyarlılık ve Özgüllükleri

Tartışma ve Sonuç: Yenidoğan sepsisi antimikrobiyal ve destekleyici tedavideki gelişmelere rağmen, mortalite ve morbidite nedenleri arasında önemli bir yer tutmaktadır. Klinik bulgularının özgün olmaması nedeniyle tanıdaki gecikmeler mortaliteyi daha da arttırmaktadır. Bu nedenle hastaların hızlı ve doğru şekilde tanı almalarını sağlamak için yeni tanı yöntemleri üzerinde çalışılmaktadır.

Doğumdan sonraki 6. saatte alınan hemogram değerlerinin erken neonatal sepsisi öngörmede tanısız değeri vardır. Yapılan çalışmalarda nötrofil sayısı ve MPV değeri anlamlı olarak yüksek bulunmuş ayrıca MPV'nin mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. PCT değeri ise şüpheli sepsislerde sağlıklı gruba göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır. Biz çalışmamızda PCT, MPV, Nötrofil ve Lenfosit düzeylerini anlamlı olarak düşük tespit ettik. MPV değerlerini literatürün aksine olarak düşük bulmamızın nedenini ilk haftalarda MPV düzeylerinin sinüzoidal bireğri çizmesine bağlıyoruz. Çalışmamızda kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı bulduğumuz hemogram parametrelerinin yenidoğan sepsisi erken tanısında yol gösterici olabileceğini, duyarlılık ve özgüllükleri CRP'den düşük olmasına rağmen sepsisi öngörmede yardımcı parametreler olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Olgularla ERKEN PUBERTE

Prof. Dr. Ayça Törel Ergür

Ankara Ufuk Üniversitesi Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı, 2023

Ergenlik , çocukluk döneminden erişkin döneme geçiş dönemi olup pekçok biyolojik, sosyal, duygusal, bilişsel değişimleri içermektedir. Bu dönem her bireyde farklı seyretmektedir. O nedenle bu dönemin ayrı bir özelliği bulunmaktadır. *Sekonder cinsel özelliklerin belirginleşmesi ,vücut yağ dağılımının değişmesi, iskelet gelişiminde hızlanma ,boy uzamasında sıçrama,epifizlerin kapanması ve final yetişkin boya ulaşma, erkeklerde spermatogenez, kızlarda ovulasyon* başlaması bu dönemin ana özellikleridir. Puberte terimi ergenlikteki somatik ve cinsel gelişimi yansıtırken adölesan kavramı ise puberteye ek olarak psikososyal olgunlaşmayı ifade etmektedir. Genetik ve etnik özellikler, sosyoekonomik ve coğrafi koşullar ,beslenme, fiziksel aktivite ve psikososyal durum ergenliğe girişini ve seyrini etkileyen en önemli faktörlerdir. Pubertal gelişim pek çok nöroendokrin ve genetik faktörlerin kontrolü altındadır. Yapılan çalışmalar puberte zamanlamasının % 50 ile % 80 oranında genlerce yönetildiğini göstermektedir. Günümüze kadar elde edilen veriler **Yüzyılın eğilimi** olarak ifade edilmekte ve ergenliğin her 10 yılda bir 2 ila 3 ay erkene kaydığı bildirilmektedir. Bu nedenle belkide yakın gelecekte erken ergenlik tanımlamalarında değişimler olabilecektir.

Puberte, hipotalamus hipofiz gonad aksının aktifleşmesi ve feedback mekanizmalarının işlev kazanması sonucu oluşmaktadır. Fetal yaşamda başlayan bu işlevsellik insan yaşam dönemlerinde farklılık göstermektedir. Fetal ve postnatal ilk 6-8 aya kadar (minipuberte) aktifken çocukluk döneminde uykuda olan bu sistem ergenlik bulgularının başlamasından önce yine işlevsel hale geçer. Bu sistemin aktivasyonunu etkileyen pekçok gen, nörotransmitter (kisspeptin, norepinefrin, glutamat, ...) ve çevresel faktör (beslenme, nöropeptidY, leptin , diğer hormonlar) bulunmaktadır. İşte bu faktörler stimulan etki gösteriyorsa puberte başlamakta inhibitör etkide ise puberte baskılanmaktadır. **Günümüzde ergenlik yaşının erkene kaymasında en önemli faktörler endokrin bozucular ve aşırı beslenme sonucu gelişen obezitedir.**

Erken Puberte; kızlarda 8 yaşından önce meme gelişiminin başlaması (>Tanner evre 2) veya 10,5 yaşından önce menarş oluşması ; erkeklerde ise Prader orşidometresine göre testis hacminin 9 yaşından önce ≥ 4 ml çıkması olarak tanımlanır. **Erken puberte ve hızlanmış puberte** erken puberte yelpazesinin içinde yerini almış ve değerlendirilmesi gereken diğer klinik prezentasyonlardır. Günümüzde özellikle Covid pandemisinin yolaçtığı obezitenin en önemli yansımalarından birisi **de erken puberte ve varyantlarındaki artış olup bu durum dikkat çekicidir.**

Erken Puberteyi dört grupta inceleyebiliriz.

1-Gerçek (Gonadotropin bağımlı) santral, komplet PP

2-Yalancı (Gonadotropin Bağımlı Olmayan) periferik, inkomplet PP

3-Kombine PP

4-Normal varyant erken puberte

Hipofiz-hipotalamus gonad(HHG) ekseninin fonksiyonel yada organik nedenlerle erken olgunlaşması komplet pp iken HHG eksenini devre dışı bırakan periferik nedenlere bağlı gelişen form ise inkomplet PP formudur. Erkeklerde erken pubertenin en sık nedeni organik kökenli iken, kızlarda sıklıkla idiyopatiktir.

İdiopatik (sporadik veya ailesel), SSS tümörleri SSS travmaları, kafa travmaları, kranial radyasyon, serebral palsy, enfeksiyonlar, genetik nedenler ve sendromlaren sık komplet PP nedenleridir.

Konjenital adrenal hiperplazi, McCune-Albright sendromu, gonadal tümörler), over ve,adrenal tümörler, ailevi testotoksikoz dışarıdan sex steroidlerine maaruziyet ,Van Wyk ve Grumbach sendromu en sık inkomplet PP

nedenleridir.

Normal varyant puberte grubu incelendiğinde kızlarda 8 yaşından önce izole meme gelişimi olmasına prematür telarş denir. Prematür telarşlı olgularının %14ü komplet PP ye ilerleyebileceğinden izlenmesi uygun olur. Kızlarda 8 yaş ,erkeklerde 9 yaşından önce pubik kıllanmanın oluşmasına ise prematür pubarş denilmektedir..Prematür pubarşın en sık nedeni prematür adrenarş olup bu olgular gelecekte metabolik sendrom adayı olabilirler. Prematür menarş ise kızlarda 10.5 yaşından önce menstrüasyonun başlamasıdır.

Erken pubertede tanıda ayrıntılı öykü, fizik muayene ve izlem çok önemlidir. Bazal hormon tekiklerinin yanısıra gereken olgularda uyarı testleri yapılmalıdır. Doğru antropometrik değerlendirmenin yanısıra kemik yaşı ,santral PP da hipofiz-kranial MRI,periferik PP ise diğer görüntüleme yöntemleri tanıda yardımcıdır. Gerçek PP da LHRH analog tedavisi, yalancı PPda ise nedene yönelik tedavi planlanmalıdır. Bu sunumda telarş yakınması ile gelen üç olguda farklı etyolojiler tartışılacaktır.

Değişen Akut Romatizmal Ateş Tanı Kriterleri ve Kliniğe Yansımaları

Dr. İbrahim Cansaran Tanıdır

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Kardiyolojisi Kliniği

Akut romatizmal ateş (ARA) birçok sistemi tutan otoimmün bir bağ dokusu hastalığıdır. Grup A streptokoka bağlı tonsillofarenjitin, 2-3 haftalık latent periyodu takiben gelişen süpüratif olmayan bir sekelidir. Hastalık kalp, eklem, santral sinir sistemi, kan damarları ve subkütan dokuyu tutar. Tanısı zor olan diğer hastalıklarda olduğu gibi ARA tanısı için 1944 yılında Jones ölçütleri oluşturulmuş ve 1965, 1984 ve 1992 yıllarında güncellenmiştir. Dünya Sağlık Örgütü 2002 yılında ARA tanısı için kılavuz yayınlamış, ilk atakta tanı için 1992'de düzenlenen Jones ölçütlerini önermiş, tekrarlayan ARA ataklarının tanısı için gerekli şartları hafifletmiştir

Jones ölçütlerinin ilk tanımlanmasından bu yana yapılan güncellemeler özgünlüğü artırmış, ancak duyarlılığı azaltmıştır. Günümüzde ARA'nın yaygın görüldüğü yerlerde tanı ölçütleri yeterince duyarlı olmadığından, ilerleyen yaşlarda romatizmal kalp hastalarının arttığı görülmüştür. Bu nedenle yeni bir kriter yayınlanması gerekliliği doğmuştur.

Ancak ARA hastalığının az görüldüğü ülkelerde gereksiz tanı koymamak ve sık görüldüğü ülkelerde tanı atlama için kriterler ülkelerin ARA sıklığına ayarlanmıştır.

Okul çağı çocuklarında ARA sıklığı $\leq 2/100.000$, tüm yaşlarda Romatizmal kalp hastalığı yaygınlığı $\leq 1/1.000$ olan topluluklar düşük riskli; diğerleri orta ve yüksek riskli olarak tanımlanmıştır. Bu sınıflandırmaya göre ülkemiz orta ve yüksek riskli grupta yer almaktadır.

Yeni kriterlere göre ülkemiz için fark eden noktalar;

- Artrit; poliartrit dışında Monoartrit veya poliartralji de major kriterler içine eklendi ve Monoartralji minor kriter içine alındı.
- Ateş: düşük riskli grupta $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ iken ülkemizin de içinde bulunduğu grupta $\geq 38^{\circ}\text{C}$ olarak belirlendi.
- Akut faz reaktanları: düşük riskli grupta sedimantasyon hızı ≥ 60 mm/saat ve/veya CRP ≥ 3 mg/dL iken, ülkemizin de içinde bulunduğu grupta EÇH ≥ 30 mm/sa ve/veya CRP ≥ 3 mg/dL olarak belirlendi.

Bir diğer nokta da, yeni Jones kriterlerine göre ARA tanısı tam olarak konulamıyor, ancak başka bir tanı da o anda düşünülüyor ise hastanın (ARA olması durumunda ileride getireceği kapak hastalığının morbiditesi açısından) ARA gibi tedavi edilmesi ve 1 yıl benzatin penisilin proflaksisi verilmesi önerilmektedir. Hastayı bir yıl sonra tekrar değerlendirerek proflaksin devami edip edilmeyeceğine karar verilmesi önerilmektedir.

Yeni Jones kriterlerinin ARA'nın sık görüldüğü ülkelerde tanı atlanmasını azaltacağı ve ileride oluşacak kapak hastalıklarını önleyeceği öngörülmektedir. Bunun faydalı olduğu gösteren (ARA sıklığının yüksek olduğu ülkelere) yayınlar yavaş yavaş yayınlanmaktadır. Muhakkak ki ARA'nın uzun dönem komplikasyonlarının ve yeni Jones kriterlerinin bize sağlayacağı faydaları uzun bir zaman sonra göreceğimiz aşikardır.

Renovasküler Hipertansiyonun Bir Nedeni Olarak Middle Aortik Sendrom

Cansel Damar Kısakürek

A.B.G 15 yaş erkek hasta

Şikayet: Aktif şikayeti yok

Öykü: Haftanın 3 günü 4 saat basketbol oynuyor. Lisans almak için aile hekimine başvurusunda kan basıncı 210/120 mmHg saptanıyor, bunun üzerine acil servise yönlendiriliyor. Acil servis takibinde amlodipin ve enalapril ile kan basıncının kontrol altına alınamaması üzerine çocuk nefrolojiye sevk ediliyor.

Fizik Muayene :

- Kilo: 69 kg (66 p)
- Boy: 174 cm (61 p)
- Sağ kol TA: 170/110 mmHg Sol kol TA: 190/110 mmHg
- Sol bacak TA: 140/90 mmHg
- Batında belirgin üfürüm mevcut
- Femoralden itibaren alt ekstremitte nabızları palpe edilemiyor.
- Her iki ayak yaygın ödemli
- Hiperdinamik prekordiyum

Servis İzlemi

- Üre: 41 mg/dL
- Tam idrar tetkiki: Protein neg, E<1, L<1
- Renin : 17.9 ng/mL/sa (yüksek)
- Kreatinin: 1.31 mg/dL
- Aldosteron: 8.1 ng/dL (normal)

Üriner USG: Sağ böbrek 94 mm, sol böbrek 96 mm, böbrek boyutları boya göre küçük

Ekokardiyografi:

- İnterventriküler septum ve sol ventrikül arka duvarı ileri derecede hipertrofik
- EF %35
- Konsantrik hipertrofi

Hastada evre 2 hipertansiyon varlığı ,vücut ağırlığı normal olması,abdominal üfürüm varlığı, alt-üst ekstremitte arasında kan basıncı farkı olması, hedef organ hasarı bulguları olması renovasküler hipertansiyon şüphesi uyanırdı.

Renovasküler hipertansiyon düşünülmesi nedeni ile renal doppler ve MR anjiyografi çekildi.

Renal doppler: Abdominal aorta SMA çıkışından itibaren dar izlenmektedir.

MR anjiyografi: Abdominal aorta SMA çıkımından itibaren IMA çıkımına kadar yaklaşık 532 mmlik segmentte duvar kalınlığı diffüz artmış olup belirgin ince kalibrasyonda izlendi. Bilateral renal arterlerde darlık mevcut.

Konsey

- İnflamasyon belirteçleri negatif olan, PET-BT de inflamasyon saptanmayan, fizik muayenede alt üst ekstremiteler arasında kan basıncı farkı saptanan, MR anjiyografide damar duvarı diffüz kalın görülen hastada Takayasu dışlanamadı. Ve hastaya steroid tedavisi başlandı.
- Tanısal yaklaşım amacı ile klinik ekzom dizi analizi gönderildi.

Operasyon ve Sonrası İzlem

- Dış merkezde renal arterlerde ve desendan aorta balon dilatasyon, infrarenal bölgeye stent uygulaması yapıldı.
- İşlem sonrası alt ekstremitte nabızları normal volümde palpe edildi, alt ve üst ekstremitte arası kan basıncı farkı yok oldu. Serum kreatinin düzeyleri normal aralığa geriledi.

Genetik inceleme

- CCM2 geninde heterozigot c.472+1G>C kırılma bölgesi değişimi ve
- CHD1L geninde heterozigot c.11_12dup, p.Gly5AlafsTer38 değişimi saptandı.
- CCM2 'deki değişim serebral kavernöz malformasyon, inme ve palmar telenjiektazi ile ilişkilendirilmiş ve hastalıkla ilişkisi bildirilmiş olası patojen-patojen bir değişim olarak bilinmektedir. Bu nedenle hastadan yapılan kranial MR görüntüleme kavernöz hemanjiom görülmedi. Yine de damar anomalisi yapma potansiyeli nedeniyle hastadaki fenotiple ilişkisi olabilir.

CHD1L genindeki değişim daha önce bildirilmemiştir, fakat toplum frekansı ve değişim tipine bakarak olası patojen olarak değerlendirildi. Bu gen DNA hasarı ve kırıklarında kromatin gevşemesinde rol alan bir proto-onkogen. Daha önce damar anomalileri ile ilişkilendirilmemiş, renal displazi ve çeşitli solid tümörlerin progresyonunda rol aldığı gözlenmiştir. Aort düzeyinde lokal patojen etki göstermiş olabilir

KRİTİK HASTADA SIVI TEDAVİSİ

Doç. Dr. Çağlar Ödek

Kritik Hastada İdame Sıvı İçeriği

İnsan vücudunun fonksiyonlarını yerine getirebilmesi için vücut sıvılarının miktar, dağılım ve içerik olarak belirli sınırlar içerisinde kalması gereklidir. Bu dengenin korunabilmesi için santral sinir sistemi, endokrin sistem, böbrekler ve gastrointestinal sistem karşılıklı etkileşim içerisinde çalışırlar. Total vücut sıvısı hücre dışı sıvı ve hücre içi sıvı olmak üzere başlıca iki kısımdan oluşur. Hücre dışı sıvı ise plazma ve interstisyel sıvı bölümlerinden oluşur. Hücre dışı sıvının başlıca katyonu sodyum, başlıca anyonu klor ve bikarbonattır. Hücre içi sıvının başlıca katyonu potasyum, başlıca anyonu fosfat ve proteinlerdir. Bu ana iki bölümün elektrolit içerikleri farklı olsa da osmolaliteleri eşittir.

Herhangi bir nedenle günlük sıvı ihtiyacını karşılayamayacak olan akut ve kritik hasta çocuklarda idame sıvı tedavisi uygulanmalıdır. İdame sıvı tedavisi çocuk hekiminin gün içerisinde en sık yapmakta olduğu uygulamadır. Tedavinin etkinliği açısından yukarıda sayılan vücut sıvısı bileşenleri, bu bileşenlerin içerikleri, vücutta sıvı ve elektrolit dengesini sağlayan sistemler iyi bilinmelidir.

İdame sıvısı 24 saat içerisinde vücuttaki fizyolojik sıvı ve elektrolit kayıplarını yerine koymayı amaçlayan sıvı olarak tarif edilmektedir. İdame sıvısı iv sıvı, oral ve enteral beslenme ürünleri, ilaçlar, kan ürünleri ve venöz/arteryel kateterlerin yıkanmasında kullanılan sıvıların toplamıdır. Sıvı bolusları, defisit ve replasman sıvılarından ayırt edilmelidir. IV sıvı tedavisi için bir takım rehberler bulunmakla birlikte, kesin öneriler sunulmamaktadır. Öneriler daha çok uzman görüşleri ve klinik uygulamalara dayanmaktadır. ESPNIC' in son rehberi 2022 yılında yayınlanmıştır.

Bu rehber göre tolere edebilen çocuklarda idame sıvı için öncelikli olarak oral/enteral yol önerilmektedir. Başlangıç sıvı tedavisi iv olarak başlanan hastalarda hemodinamik durum düzeldiğinde oral/enteral yolun tekrar kullanılmalıdır. Hastaneye yatan çocuklarda uygunsuz ADH sıklığı artmıştır. Ayrıca özellikle SSS hasarı olan çocuklarda serebral tuz kaybı da görüldüğünden hiponatremiye yatkınlık mevcuttur. Hiponatremiden korumak amacıyla akut ve kritik hasta çocuklarda kullanılacak iv sıvı izotonik olmalıdır. Hastane yatış süresini kısalttığı gösterildiğinden akut ve kritik hasta çocuklarda dengeli sıvılar tercih edilmelidir. Ancak laktat içerikli sıvılardan ciddi karaciğer yetmezliği varlığında kaçınılmalıdır.

İdame sıvıdaki glukoz miktarı çocuğun ihtiyaçlarına ve günlük glukoz takibine göre belirlenmelidir. Magnezyum, kalsiyum ve fosforun rutin olarak verilmez, eksiklik varsa verilmelidir. Potasyum ise hastanın klinik durumu göz önünde bulundurularak idame sıvıya eklenmelidir. Vitamin ve eser elementlerin idame sıvıya rutin olarak eklenmesi ise önerilmemektedir.

BRONŞİYOLİTİ NASIL TEDAVİ EDELİM? SIK YAPILAN HATALAR

Prof. Dr. Demet Can

SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, Dr. Behçet Uz SUAM

Uluslararası kılavuzlar, kanıta dayalı çalışmaların ışığında bronşiyolit tedavisinde herhangi bir müdahale değil sadece hidrasyon ve oksijenasyonun desteklenmesi önerilmektedir. Glukokortikoidlerin, nebülize adrenalin ve bronkodilatörlerin kullanımının hiçbir yararı olmadığı, hatta bazı rehberlerde önerilen hipertonic salin kullanımının bile tartışmalı olduğu bildirilmektedir. Ancak bronşiyolit astımlı bir çocuğun ilk “viral enfeksiyon ile tetiklenen atağı” olabilir bu nedenle >6 ay bebeklerde bronkodilatörler denenmeli, eğer yarar görülürse devam edilmelidir. Aynı şekilde eğer bronşiyolitin etkeni rinovirus ise kortikosteroidler, rinovirüs enfeksiyonunda astıma gidişi önleyebilecek potansiyelleri nedeniyle gündeme gelmiştir. Tüm bu tartışmalı tedavi önerileri bize tedavinin hastaya göre kişiselleştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Ağır bronşiyolitin yoğun bakımda izlemi ile ilgili kanıt düzeyi yüksek öneriler son derece azdır. Bronşiolitte meydana gelen hava yolu obstrüksiyonu ve atelektazi, hipoksemi ile sonuçlanabilir. Hipoksemi varsa önce nazal pronglarla maksimal 2–3 L/dakika ya da yüz maskesi ile 15 L/dakika düşük akışlı oksijen tedavisi uygulanmalıdır. Nemlendirilmiş ve ısıtılmış havanın oksijenle karıştırıldığı ve nazal kanül yoluyla iletiildiği yüksek akış tedavisi (HFNC), üst hava yolu direncini azaltarak ve nazofaringeal ölü boşluğun temizlenmesini sağlayarak pozitif hava yolu basıncı oluşturduğu için giderek daha çok tercih edilmektedir. Yine de bronşiyolitte HFNC tedavisinin kullanımının, standart nazal oksijen tedavisinin başarısız olduğu hipoksik bebeklerle sınırlandırılması önerilmektedir.

SIK YAPILAN HATALAR

1. Tanıyı atlamak

Bronşiyolit ÜSYE’de olduğu gibi hafif ateş, burun akıntısı ve koriza ile başlar, bu aşamada görülen bebeğin kısa sürede tipik bronşiyolit kliniğine geçebileceğini göz ardı etmemeli, ailelere takipne ve dispne belirtileri hakkında bilgi verilmelidir.

2. Astım gibi tedavi etmek

Avrupa’da 1 yaş, ABD’de 2 yaş altı bebeklerin 3’den fazla hışıltı atağı geçirmesi, infantil astım ya da hışıltılı bebek olarak kabul edilir. İlk ve ikinci hışıltı atağı ise infantil astım olasılığı nedeniyle nebülize beta agonist denenebilir ancak inhale kortikosteroid başlanmamalıdır.

3. Çocuğu anneden ayırmak

Çocuğun solunum işini artırmamak için sakın kalması, ağlamaması çok önemlidir. Gereksiz tetkikler veya soğuk buhar vermek amacıyla bebek anneden ayrılmamalıdır.

4. Soğuk buhar kullanmak

Bronşiyal hiperreaktiviteyi arttıracığı için önerilmez.

5. Hidrasyonu sağlamamak

Solunum işinin artması ile insensibl sıvı kaybı artan çocuk oral yolla hidrasyonunu sağlayamıyorsa nazogastrik ya da IV yol ile hidrate edilmelidir.

6. Tedaviye başlamadan önce tıkalı burnu temizlememek

7. Antibiyotik kullanmak

Akciğer grafisinde konsolide alanlar, yüksek ateş, lökositoz bile olsa viral solunum yolu enfeksiyonu olduğu için antibiyotik endikasyonu yoktur.

8. Dekonjestan, antihistaminik, öksürük şurubu kullanmak
9. Nebülize antikolinergik, IV magnezyum, sedatif kullanmak
10. Bronşiyolit geçiren alerjik çocuğu 3 yaşından önce anaokuluna göndermek

Çocukluk Çağı Obezitesine Yaklaşım

Prof. Dr. Doğa TÜRKKAHRAMAN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatrik Endokrinoloji

Obezite, kronik, tekrarlayan, multifaktöriyel, nörodavranışsal enerji metabolizması hastalığı olarak tanımlanmaktadır. Vücutta aşırı miktarda yağ depolanması (artmış adipozite) sonucu oluşur. Temel mekanizma vücuda harcanandan daha fazla miktarda kalori alınmasıdır.

Çocukluk çağında obezite tanısı için Vücut Kite İndeksi (VKİ; kg/m²) kullanılmaktadır. Bu yöntemin 2 yaşından büyük çocuklarda kullanılması önerilmektedir. İki yaşın altında ya da tüm yaş gruplarında kilo-boy endeksi (mevcut ağırlık/ ideal ağırlık) x100) kullanılabilir. VKİ değerlendirilmesinde o ırka özgü, yaşa ve cinsiyete göre düzenlenmiş persentil eğrileri veya SDS kullanılmalıdır. Bu değerlendirmeye göre; VKİ 85-95 p. ya da VKİ-SDS: 1-2 fazla kilolu, VKİ > 95 p. ya da VKİ-SDS > 2 obez, VKİ-SDS 2-2,5 obezite evre 1, VKİ-SDS 2,5-3 aşırı obezite (evre 2), VKİ-SDS > 3 morbid obezite (evre 3) olarak sınıflandırılmaktadır. VKİ hesabı obezite hakkında genel bir bilgi verse de, adipoziteyi göstermekte duyarlı değildir. Adipoziteyi göstermede direkt ya da indirekt yöntemler kullanılabilir. İndirekt yöntemlerden, çocuklarda cilt kıvrım kalınlığı ve bel çevresi ölçümü kullanılırken, erişkinlerde bel-kalça oranı kullanılmalıdır. Direkt yöntemler arasında; bio-elektriksel impedans ölçümü yaygın olarak kullanılsa da hata oranı obezitenin derecesi arttıkça artmaktadır. DEXA yöntemi ile vücut yağının değerlendirilmesi günümüzde altın standart olarak kullanılmaktadır.

Obeziteyi etiyolojine göre genel olarak eksojen (basit) ve endojen kaynaklı obezite olarak iki ana grupta inceleyebiliriz. Eksojen obezite sıklığı günümüzde giderek artmış ve pandemi boyutlarına ulaşmıştır. Multifaktöriyel bir hastalık olup, çevresel ve poligenik sebeplerin birlikte varlığıyla oluşmaktadır. Çevresel faktörler arasında, yanlış ve düzensiz beslenme, hareketsiz yaşam tarzı, yetersiz uyku ve bazı ilaçların kullanımı sayılabilir. Endojen obezite sıklığı ise çok daha azdır (< %1). Hipotiroidi, büyüme hormonu eksikliği ve Cushing sendromu obeziteye yol açabilen nadir endokrin hastalıklar arasındadır. Ayrıca monogenik (tek gen mutasyonlarına bağlı) obezite de (sendromik veya non-sendromik) endojen obezite sebepleri arasındadır. Sendromik obezite nedenleri arasında en sık Prader-Willi sendromu ve Bardet-Biedl sendromu yer almaktadır. Eksojen obezitede anne-babaya göre çocuğun boyu normal ve büyüme hızı normal/artmış iken, endojen obezitede anne-babaya göre boy kısa ve büyüme hızı azalmıştır. Yayınlanan uluslararası konsensus raporlarında eksojen obezite düşünülen çocuklarda rutin hormonal testlerin yapılması önerilmemektedir. Yine rutin testlerde insülin düzeyinin ölçülmesi önerilmektedir. Sabah açlık kan şekeri, lipid profili ve ALT düzeylerinin ölçümü yeterli olarak kabul edilmektedir. Bunun yanında mutlaka her vizitte kan basıncı ölçülmelidir.

Obezitenin tedavisinde ise maalesef çocuklarda etkin şekilde kullanılabilecek farmakolojik bir ajan bulunmamaktadır. Seçili vakalarda metformin, orlistat, bir GLP-1 analogu olan liraglutid ve bazı monogenik kökenli morbid obez hastalarda selektif MC4R agonisti olan setmelanotid kullanılabilir. Çocuklarda temel amaç obeziteyi tedavi etmekten ziyade obeziteyi önlemek olmalı ve erken yaşlarda sağlıklı ve düzenli beslenme alışkanlığı kazandırılmalıdır.

Vitamin Eksikliklerinin Klinik İpuçları

Dr. Duygu Yılmaz, Dr. Beste Yüksel Saçlı

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

- Enerji üretimi, sinir sistemi fonksiyonları, bağışıklık sistemi, kemik sağlığı, cilt sağlığı
- Vücut tarafından üretilmezler

Suda Eriyen Vitaminler

- Kısa sürede emilir
- Depolanmaz, idrar yoluyla atılır. (B12 hariç)
- Sık, küçük dozlarda

Yağda Eriyen Vitaminler

- Lenfatik dolaşıma katılır
- Depolanır
- Toksikasyon
- Periyodik dozlarda

D Vitamini Eksikliği

- Lineer büyümede yavaşlama
- Raşitik rozari
- Frontal bossing
- Kraniotabes
- Harrison oluğu
- Sekonder hiperparatiroidizm
- Ön fontanelin kapanmasında gecikme
- Hipokalsemik konvulziyon

DURUM	Serum 25(OH)D Düzeyi (ng/ml)
EKSİKLİK	<12
YETERSİZLİK	12-20
NORMAL ARALIK	20-100
İNTOKSİKASYON	>100 Hiperkalsemi (Hiperkalsiüri,PTH supresyonu)

PROFİLAKSİ			
TÜRKİYE	CDC	AAP	NHS
0-12 ay 400 IU	0-12 ay 400 IU	Her yaşta 400 IU	Her yaşta 400 IU
>12 ay 600 IU	>12 ay 600 IU		

Sağlık Bakanlığı Kılavuzu Rickets Tedavisi

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

A Vitamini Eksikliği

- Kserozis konjonktiva, Bitot lekesi, gece körlüğü
- Psödötümör serebri
- Pullanma, akne
- İnfertilite

Tanı

- Göz muayenesi
- Serum retinol düzeyi

<0,7 mikromol/L eksiklik

<0,35 mikromol/L ağır eksiklik

Tedavi

Latent Eksiklik	1500 mcg
Ciddi Eksiklik	1500-3000 mcg
Kseroftalmi	1500 mcg/kg/gün im 5 gün iyileşinceye kadar 750 mcg im

Kızamık

Kızamık Bilim Kurulu'nun tavsiyesi:

- İki yaş altındaki kızamık vakalarına vit-A takviyesi
- 6-12 ay 50 000 Ü
- 12-24 ay 100 000 Ü

AAP önerisi:

- <6 ay 50 000 Ü
- 6-11 ay 100 000 Ü
- ≥12 ay 200 000 Ü
- İki gün süreyle günde bir kez, eksikliği olanlarda 2-4 hafta sonra 3. Doz

E Vitamini (Alfa Tokoferol) Eksikliği

- Nistagmus

- Proprioseptif-vibratuar duyularda azalma
- Serum E vitamini <0,5 mg/dl
- Çocuklarda önerilen doz 20-25 IU/kg/gün

K Vitamini Eksikliği

- Göbek kordonundan, sünnnet yerinden, gastrointestinal, merkezi sinir sisteminden kanama
- Kemik metabolizmasında bozulma, kırılганlığında artma

Tanı

- Protrombin zamanı, INR, Faktör II, VII, IX, X düzeyleri, plazma filokinon düzeyi

Tedavi

- Tüm yenidoğanlara doğumdan sonra >1500 g: 1 mg IM, ≤1500 g: 0.5 mg IM profilaksi
- Malabsorpsiyona bağlı eksikliklerde 50-100 mg ayda bir parenteral

B12 Vitamini (Kobalamin) Eksikliği

- Ciltte hiperpigmentasyon
- 3-6. aylarda nörolojik kayıplar, 9. ay civarında kazanılan becerilerin kaybı, hipotoni
- Ağır psikomotor gerilik, mikrosefali, posterior-lateral kolon tutulumu, pozisyon-vibrasyon kaybı

Tanı

- Serum B12 vitamini düzeyi
 - Eksiklik <200 pg/mL
 - Ara değer 200-300 pg/mL
 - Normal >300 pg/mL
 - Üst Sınır >900 pg/mL
- Transkobalamin II eksikliği, metilmalonik asidüri, homosistinüri
- Makrositer anemi, nötrofil hipersegmentasyonu
- Trombositopeni
- Artmış LDH
- Artmış indirekt bilirubin
- Artmış serum demir satürasyonu

Tedavi

- Diyetle eksiklikte 1-2 mg/gün oral
- Malabsorpsiyonda 1 mg/hafta enjeksiyon (4-8 hafta, klinik yanıt alınana kadar), sonra ayda 1 kez 1 mg enjeksiyona yaşam boyu
- 7-10. gün retikülosit yanıtı, hemoglobun artışı, MCV düşüşü, 8. haftada tamamen normalleşme
- Metilmalonik asit atılımı ve homosistein 1 haftada normale döner.

B1 Vitamini (Tiamin) Eksikliği

- Beriberi

- Kardiyomiyopati
- Periferik Nöropati
- Ensefalopati (Wernicke Korsakoff Sendromu)

B2 Vitamini (Riboflavin) Eksikliği

- Çeilozis
- Glossit
- Anguler stomatit
- Konfüzyon
- Fototerapi riboflavin eksikliği
- TPN solüsyonları ışıktan korunmalı

B3 Vitamini (Niasin) Eksikliği

- Pellegra (Demans,Diyare,Dermatit)

B5 Vitamini (Pantotenik Asit) Eksikliği

- Koenzim A'nın yapısı
- Enerji metabolizması
- Ayaklarda yanma

B6 Vitamini (Piridoksin) Eksikliği

- Miyoklonik konvulziyon(EEG'de hipsaritmi)
- Nöropati

B7 Vitamini (Biyotin) Eksikliği

- Karboksilasyon reaksiyonları
- Çiğ yumurtadaki avidin eksiklik
- Dermatit
- Alopesi
- İşitme-görme problemleri
- Metabolik ketoasidoz, hiperamonyemi, organik asidüri
- Konvulziyon

B9 Vitamini (Folik Asit) Eksikliği

- Keçi sütünden zengin beslenme
- Nöral tüp defekti
- Makrositer anemi
- Gebelik öncesi-süresince 400 mcg/gün
- Tedavide 1-5 mg/gün

C Vitamini (Askorbik Asit) Eksikliği

- En sık 6-24 ay
- Yara iyileşmesi, demir-folat emilimi
- Artrit, subperiostal hemoraji, skorbütik tespihler
- Kurbağa pozisyonu
- Peteşi-purpura, gingival ödem, hematüri, melena, subdural hemoraji

Tanı

- Uzun kemiklerin distal uçlarında trabekülasyon kaybı, buzlu cam
- Test doz askorbik asit uygulamasının ardından idrardaki vitamin miktarının değerlendirilmesi

Tedavi

- Ağır eksiklikte bir hafta 200 mg/gün oral
- Yüksek doz kullanımı böbrekte oksalat-ürat taşı

Kaynaklar

1. Neyzi O, E. T., Darendeliler F. (2020). *Pediyatri* (5 ed., Vol. 1).
2. *Bebek ve Çocuklarda D Vitamini Ölçümü, Profilaksisi, D Vitamini Eksikliğinin Tanımlanması ve Tedavisi, D vitamini İntoksikasyonu Konularında Sağlık Bakanlığı Bilim Kurulu Rehberi-Şubat 2018*
3. *Institute of Medicine (US) Committee to Review Dietary Reference Intakes for Vitamin D and Calcium; Ross AC, Taylor CL, Yaktine AL, et al., editors. *Dietary Reference Intakes for Calcium and Vitamin D*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2011. 3, Overview of Vitamin D.
4. World Health Organization, *Global prevalence of vitamin A deficiency in populations at risk 1995–2005*, WHO global database on vitamin A deficiency.
5. Black RE et al., *Maternal and child undernutrition: global and regional exposures and health consequences*, *The Lancet*, 2008, 371(9608), p. 253.
6. *Vitamin A Deficiency and Supplementation UNICEF Data Archived from the original on 2016-09-11. Retrieved 2015-04-07.*
7. Araki, S., & Shirahata, A. (2020). Vitamin K Deficiency Bleeding in Infancy. *Nutrients*, 12(3), 780.

Erken Çocukluk Gelişimi ve Ekran Kullanımı

Prof. Dr. Elif N.Özmert

Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı , Sosyal Pediatri BD ve Gelişimsel Pediatri BD

Erken çocukluk dönemi 0-8 yaşlar arası olarak tanımlanmaktadır. Bununla birlikte ilk 8 yılda gelişimin özellikleri ve hızı farklılık gösterir. Burada özellikle ilk 2 yaşın gelişimsel özellikleri ve ekrandan etkilenimi üzerinde durulacaktır. Ekran ise televizyon, bilgisayar, cep telefonu ve tablet dahil tüm dijital teknoloji içeren ekranı ifade etmektedir.

Doğumdan sonra gelişimi etkileyen en önemli yapılanma sinapsların oluşumudur. Bunun için çocukların sağlık ve yeterli dengeli beslenmenin yanı sıra, duyarlı bakım, erken öğrenme olanaklarına yani uygun uyaranlara ve güvenli bir çevreye gereksinimleri vardır. Piaget'in bilişsel gelişim evrelerine göre ilk 2 yaşta çocuklar duyu-motor evresindedir ve gelişim için hem motor becerilerini hem de duyularını birlikte kullanırlar. Uyaranları işleme hızları aslında erişkinden yavaştır. Anlamlı ve anlamsız, gerekli ve gereksiz uyaranları ayırt edemezler ve ekrandan kendilerine gelen her uyarıyı anlamlandırmaya çalışarak zihinsel yorgun yaşarlar ve sonuç olarak da 2 boyutlu ekrandan 3 boyutlu yaşama geçiş de yapamadıkları için öğrenemezler. Annebabalar da gerek kendi ekran kullanımları nedeni ile gerekse de çocuklarının ekran kullanımı sırasında onlara uygun, yeterli, duyarlı bakım sunamazlar. Sonuç olarak özellikle ilk 18-24 ayda çocukların ekrandan bir kazanımı olmadığı gibi, dil gelişimi, bilişsel ve sosyal gelişim ve davranış sorunları açısından olumsuz etkilenmektedirler. Bunları ortaya koyan uzunlamasına araştırmalar, fonksiyonel magnetik rezonans ve EEG bulguları vardır. İki yaşından sonra ise ekranın yararlı olması için yanında bir yetişkin ile etkileşimli olarak ve belirli bir öğrenme amacı olan ekran etkinlikleri gereklidir. Uzun ekran kullanımı her yaşta uyku sorunu oluşturur. Bu durum özellikle çocuklarda ayrıca dikkat ve öğrenme sorunlarına katkıda bulunur. Günümüz dijital ekran dünyasında ailelerin çocuklarını ekran ile tanıştırmak için acele etmelerine gerek yoktur. İki yaşından sonra en az zarar ve en yüksek yarar için sürenin 1 saat ile kısıtlanması, yaşına uygun kaliteli programların seçilmesi; birlikte izlerken bakım verenin, gördüklerini anlamlandırmaya çalışması, gerçek hayat ile ilişkiler kurması, hızlı akan programlardan ve dikkat dağıtıcı içeriklerden kaçınmak önerilir. Çocuklara çevrimiçi güvenlik anlatılmalıdır. İzlenmediği zamanlar televizyon kapatılmalıdır.

Ailelerin, aile medya planları yapması, çocuğun yaşına uygun programları belirleyerek, çocuk ile birlikte ekran etkinlikleri paylaşması, ekranların ve dijital teknolojinin olmadığı aile zamanları ve etkinlikleri oluşturması, fiziksel aktiviteye mutlaka gerekli süre ayrılması, yatmadan en az bir saat önce ekranın kapatılması ve ailelerin ekran için çocuklara rol model olması gerekmektedir. Çocuk sağlığı izlemlerinde bu konu mutlaka ele alınmalıdır. Çocuk hekimlerinin tekrarlayan önerilerinin aileler tarafından yaşama geçirildiği akılda tutulmalıdır.

Olgularla Boy Kısalığına Yaklaşım

Prof. Dr. Erdal Eren

Boy kısalığı çocuk endokrinoloji kliniğine en sık başvuru nedenidir ve aileleri endişelendiren bir semptomdur. Toplumda boy değerinin 3 persentilin veya -2 SD'nin altında kalan bireylerin araştırılması gerekir. Büyüme için sağlam bir hipotalamo-hipofiz aksı, dengeli beslenme ve sağlıklı bir büyüme plağı (kondrogenez) gereklidir. Bu aksı, beslenmeyi ve büyüme plağındaki kondrogenezi etkileyen patolojik durumlar büyümeyi etkiler. Boy kısalığını değerlendirirken çeşitli terminolojileri bilmek gerekir. Bunlar büyüme hızı, takvim yaşı, kemik yaşı ve hedef boydur. Büyüme hızı yaşlara göre değişkenlik gösterir ve yıllık büyüme hızının suboptimal olarak değerlendirildiği rakamlar şu şekildedir: 1-2 yaş <10 cm/yıl, 2-3 yaş <8 cm/yıl, 3-4 yaş <6 cm/yıl, 4 yıl- puberte <4 cm/yıl.

Boy kısalığı olan bir olgunun ilk değerlendirmesinde fizik muayene ve öykü ana kuraldır. Olguların prenatal, natal öyküsü, sistemik hastalık ve beslenme öyküsü yakından sorgulanmalıdır. Özellikle yenidoğan dönemindeki hipoglisemi, kolestaz, erkek çocuklarda inmemiş testis ve mikropenis çoklu hipofiz hormon eksikliğini gösterir. Bunun yanında SGA'lı bebeklerin boy izleminin akranlarına göre daha dikkatli yapılması gerektiği unutulmamalıdır. Boyun hesaplanmasında infantometre veya stadiyometre kullanılır ve doğru veri için düzgün ölçüm yapılması gerekir. Ayrıca olgunun eski boy verileri öyküde sorgulanmalıdır. Büyüme hızı ve boy persentili normal olgular belirli aralıklarla takip edilir. Büyüme hızı ve boy persentili düşük ise patolojik boy kısalığı, boy persentili düşük olup büyüme hızı normale yakın ise patolojik olmayan boy kısalığı düşünülür. Boy persentili düşük olup büyüme hızı normale yakın olgularda aile öyküsü, kemik yaşının takvim yaşına göre geri olup olmaması ve hedef boy dikkate alınarak değerlendirme yapılır. Boy kısalığının en sık görülen tipleri ailevi ve yapısal boy kısalığıdır. Büyüme hızı ve boy persentili düşük olgularda dikkat edilmesi gereken nokta vücut orantısıdır. Bu orantı için kullanılan üst/alt oranı (baştan simfizis pubis, simfizis pubis taban oranı) ve kulaç mesafesindeki bozulmalar orantısız boy kısalığını gösterir. Bu olgularda akondroplazi, hipokondroplazi düşünülmelidir. Sendromik özelliğe sahip ve dismorfik yüz bulgusu olan olgularda karşımıza boy kısalığı ile çıkabilirler. Bunların içinde en sık bilineni Turner Sendromu olup kadınlarda yele boyun, ense saç çizgisinde düşüklük, kubitüs valgus ile karakterizedir. Noonan Sendromu da Turner stigmatları taşıyan ancak her iki cinsiyette görülen bir sendromdur. Down sendromunda karakterize yüz tipi ve nörolojik gelişim geriliği, Silver-Russell sendromunda üçgen yüz görünümü (frontal çıkıntı, dar çene), mental küntlük, klinodaktili vardır. Radyolojik değerlendirmede kemik yaşı bakılmalıdır. Endokrin nedenler arasında hipotiroidi mutlaka ekarte edilmelidir. Tam kan, renal, karaciğer hasar değerlendirilmesi, çölyak testleri araştırılmalıdır. Gerekli olgularda IGF1, IGFBP3, büyüme hormon uyarı testleri ile olguların çoğuna tanı konulabilir.

Bu konuşmada boy kısalığının çeşitli nedenleri olgularla anlatılacaktır.

Kronik öksürük ve astım

Prof. Dr. Erkan Çakır

ÖZET

Kronik öksürük çocuklarda 4 haftadan uzun süren öksürük olarak tanımlanmakta olup, astım kronik öksürük nedenleri arasında her yaş grubunda ilk sırada yer almaktadır. Astım haricinde persistan bakteriyel bronşit (PBB), somatiform bozukluklar, üst hava yolu öksürük sendromları, konjenital anomaliler, gastroözefagial reflü, kronik süpüratif akciğer hastalıkları, kronik rinosinüzit, alt solunum yolu enfeksiyonları ve yabancı cisim aspirasyonları kronik öksürük yapabilir. Astımın klasik hırıltı ve hışıltı atakları ile giden klasik formu kronik öksürüğe yol açarken, sadece izole öksürükle giden, hırıltı ve hışıltının ve dinleme bulgularının eşlik etmediği formu da (Cough variant asma) kronik öksürüğe neden olabilir. Öksürük izole astım karakteristik olarak kuru karakterde olup, gece öksürükleri sıklıkla meydana gelmekte, çocuklarda erişkinlere göre daha fazla görülmekte, ilerleyen zamanlarda izole öksürükle giden astım formunda kalabildiği gibi hırıltı ve hışıltıyla giden klasik forma dönüşebilmektedir. Kronik öksürükte astımı düşündürülen bulgular, hastanın gece öksürüklerinin olması, hırıltı ve hışıltının öksürüğe eşlik etmesi, hastada alerjik rinit, besin allerjilerinin ve atopik dermatitin bulunması, inhaler allerjen pozitifliği, kanda eozinofil ve total IgE yükseklikleri, ebeveyn ve birinci dereceden akrabalarda astım ve alerjik hastalıklı hikayesinin olmasıdır. Kronik öksürükte astım öksürüğün tek sebebi olabileceği gibi, beraberinde alerjik rinit ve üst solunum yolu öksürük sendromları, adenotonsiller hipertrofi, gastroözefagial reflü, beslenme hataları ve PBB astıma eşlik edebilir. Astım kronik öksürüğün etyolojideki en önemli nedeni olması yanında, astım tanılı ve takipli bir hastanın seyrinde kronik öksürük meydana gelebilir. Astımlı bir hastada kronik öksürüğün meydana gelmesi durumunda tanı gözden geçirilmeli, tedaviye uyum, doğru inhalasyon tekniği olup olmadığı ve astımın ağırlık derecesi gözden geçirilmelidir. Astım seyrinde reflü, alerjik rinit, alerjik bronkopulmoner aspergillozis, adenoid vejetasyon oluşumu ve gastroözefagial reflü gibi komorbid durumlar gözden geçirilmelidir. Astımda bazı hastalarda yoğun mukus tıkaçlarından dolayı sağ orta lob veya lingulada atelektaziler olabilir. Atelektazilerin tekrarlaması ya da radyolojik olarak 1 aydan fazla sürmesi orta lob sendromu olarak adlandırılabilir ve kronik öksürüğe, iyi tedavi edilmediği zaman da kalıcı akciğer hasarına ve doku kaybına neden olabilir. Yine astım seyrinde kronik balgamlı öksürüğün oluşması durumunda özellikle kronik rinosinüzit ve PBB gelişebilir. PBB erken tanınmadığı ve tedavi edilmediği takdirde kronik süpüratif akciğer hastalığı ve bronşektaziye neden olarak kalıcı akciğer hastalığına yol açabilir.

YENİDOĞANDA METABOLİK ASİDOZA YAKLAŞIM

Ersin Ulu

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, Neonatoloji BD

Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde yatan bebeklerde metabolik asidoz nispeten sık görülen bir durumdur. Genellikle uygulayıcılarda tedavide öncelikle sodyum bikarbonat kullanmaya eğilim vardır. Elli yıldan fazladır kullanımda olan bir ilacın yenidoğan metabolik asidozda güvenli ve etkin kullanımı ile yeteri veri olmadığı halde bu konuda kanıtı davranmaya eğilim konusunda uygulayıcılarda bir direnç gözlenmektedir. İtalya'da bildirilen güncel ulusal veride halen daha %55'e yakın oranda yenidoğanda metabolik asidoz tedavisinde sodyum bikarbonat kullanma sıklığı bildirilmiştir. Fakat son zamanlarda yayınlanan bilimsel çalışmalarda giderek artan şekilde sodyum bikarbonat kullanımı aleyhine öneriler bulunmaktadır. Bu yazıda temel referans aldığımız Türk Neonatoloji Derneği dahil bir çok rehber bikarbonatın kısıtlı kullanımını önermekte ve altta yatan nedene odaklanması gerektiğine ısrarla vurgu yapmaktadır.

Asit-Baz Dengesi

- Vücut sıvılarındaki hidrojen iyonu (H^+) konsantrasyonunun dengesini ifade eder.
- Vücut sıvılarında bulunan H^+ konsantrasyonundaki bir değişiklik;
 - Enzim aktivitelerini,
 - Elektrolit düzeylerini,
 - Organ fonksiyonlarını ve
 - Normal gelişimi etkiler.

Sağlıklı erişkin insanlarda ESS'daki H^+ konsantrasyonu 35-45 mEq/L

- pH değeri olarak 7.35-7.45 aralığına karşılık gelir.

Yenidoğan bebeklerde de ESS pH değeri dar bir aralıktadır.

- Serum pH değeri;
 - 7.35 altına inmesi asidoz,

7.45 üstüne çıkması ise alkaloz

Serum pH değerinin fizyolojik aralık

pH değerinin normal sınırlar arasında tutulmasını sağlayan sistemler;

- Vücudun tampon sistemleri,
- Solunum sistemi ve
- Böbreklerdir.
- Tampon; sisteme asit ya da baz eklendiğinde pH değişikliklerini en aza indirebilen maddedir.

Akut Kompansasyon

- Serum pH değerindeki düşüğe yanıt olarak H^+ iyonu, H^+/K^+ değiştirici sistem ile hücre içine girerken, K^+

hücre dışına çıkar.

- Hücre içine giren H⁺ iyonu hücre içi tamponlar:
 - Hemoglobin,
 - Organik fosfatlar ve
 - Kemikte hidroksiapatit tarafından tamponlanır.
 - Serum pH değeri arttığıında ise H⁺ hücre dışına çıkarken K⁺ hücre içine girer.
- Akut asit yükünün yaklaşık %47'si intrasellüler sistem tarafından tamponlanır.
- Aşırı uzayan asidozda kemik tampon sistemi de önemli hale gelir, kemik rezorpsiyonu ve sonucunda kemikten Na⁺, K⁺, HCO₃⁻ ve kalsiyum (Ca⁺⁺) kaybı olur.
- En önemli ekstrasellüler tampon bikarbonat-karbonik asit tampon sistemidir.
- Etkisini; karbondioksitin (CO₂) solunum yoluyla atılması ve
 - böbrekler tarafından bikarbonat (HCO₃⁻) geri emilimi veya atılımının düzenlenmesi ile gösterir.
 - Asit üretimi arttığıında HCO₃⁻ tüketimi artarken, karbonik asit (H₂CO₃) ve CO₂ seviyeleri de yükselir.
- Artan CO₂ kan beyin bariyerini geçerek santral sinir sistemindeki (SSS) kemoreseptörleri uyarıp solunum hızını ve derinliğini artırır ve CO₂ düzeyi 12-24 saat içinde azalır.
- Metabolik Alkaloz durumunda ise; HCO₃⁻ konsantrasyonu artar, hipoventilasyon ve CO₂ birikimi olur.
- Henderson-Hasselbach denklemi;
pH, parsiyel karbondioksit basıncı (PaCO₂) ve HCO₃⁻ arasındaki ilişkiyi gösterir:
 - $pH = 6.1 + \log \left[\frac{HCO_3^-}{(0.03 \cdot PaCO_2)} \right]$.

Geç kompensasyon

Uzun dönemde serum pH değerinin normal sınırlarda tutulması;

- Asit-baz üretimi,
- Alımı ve
- Vücuttan atılımı arasındaki dengeye bağlıdır.

Diyetle alınan asit miktarı çok azdır.

Günlük asit yükünün çoğu normal metabolik işlevlerden kaynaklanır.

- Fizyolojik durumlarda vücutta metabolik aktivite sonucu uçucu ve sabit asit yükü oluşur
 - (1-2 mEq/kg/gün).
- Karbonik asit en fazla oluşan uçucu asittir ve CO₂ şeklinde akciğerlerden atılır.

ESS'deki HCO₃⁻ tarafından sabit asitlerin tamponlanması.

- Laktik asit, ketoasitler, fosforik asit, hidroklorik asit ve sülfürik asit

Renal sistem; asit-baz dengesindeki değişikliklere daha yavaş yanıt veren fizyolojik düzenleyici sistemdir.

Ekstrasellüler ve intrasellüler tamponlar içinde bulunan H⁺ iyonu;

- Böbrekler tarafından HCO₃⁻ emilimi ile,
- Amonyum olarak ve
- Titre edilebilir asitler (fosfat ve sülfat tuzları) şeklinde idrarla atılır.

Fetüste Asit-Baz Dengesi

Fetal asit-baz dengesinin sağlanmasında placenta en önemli rolü oynar.

- İntrauterin dönemde metabolik asidoza solunumsal kompensasyonun fizyolojik önemi yoktur.
- Fetal böbreklerin asitleri atabilme, HCO_3^- oluşturabilme ve pH değişikliklerini düzenleme kapasitesi kısıtlıdır.
- Nefroenez 34-36 gebelik haftasında tamamlanır
- Nefronların matürasyonu ve proksimal tüpte bikarbonat geri alımı, distal tübüler asidifikasyon gibi fonksiyonel gelişimler **hayatın ilk yılı boyunca devam eder.**

Fetal metabolik asidoz;

- Uteroplacental fonksiyonların bozulması veya
- Kan akımının azalması
- Annede astım, havayolu tıkanıklıkları, narkotik bağımlılığı, magnezyum sülfat toksisitesi gibi uzamış maternal hipoventilasyon yapan durumlar; fetüste respiratuar asidoza neden olur.

Yenidoğanda Asit-Baz Dengesi

Doğumdan kısa süre sonra bebekte fizyolojik olarak hafif metabolik asidoz görülebilir.

Yaşamın ilk 24-48 saatinde asit-baz dengesi,

- Perinatal süreç,
- Ortamın ısısı,
- Beslenme ve
- Bebeğin gebelik haftası gibi faktörler etkiler.

Yenidoğanda Asit-Baz Dengesi/Kan Gazları

Umbilikal arter kan gazı;

- Normal pH değerleri 7.20-7.28 aralığındadır.
- Baz defisiti; $[2.7 \pm 2.8 \text{ mEq/L}]$ ile $[8.3 \pm 4.0 \text{ mEq/L}]$ arasında değişebilir.
 - ADDA preterm bebeklerde hayatın ilk 2 haftasında baz defisiti 10.6 meq/L kadar yüksek olabilir.

Doğum ve Kan Gazları

- Pretermelerde kord klemplenmenin 30 saniye geciktirilmesinin doğumdan hemen sonra görülen metabolik asidozu azalttığı gözlemlenmiştir.
- Sezaryenle doğumlarda uygulanan anestezinin şekli de fetal asit-baz durumunu etkileyebilir.
- Spinal anestezi ile doğan bebeklerde; epidural veya genel anestezi ile doğan bebeklere göre:
 - Umbilikal arter kan gazında pH değerinin daha düşük,
 - Baz defisitinin ise daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Yenidoğanda arteriyel kan gazı normal değerler;

- **pH:7.30-7.45,**
- **PaCO₂ :35-45 mmHg**
 - (pH normal aralıkta ise hafif yüksek değerler de kabul edilebilir)
 - **Parsiyel oksijen basıncı (PaO₂) oda havasında 55-95 mmHg arasında**
- Arteriyel kan örnekleri; pH, PaCO₂ ve PaO₂ için en doğru göstergedir.
- Venöz kan örneğinde, arteriyel kana göre PaO₂ oldukça düşük, pH değeri daha düşük, PaCO₂ değeri daha yüksektir.

- Kapiller örnek ile pH ve PaCO₂ değerlendirmesi yapılabilir ancak PaO₂ değerlendirmesi doğru olmayabilir.
- Kapiller kanda, arteriyel kana göre pH değeri daha düşük (venöz kan örneğindeki kadar düşük değil), PaCO₂ değeri ise hafif yüksektir.
- Kapiller kan gazı değerlendirmesinin doğru olabilmesi için bebekte hipotansiyon ya da şok olmamalıdır.

Term ve Preterm Bebeklerde Normal Kan Gazı Değerleri

Gebelik haftası	PaO ₂ (mmHg)	PaCO ₂ (mmHg)	pH	HCO ₃ (mEq/L)	BE/BD
Term	80-95	35-45	7.32-7.38	24-26	±3.0
30-36 hafta	60-80	35-45	7.30-7.35	22-25	±3.0
<30 hafta	45-60	38-50	7.27-7.32	19-22	±4.0

Asit-Baz Dengesi Bozuklukları

- Primer?
- Sekonder?
- Uygun kompensasyon?
olup olmadığı sorularına cevap aranmalıdır.
- Serum HCO₃⁻ düzeyinin düşüklüğü;
 - Primer bir metabolik asidozun göstergesi olabileceği gibi
 - Primer respiratuvar alkalozun kompensasyonu sonucu da olabilir.
- Serum HCO₃⁻ düzeyinin yüksekliği;
 - Primer bir metabolik alkalozun sonucu olabileceği gibi
 - Primer respiratuvar asidoza yanıt da olabilir.

Asit Baz Dengesinde Kompensasyon

Respiratuvar	Primer Bozukluk PaCO ₂	Kompensasyon
Akut asidoz	1 mmHg ↑	0.1 mEq/L ↑
Akut alkaloz	1 mmHg ↓	0.25 mEq/L ↓
Kronik asidoz	1 mmHg ↑	0.5 mEq/L ↑
Kronik alkaloz	1 mmHg ↓	0.5 mEq/L ↓
Metabolik	HCO ₃ ⁻	PaCO ₂
Asidoz	1 mEq/L ↓	1.25 mmHg ↓
Alkaloz	1 mEq/L ↑	0.2-0.9 mmHg ↑

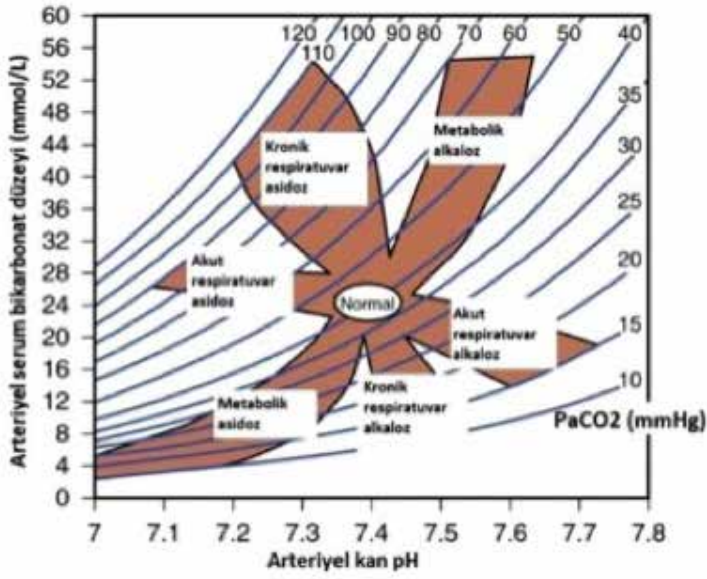
Asit-Baz Dengesi Bozuklukları

- Primer problemi, sekonder kompensasyondan ayırt edebilmek için;
 - pH,

- HCO_3^-
- PaCO_2 düzeylerinin bilinmesi gerekir.
- Öncelikle
 - HCO_3^- etkilenirse; metabolik,
 - PaCO_2 etkilenirse; respiratuvar bozukluk söz konusudur.
- Sadece bir patolojik durum tek başına varlığında; basit asit-baz bozukluğu,
- İki ya da daha fazla bozukluğun bulunması; mikst asit-baz bozukluğu.

Nomogram;

- Asit-baz bozukluğu basit veya mikst ?
- Kompansasyon var mı yok mu? ayırt etmekte kullanılır.



Yenidoğanda Metabolik Asidoz

1. Vücuttan HCO_3^- kaybı (Diyare ve proksimal RTA)
2. Böbreklerden H^+ iyonu atamama (Yüksek proteinli diyet, distal RTA, böbrek yetmezliği)
3. Endojen (laktik asidoz) veya Ekzojen asitlerde artış (Doğumsal metabolizma hastalıkları, salisilat intoksikasyonu)

ARTMIŞ ANYON AÇIĞI

Laktik asidoz (doku hipoksisine bağlı)

- Asfiksi, şok, sepsis, hipotermi, respiratuvar distres sendromu

Doğumsal metabolizma hastalıkları

- Organik asidemiler
- Konjenital laktik asidoz

Renal yetmezlik

Yenidoğanın geç metabolik asidozu

Toksinler (örn: benzil alkol)

NORMAL ANYON AÇIĞI

Renal bikarbonat kaybı

- İmmatüriteye bağlı bikarbonat kaybı
- Renal tübüler asidoz
- Karbonik anhidraz inhibitörleri

Gastrointestinal bikarbonat kaybı

- Akut diyare
- İnce bağırsaktan, pankreas veya safra tüplerinden drenaj, fistül drenajı

Mineralokortikoid eksikliği

İntravenöz sıvılarda fazla klor/ klor içeren bileşik

verilmesi (Arjinin HCl, HCl, CaCl₂, MgCl₂, NH₄Cl, hiperalimentasyon, yüksek proteinli beslenme)

ESS kompartmanının genişlemesine bağlı bikarbonat dilüsyonu

Anyon açığının hesaplanması;

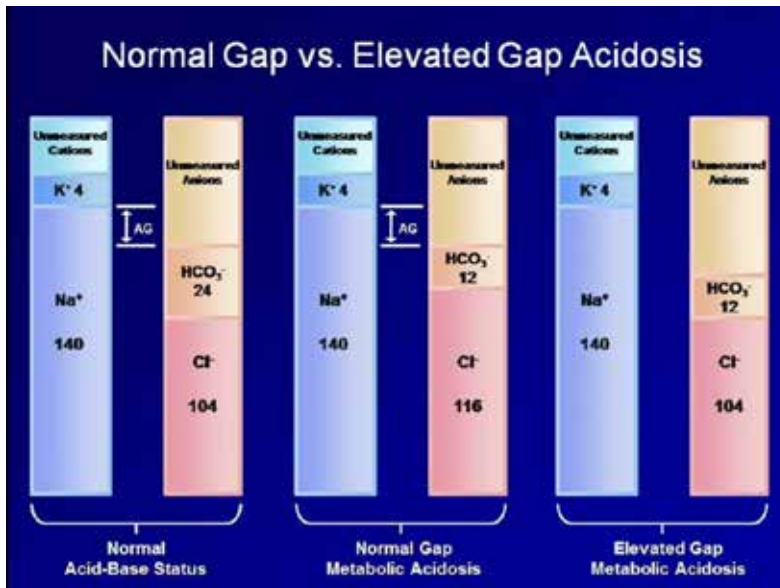
- Ekzojen asitler (örn: salisilat) ya da
- Endojen asitler (örn: laktik asit) nedeniyle **gelişen metabolik asidozun ayırımı.**

Serum Na⁺ değerinden, Cl⁻ ve HCO³⁻ - iyonlarının toplamının çıkarılmasıyla hesaplanır:

$$\text{Anyon açığı} = \text{Na}^+ - (\text{Cl}^- + \text{HCO}_3^-)$$

Normal: 8-16 mEq/L

- Doğum ağırlığı <1000g olan preterm bebeklerde 18 mEq/L değerine kadar normal kabul edilir.
- **Artmış anyon açığının yenidoğandaki en sık nedeni; doku hipoksisine bağlı laktik asidozdur.**



Anyon Açığını Etkileyen Asidoz Dışı Nedenler

- **Yüksek Anyon Açığı**

- Metabolik Alkaloz
- Hiperfosfatemi
- **Düşük Anyon Açığı**
 - Hipoalbüminemi
 - Hiperpotasemi
 - Hiperkalsemi
 - Hipermağnezemi

Yenidoğanda Metabolik Asidozun Sık Nedenleri

- Hipoksi / perinatal asfiksi / laktik asidoza yol açan soğuk stresi.
- Sepsis, NEC
- Hipovolemi/ anemi (önemli IVH, önemli akut kan kaybı, örneğin pulmoner hemoraji gibi)
- Prematüre, yetersiz hidrojen atılımı, düşük bikarbonat geri emilimi ile olgunlaşmamış böbrek fonksiyonuna yol açar.
- Böbrek yetmezliği
- Doğuştan gelen metabolizma sorunları.
- Dehidrasyon
- Patent duktus arteriozus.

Yenidoğanda Metabolik Asidozun Kliniği;

Etiyolojiye bağlı,

Serum pH <7.20 ise;

- Kardiyak kontraktilete etkilenebilir,
- Pulmoner vazokonstriksiyon ve pulmoner hipertansiyon gelişebilir.

Asideminin akut etkileri;

- Protein yıkımı,
- ATP sentezinde azalma ve
- İnsülin direnci gözlenir.
- Hiperkalemi olabilir.

Kompansasyon için solunum hızlanır ve takipne gözlenebilir.

- İleri dönemde letarji ve koma gelişir.

YDYBÜ'de Metabolik Asidoza Yaklaşım

- -Kan gazı ağırlıklı olarak metabolik asidoz:
- [pH 7,2'nin altında, *BE <-10]
- Dikkatli klinik değerlendirme; vital bulgular, kan basıncı, vücut ısısı
- Destekleyici önlemler
 - Hidrasyon,
 - Solunum desteği,
 - Aneminin düzeltilmesi,

- Antibiyotikler,
- Vazoaktif ilaçlar

Alkali tedavisi:

1. Sodyum bikarbonat (NaHCO_3),
2. Sodyum asetat (veya potasyum asetat) ve
3. Trometamin

Sodyum bikarbonat:

- Alkali tedavisinde 50 yıldan uzun süredir sık olarak kullanılmakta
- Fakat bugüne kadar yararı kanıtlanmamıştır.
- Artan sayıda araştırma bikarbonatın olası zararlı etkilerine dikkat çekmekte

Metabolik asidoz tedavisinde rutin kullanımı önerilmemektedir.

Bikarbonat ile düzeltmenin mantığı;

- Ciddi metabolik asidemiye bağlı miyokardiyal disfonksiyonun,
- Vazopresör direncinin,
- Ventriküler aritmiye yatkınlığın oluşturacağı kardiyovasküler etkilerinden kaçınmak için düşünülür.
- Gözlenen kardiyovasküler işlev bozukluğu, pH'a bağlıdır

pH 7.1-7.2 'in altına düştüğünde kalp debisinde kaçınılmaz bir düşüş görülür.

- Asidozun yol açtığı Hb ayrışma eğrisinin sağa kayması ile oluşan doku oksijenasyonunda göreceli iyileşme gözden kaçırılmamalı.
- (Hipoksi anında dokuya oksijen bırakılmasını kolaylaştıran bu etki "Sodyum Bikarbonat" ile kaybolur)

Bikarbonat ile düzeltmede; dikkat edilmesi gerekenler

- PaCO_2 'da bir artış ve artan hücre içi asidoz (paradoksal asidoz) – özellikle MSS'de
- Potansiyel hipernatremi ve buna bağlı ortaya çıkan hiperozmolarite
- Hipokalemi
- Oksijen sunumunda bozulma

İstenmeyen etkileri;

- Beyin kan akımındaki dalgalanmalar,
- İntrakraniyal kanama,
- Hemoglobinin disosiasyon eğrisinin sola kayması ile doku hipoksisi,
- CO_2 artışı sonucu hücre içi asidozun kötüleşmesi,
- Hacim yüklenmesi,
- Hipernatremi,
- Miyokard hasarının artması ve
- Kardiyak fonksiyonlarda bozulma.

Ne zaman Sodyum Bikarbonat?...

- Kanıtlanmakla beraber sodyum bikarbonat;

- Sadece devam eden renal veya
 - Gastrointestinal kayıpların yerine konulması için kullanılabilir.
 - Ventilasyon ve hidrasyon durumu yeterli VE
 - Anyon açığı normal olan bebekte;
 - Serum pH <7.10 VE
 - Plazma bikarbonat düzeyi <10 mEq/L veya
 - Baz açığı -10 mEq/L daha fazla ise
- intravenöz sodyum bikarbonat tedavisi verilebilir...

Gereken toplam doz formüle göre hesaplanır;

- Bikarbonatın dağılım hacmi ESS hacmi kadardır, ancak riskler ve yan etkiler dikkate alındığında %30 oranının kullanılması yeterlidir.
- Bikarbonat verilmesiyle ortaya çıkacak solunum kompensasyonu da düşünüldüğünde;

İstenen bikarbonat düzeyinin 15 mEq/L kabul edilmesi güvenli bir yaklaşımdır.

(solunum kompensasyonu sonucu oluşacak pCO₂ düzeyi yaklaşık 30 mmHg kadardır)

$$\text{HCO}_3^- \text{ (mEq)} = [\text{İstenen HCO}_3^- \text{ - ölçülen HCO}_3^- \text{ (mEq/L)}] \times \text{Tartı (kg)} \times 0.3$$

$$\text{HCO}_3^- \text{ (mEq)} = \text{BE (mEq/L)} \times \text{Tartı (kg)} \times 0.3$$

- Asidozun ağırlığına göre hesaplanan açığın yarısı 1-4 saat içinde yavaş infüzyonla verilir.
- Kan gazı ölçümü tekrarlanarak tedavi devamı 8-24 saat için planlanır.
- Hedef pH değerini 7.20 üzerine çıkarmaktır.
- Alternatif olarak ağır asidozda 1-2 mEq/kg NaHCO₃ yavaş intravenöz infüzyon ile (en az 30 dakikada) de verilebilir
 - (bikarbonat düzeyini yaklaşık 3-6 mEq/L yükseltecek miktara karşılık gelir).
- Verilecek % 8.4 bikarbonat solüsyonu yarı yarıya steril su ile sulandırılmalıdır (%4.2, 0.5 mEq/mL).
- Maksimum hız 10 mEq/dakika'yı geçmemelidir.
- Düzeltme tedavisi sırasında verilen hacim ve sodyum da günlük sıvı ve elektrolit hesaplarına katılmalı (1 mL sodyum bikarbonat içinde 1 mEq Na vardır).
- Bikarbonat ile uyumsuzluk yapabilecek kalsiyum gibi içeriklerin olmamasına dikkat edilmelidir.
- Sodyum Bikarbonat, bazı ilaçlarla stabil değildir
- Sodyum bikarbonat solüsyonu katekolamin'i etkisiz hale getirir
 - Sodyum bikarbonat ve katekolaminlerin (dopamin, dobutamin, adrenalin (epinefrin), noradrenalin (norepinefrin)) aynı IV kateter veya damar yoluyla aynı anda uygulanmasından kaçınılır.
- Aşırı erken doğmuş bebeklerde idame dozları - ilk iki hafta boyunca UAK'de kullanılan heparinize salinle eklenebilir.
- TPN'deki asetat, bikarbonatın iyileştirilmesine yardımcı olabilir.
- THAM- (mevcutsa), ağır miks asidozlu durumlarda düşünülebilir
 - (solunum asidozunu düzeltmek için ventilasyonu iyileştirmeye odaklanmalı)

DMB şüphelenildiğinde;

1. Laktat,
2. Amonyak,
3. Anyon açığı ölçülmeli

Şiddetli metabolik asidoz ile ortaya çıkabilen DMB;

- Piruvat metabolizmasının kusurları
 - Mikondriyal elektron taşıma zincirindeki kusurlar
 - Organik asidemiler
 - Glukoneogenez kusurları
-
- Doğumsal metabolizma hastalıklarında derin metabolik asidoz varlığında;
 - çok yavaş ve kontrollü bikarbonat perfüzyonu yapılabilir...
 - Hiperamonyeminin eşlik ettiği durumlarda;
 - bikarbonat perfüzyonu ensefalopatiyi kötüleştirir...

Referanslar:

1. <https://www.neonatology.org.tr/wp-content/uploads/2021/09/Yenidoganda-Sivi-ve-Elektrolit-Dengesi-Rehberi-2021-Guncellemesi.pdf> (Son erişim: 08.05.2023)
2. Massenzi, L., Aufferi, R., Donno, S. et al. Use of intravenous sodium bicarbonate in neonatal intensive care units in Italy: a nationwide survey. *Ital J Pediatr* 47, 63 (2021). <https://doi.org/10.1186/s13052-021-00955-3>
3. <https://www.youtube.com/watch?v=70jetHawFas>, Approach to management of metabolic acidosis in the NICU (Son erişim: 08.05.2023)
4. <https://www.youtube.com/watch?v=qzU5UBxz4JA>, ABG Interpretation: The Anion Gap (Lesson 5) (Son erişim: 08.05.2023)
5. Castro D, Patil SM, Keenaghan M. Arterial Blood Gas. [Updated 2022 Sep 12]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK536919/>
6. <http://www.lhp.leedsth.nhs.uk/detail.aspx?id=3605> Metabolic Acidosis in the Neonatal Period - Management of Publication: 18/12/2013 Next review: 28/07/2023 Clinical Guideline CURRENT ID: 3605 Approved By: Trust Clinical Guidelines Group Copyright© Leeds Teaching Hospitals NHS Trust 2020 (Son erişim: 08.05.2023)
7. Anna-Kaisa Niemi MD; Neonatal Presentations of Metabolic Disorders. *Neoreviews* October 2020; 21 (10): e649–e662. <https://doi.org/10.1542/neo.21-10-e649>

NON-İNVAZİF VENTİLASYON YÖNTEMLERİ: YANKOT ve DİĞERLERİ

Gülser Esen Besli

Non-invazif ventilasyon (NIV); ciddi solunum sıkıntısı ya da hipoksemisi olan, ancak hava yolunu koruyabilen ve hemodinamik olarak stabil olan bebek ve çocuklarda uygulanan solunum destek tedavilerini içerir. NIV uygulama alanları arasında bronşiyolit, astım alevlemesi, pnömoni, akciğer ödemi, kistik fibröz, dinamik üst solunum yolu tıkanıklıkları (krup, trakeomalazi, larengomalazi, Pierre Robin sendromu vb.), nöromusküler hastalıklar, ekstübasyon sonrası solunum desteği yer alır. Doğru endikasyon ve yöntemle uygulanan NIV, endotrakeal entübasyon ve invazif mekanik ventilasyon gibi ileri solunum destek tedavilerini ve yoğun bakım yatış ihtiyacını azaltabilir.

NIV'in kontrendike olduğu durumlar aşağıda sıralanmıştır:

- Acil endotrakeal entübasyon ihtiyacı
- Yüksek veya artan seviyelerde vazopresör desteği gerektiren hemodinamik instabilite
- Glasgow koma skoru <8 veya hızla düşen hastalar
- Yüksek aspirasyon riski (hava yolu koruyucu reflekslerin olmaması veya sekresyonların temizlenememesi)
- Üst gastrointestinal kanama
- Ciddi yüz yaralanmaları
- Tedavi edilmemiş pnömotoraks

En sık kullanılan NIV yöntemleri; yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi (YANKOT), sürekli pozitif hava yolu basıncı (CPAP) ve iki seviyeli pozitif hava yolu basıncı (BPAP) tedavileridir.

YANKOT: Hastaya kendi inspiratuvar akımından daha yüksek bir akım hızında ve ayarlanabilir oranlarda oksijen-hava karışımının ısıtılmış ve nemlendirilmiş olarak nazal kanülle verildiği bir solunum destek tedavisidir. Bu yöntem, hastanın yaşı ve kilosuna göre 2-60 L/dak aralığında bir akım verilmesini mümkün kılar. Yüksek teknoloji ihtiyacının olmaması, uygulamasının kolay ve ekipmanının taşınabilir olması, çoğu hasta tarafından iyi tolere edilmesi, tedavi sırasında hastaların beslenebilir ve konuşabilir olması nedeniyle YANKOT'un kullanım endikasyonları giderek genişlemiş ve günümüzde en yaygın kullanılan non-invazif solunum destek tedavisi olmuştur. Kullanımı başlangıçta yoğun bakım üniteleriyle sınırlıyken, artık acil servislere, pediatri servislerine ve hastaneler arası nakil ortamlarına yayılmıştır. YANKOT sırasında uygulanan yüksek akımın kontrolsüz bir yüksek pozitif hava yolu basıncı oluşturmaması için nazal kanül etrafından hava kaçığına izin verilen açık sistem oluşturulmalıdır. Bu nedenle, seçilmesi gereken nazal kanülün çapı burun deliği çapının yaklaşık yarısı kadar olmalıdır.

YANKOT'un solunum fonksiyonları iyileştirici etki mekanizmaları aşağıda sıralanmıştır:

- YANKOT sırasında uygulanan yüksek akış hızı ile toraks dışı ölü boşluk (nazofarenks) oksijenli havayla sürekli olarak doldurulur. Soluk sonunda biriken yüksek CO₂'li hava açık sistem sayesinde burun deliklerinden hızla uzaklaştırılır. Böylece bir sonraki solukta yüksek CO₂'li havanın yeniden solunması engellenir. Oksijenlenmede artış, CO₂ klirensinde artış, solunum çabası ve hızında azalma sonucu alveolar ventilasyon iyileştirilir.
- Burun delikleri ve nazal pasaj hava yolu direncinin önemli kısmını oluşturur. Yüksek hız ve akımla verilen oksijen-hava karışımı bu bölgeyi hızla aşar ve havayolu direnci azaltılmış olur.
- Yüksek akış hızları, aynı zamanda bir miktar pozitif hava yolu basıncı sağlar. Basınç miktarı akış hızına, nazal kanüllerin boyutuna ve ağız açıklığına göre değişir. Bronşiyolitli bebeklerde yapılan bir çalışmada, dakikada 2 L/kg'lık bir akış hızının >4 cm H₂O ortalama farengal basınç sağladığı gösterilmiştir.
- Sunulan oksijen-hava karışımının ısıtılmış ve nemlendirilmiş olması; mukosilyer fonksiyonların korunmasına, sekresyonların kurumasının önlenmesine, hasta konforunda artışa, enerji tüketiminde azalmaya ve solunum iş

yükünde azalmaya katkı sağlar.

YANKOT başlangıç ayarları olarak sıcaklık genellikle nemlendirmeyi en üst düzeye çıkarmak için 34-37°C arasında seçilir. İlk akış hızları, kullanılan kanülün maksimum akış limitini aşmayacak şekilde 1-2 L/kg/dk olarak başlatılabilir. FiO2 düzeyi, hastanın oksijen saturasyon düzeyi (SpO2) %94-99 arasında olacak şekilde titre edilir. YANKOT uygulanan hastalarda tedavinin ilk 2 saatinde solunum hızı ve solunum çabasında beklenen düzelmenin olmaması, FiO2 \geq %60 iken SpO2 $<$ %92 seyretmesi, sık apne / bradikardi gözlenmesi, tedavi süresince herhangi bir zamanda gelişen klinik bozulma (pnömotoraks dışlanmalıdır) olması durumunda bir üst solunum destek tedavisine gecikmeden geçilmelidir. YANKOT genel olarak oldukça güvenli bir solunum destek tedavisidir. Olası komplikasyonlar arasında gastrik distansiyon (gelişirse nazogastrik sonda takılarak mide havası boşaltılmalıdır), hava kaçağı (pnömotoraks/pnömomediastinum), burunda iritasyon (CPAP'tan çok daha nadir) sayılabilir.

CPAP: Tüm solunum döngüsü boyunca sabit ve istenen düzeyde bir pozitif hava yolu basıncı sağlanır. Fizyolojik olarak, pozitif ekspirasyon sonu basıncına (PEEP) eşdeğerdir. CPAP, özellikle hipokseminin ön planda olduğu solunum sıkıntılı bebek ve çocuklarda, aralıklı apne gözlenen bebeklerde, dinamik üst solunum yolu tıkanıklıklarında (trakeomalazi, laringomalazi, orofaringeal hipotoni), obstrüktif uyku apnesinde kullanılabilir. CPAP, buruna tam oturan nazal kanüller kullanılarak uygulanır. Genellikle yaklaşık 5 cm H2O'luk bir basınçta başlatılır, ardından klinik yanıt ve hasta toleransına bağlı olarak titre edilir.

BPAP: Genellikle daha yüksek düzeyde solunum desteğine ihtiyaç duyan hastalar için kullanılır. Bu yöntem, daha yüksek ortalama hava yolu basınçlarında, inspiyum ve ekspiyum boyunca iki seviyeli basınç desteği verilmesini sağlar. Böylece solunum iş yükünün azaltılması, tidal hacim ventilasyonunun artırılması, hiperkapni ve hipokseminin düzeltilmesi daha hızlı ve etkili şekilde sağlanabilir. BPAP en sık burun maskesi, burun-ağız maskesi veya tam yüz maskesi kullanılarak uygulanır. Uygulama sırasında sedasyon gerekebilir. Başlangıç basınçları ventilasyon modu, altta yatan hastalık ve hastanın toleransına göre değişir. BPAP genellikle yaklaşık 5 cm H2O ekspiratuar basınç (EPAP) ve 8-10 cm H2O inspiratuar basınç (IPAP) ile başlatılır. Bu basınçlar, klinik yanıt ve hasta konforuna bağlı olarak titre edilir. Gereken basınç artışları yapılmasına rağmen, tedavinin ilk birkaç saat içinde solunum hızında ve çabasında anlamlı bir düzelmeye olmaması, sürekli artan FiO2 gereksinimi olması veya kan gazında solunumsal asidozun devam etmesi (pH $<$ 7.25) durumunda acil entübasyon ve invazif mekanik ventilasyon desteği planlanmalıdır. CPAP ve BPAP uygulamalarına bağlı olası majör komplikasyonlar barotrauma ve aspirasyondur. Minör komplikasyonlar arasında ise nazal mukoza travma, yüzde bası yaralanması, gastrik distansiyon, oküler travmalar sayılabilir.

Kaynaklar:

1. Miller AG, Gentle MA, Tyler LM, Napolitano N. High-Flow Nasal Cannula in Pediatric Patients: A Survey of Clinical Practice. *Respir Care* 2018; 63:894.
2. Hutchings FA, Hilliard TN, Davis PJ. Heated humidified high-flow nasal cannula therapy in children. *Arch Dis Child* 2015;100:571.
3. Bressan S, Balzani M, Krauss B, et al. High-flow nasal cannula oxygen for bronchiolitis in a pediatric ward: a pilot study. *Eur J Pediatr* 2013;172:1649.
4. Lin J, Zhang Y, Xiong L, et al. High-flow nasal cannula therapy for children with bronchiolitis: a systematic review and meta-analysis. *Arch Dis Child* 2019;104:564.
5. Milési C, Boubal M, Jacquot A, et al. High-flow nasal cannula: recommendations for daily practice in pediatrics. *Ann Intensive Care*. 2014;4:29.
6. Kwon JW. High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review. *Clin Exp Pediatr*. 2020;63:3-7.
7. Najaf-Zadeh A, Leclerc F. Noninvasive positive pressure ventilation for acute respiratory failure in children: a concise review. *Ann Intensive Care* 2011;1:15.

8. Calderini E, Chidini G, Pelosi P. What are the current indications for noninvasive ventilation in children? *Curr Opin Anaesthesiol* 2010;23:368.
9. Cavari Y, Sofer S, Rozovski U, Lazar I. Non invasive positive pressure ventilation in infants with respiratory failure. *Pediatr Pulmonol* 2012;47:1019.
10. Nikolla DA, Ata A, Brundage N, et al. Change in Frequency of Invasive and Noninvasive Respiratory Support in Critically Ill Pediatric Subjects. *Respir Care* 2021;66:1247.

HEPATOMEGALİ NE ZAMAN GASTROENTEROLOJİK ?

Eymen Pınar

Hepatomegali, karaciğer içindeki hücresel ve yapısal elemanların sayı ve büyüklüğünde artışla ortaya çıkan bir büyüme durumudur. Pediatri pratiğinde sık görülür, karaciğer veya sistemik hastalıkların fizik bakı bulgusudur.

Karaciğerin ele gelmesi her zaman hepatomegali anlamına gelmez. Normal karaciğer büyüklüğü perküsyonla saptanır. Büyüme derecesi midklavicular hattan sağ kostayı aşım miktarı ile belirlenir. Genel olarak; yenidoğanlarda sağ kostayı 3,5 cm, daha büyük çocuklarda ise 2 cm'den daha fazla geçmesi hepatomegali olarak kabul edilir. Normal karaciğer büyüklüğü bebek ve çocuklarda 5-7 cm, adölesanlarda 8-10 cm civarındadır.

Karaciğer boyutu:

Yenidoğan 2-3 cm

4-6 ayda <2 cm

daha büyük çocuklarda 1 cm olması normaldir.

Tablo II. Belirli yaş ve boy gruplarında karaciğer uzun ve ön-arka, dalak uzun ve sağ böbrek uzun akslarında ortalama, en düşük ve en yüksek değerler (dağılım), standart sapma, beşinci ve 95. persentil değerleri

	Konular			Boyutlar (mm)				
	Boy uzunluğu (cm)	Çocuk sayısı	Yaş grupları	Ortalama	Standart sapma	Dağılım	Persentil	
							5.	95.
Karaciğer ön-arka çap	45-62	33	0-3 ay	60.8	7.46	49-77	58.2	63.5
	50-76	22	3-6 ay	65.4	6.87	53-78	62.4	68.5
	57-92	25	6-12 ay	72.0	8.06	59-90	68.7	75.4
	60-90	20	1-2 yaş	82.1	12.99	48-104	76.0	88.2
	70-98	33	2-4 yaş	87.7	6.89	73-100	85.2	90.1
	80-130	73	4-6 yaş	92.5	9.21	72-120	90.4	94.7
	90-143	75	6-8 yaş	96.5	8.23	74-115	94.6	98.4
	99-150	77	8-10 yaş	99.6	10.66	76-124	97.2	102.0
	110-154	68	10-12 yaş	105.4	9.62	80-130	103.1	107.8
	115-175	70	12-14 yaş	109.9	12.50	82-146	106.9	112.9
Karaciğer uzun aks	45-62	33	0-3 ay	63.8	6.65	52-78	61.5	66.2
	50-76	22	3-6 ay	70.8	6.52	60-86	67.9	73.7
	57-92	25	6-12 ay	76.4	7.96	61-90	73.2	79.7
	60-90	20	1-2 yaş	87.0	11.06	58-106	81.8	92.1
	70-98	33	2-4 yaş	91.7	6.60	75-105	89.4	94.0
	80-130	73	4-6 yaş	97.6	8.89	72-125	95.5	99.7
	90-143	75	6-8 yaş	101.9	7.52	81-120	100.2	103.7
	99-150	77	8-10 yaş	105.3	9.27	85-128	103.2	107.4
	110-154	68	10-12 yaş	112.0	7.92	93-130	110.1	113.9
	115-175	70	12-14 yaş	115.5	10.57	93-140	113.0	118.0

Fizik Muayene:

Boyutları belirlemek için palpasyon ve perküsyon beraber yapılmalıdır.

Normalde karaciğer derin inspirasyonda sağ kot kenarından aşağı doğru 1-3 cm kadar hareket edebilir. Ksifoidin birkaç cm altına kadar palpe edilebilir.

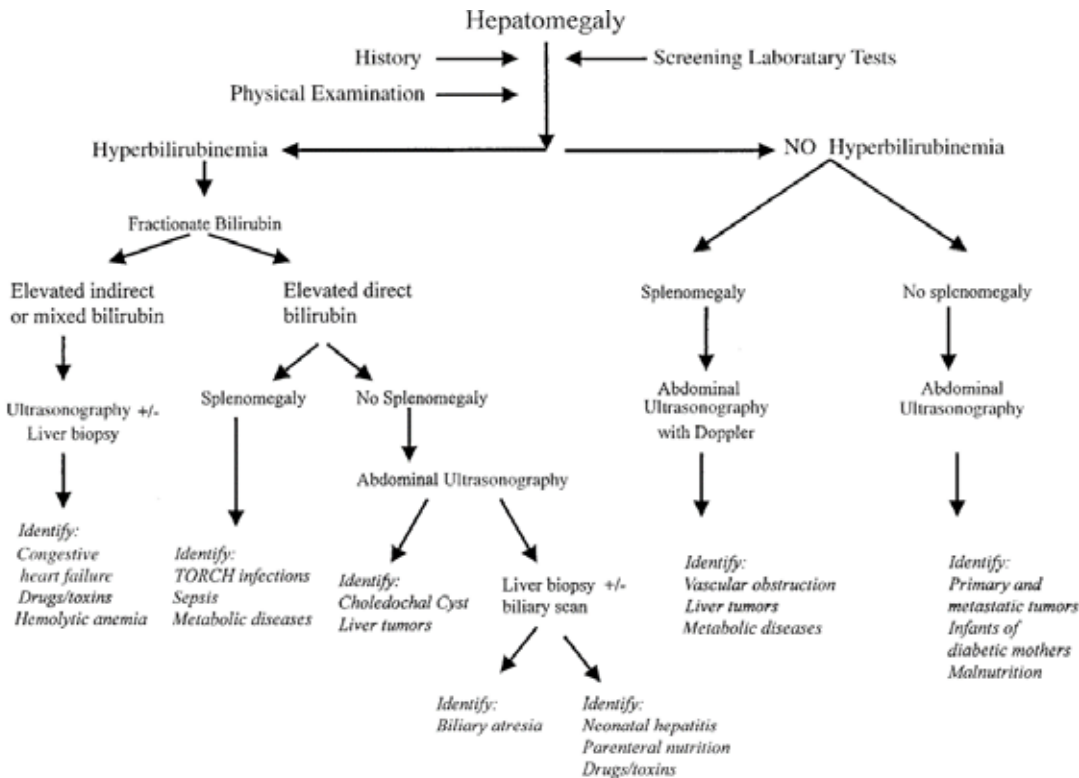
Muayenede Kırmızı Bayraklar:

Palpasyonda düz, keskin sınır, irregüler nodüller, ağrı, büyümüş sol lob

Anamnezde Kırmızı Bayraklar:

Kaşıntı, sarılık / Fıskırarak persiste eden kusma / Anemi (hipersplenizm) / Kanama (melena, hematemez, hematokezya) / 3. boşluğa sıvı kaçıışı (ödem/ albumin düşüklüğü) / Kilo kaybı

Enfeksiyon ve İnflamasyon	Depo Hastalıklar	Vasküler konjesyon	İnfiltrasyon	Malignite
Viral Hepatitis(A-H, CMV, EBV,TORCH)	Glikojen depo hastalıkları	Konjestif kalp hastalığı	Ekstramedüller hematopoez (Hemolitik anemi, Eritroblastosis fetalis)	Hepatoblastom
Otoimmün hepatit (tip 1-2)	Gaucher hastalığı	Budd chiari	Metastatik infiltrasyon	Hepatoselüler karsinoma
Kollajen doku hastalıkları (SLE, JRA)	Nieman Pick	Venookluzif hastalık		Hemangioma
Hepatotoksisite	Tirozinemi			Hemanjioendotelyoma
Primer Sklerozan Kolanjit	Wilson hast			
Hepatotoksisite	Amiloidoz			
Hepatik apseler pyojenik/mikotik				
Graft versus Host Reaksiyonu				
Sistemik hastalıklar				



Olgu 1 Hepatosplenomegali saptanan hastanın EBV ile uyumlu geliyor.

Olgu 2 Hepatosplenomegali saptanan bir hasta Gaucher hastlığı tanısı alıyor.

Olgu 3 Pnömoni tanısı alan hasta enfeksiyon döneminde transaminazları geçiçi şekilde artıyor ve hepatomegalisi geliyor.

Olgu 4 Hipertransaminazemisi ve hepatomegalisi olan hastada, detaylı anamnez ve CPK bakılınca Becker tanısı konuluyor.

KRONİK HASTALIKLARDA BESLENME

(Hematolojik, nörolojik ve kronik akciğer hastalıklarında beslenme)

Doç Dr Fatih ÜNAL

Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Uzmanı / BURSA

Kronik hastalıklarda son yıllarda yeni tedavi olanaklarının artmasıyla, beklenen yaşam süresi uzamakta bunun sonucunda beslenmenin önemini daha da artırmıştır.

Çocukluk çağı hematolojik hastalıklarında, hasta tedavi olurken aynı zamanda büyümesi de devam etmektedir. Bu nedenle beslenme çok önemlidir.

Hematolojik hastalıklarda tedavi sırasında ilaçlara bağlı olarak yan etki çok görülmektedir. En sık olarak gastrointestinal sistem yan etkileri görülmektedir. Bulantı, kusma ishal, kabızlık, iştahsızlık, ağızda ve mukozada mukozit tedaviye bağlı olarak gelişmekte sonuçta beslenme olumsuz olarak etkilenmektedir. Onkolojik hastanın beslenmesi hastalığa bağlı kaşeksinin önüne geçmek için gereklidir. Ayrıca beslenme hastanın tedaviye yanıtını artırmakta sonuçta yaşam kalitesini artırmaktadır.

Nörolojik hastalıklarda da düzenli aralıklarla beslenme durumunun değerlendirilmesi malnütrisyon ile ilişkili belirti ve bulguların belirlenmesi açısından önemlidir.

Nörolojik hastalıklarda malnütrisyon; yetersiz beslenme, artan kayıplar ve değişen metabolizma nedeniyle gelişmektedir.

Nörolojik hastalıklarda öğün sürelerinin uzaması (30 dakika üzerinde beslenme süresi), ailenin veya bakıcının beslenmeyi problem olarak görmesi, hastanın son 3 ayda kilo alımının olmaması ve beslenme sırasında öksürük, morarma ve solunum sıkıntısının gelişmesi nörolojik hastada yetersiz beslenmenin göstergeleri olarak sayılabilir.

Nörolojik hastanın uygun beslenmesi ile büyüme eğrisinde düzelme, hastaneye yatış sıklığında azalma, irritabilite ve spastisiterinde azalma, bilişsel durumunda düzelme, gelişim basamaklarında ilerleme ile yara iyileşme hızında artış ve aspirasyon sıklığında azalma bildirilmiştir. Nörolojik hastanın takibinde beslenme açısından sıkıntı yok ise takibi genel pediatri uzmanı yapabilir. Eğer nörolojik sorunu ve malnütrisyonu gelişmiş ise hasta çocuk gastroenteroloji uzmanı tarafından değerlendirilmelidir. Enteral beslenme oral olarak başlanmalı, tolere edemeyen hastada beslenme 4 haftadan kısa ise nazogastrik sonda ile beslenmeye geçilmeli, eğer 4 haftadan daha uzun sürecek ise gastrotomi ile beslenme tercih edilmelidir.

Solunum sistemi hastalıklarında beslenmede makrobesin öğelerinin -enerjiye dönüşürken- çıkarmış oldukları CO₂ ile solunuma etkileri önemlidir. Bu ise solunum kat sayıları (RQ)=CO₂/O₂ formülü ile hesaplanmaktadır. Karbonhidrat 1, protein 0.8 ve yağların 0.7 olarak belirlenmektedir. RQ>1 ise solunum sıkıntısı artar. Bu nedenle kronik akciğer hastalığı olanlarda total kalorinin %40-45 yağlardan, %15-20 proteinlerden, %35-40 karbonhidratlardan sağlanmalıdır.

Kistik fibrozis (KF) hastasının doğum sonrası ve/veya tanı konulduktan sonraki ilk bir yılı ve ergenlik dönemindeki takibi önemlidir. KF hastalığında beslenme ile akciğer enfeksiyonlarına yakalanma olasılığı azalmaktadır. Hastanın yaşam kalitesi artmaktadır. KF hastalığında total kalori aynı yaştaki çocuğun %110-200 olmalıdır.

Bronko pulmoner dispalizi prematüre bebeklerin beslenme sorunudur. İlk 2 hafta total parenteral beslenme önemlidir. Kalori 80 kcal/kg/gün ile başlanıp yavaş yavaş artırılarak 135 kcal/kg/gün olmalıdır.

Kronik hastalıklarda beslenmenin takibi nutrisyon ekibi tarafından yapılmalıdır.

Çocuklarda Depremın Psikolojik Etkisi

Uzm. Dr. Gizem Durcan

İÜ-C, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Deprem, sel, tsunami gibi afetler travmaya ve yaşam ortamında değişikliklere neden olarak tüm toplumun, özellikle de çocuk ve ergenlerin ruh sağlığını olumsuz etkilemektedir. Yaşanan afetler sonrası aile üyelerinden ayrılma veya kayıplar, yetersiz beslenme, yetersiz hijyen, evlerin yıkılması, ekonomik sorunlar, sosyal desteğin azalması, aile işlevinin bozulması, aile üyelerindeki fiziksel ve psikolojik sorunlar ve eğitimin aksaması gibi afete ikincil stresörler çocukların yaşadıkları psikolojik yükün artmasına yol açar.

Çocukların afetler sonrasındaki davranışlarında yetişkin tepkilerinin önemli bir etkisi vardır. Her çocuğun vereceği tepkiler birbirinden farklıdır ve bu tepkilerde çocukların gelişim düzeyi önemli rol oynar.

Çocukların verdiği tepkilerin başında korku ve endişe yer alır. Travmatik olay sonrası sık görülen bir diğer belirtisi ise çocuğun parmak emme, altına ıslatma gibi kazandığı becerilerde gerileme olmasıdır. Tüm bu davranışlar çocukların travmatik olay sonrası verebileceği normal tepkilerdir. Baş ağrısı, karın ağrısı gibi bedensel belirtiler de çocuklarda sık gözlenir. Bazı çocuklarda içe kapanma, üzüntü hali, utangaçlık gibi durumlar gözlenirken bazılarında tam tersi, agresyon, saldırganlık görülebilir. Deprem gibi afetlerden sonra yaşanan travmatik duruma tepkisizlik hali de görülebilir ve bu durum normaldir. Bu tepkisizlik ya da donup kalma durumlarının kişinin yaşanan travmadan etkilenmediği anlamına gelmediği bilinmeli ve dikkat edilmelidir.

Kendini suçlama ve suçluluk afetler sonrası sık gözlenen bir duygudur. Okul öncesi çocuklarda mevcut olan benmerkezcil düşünce nedeniyle çevrelerinde olan olayların kendi suçları, yaptıkları veya yapmadıkları bir şeyin cezası olduğu inancı, daha büyük çocuklarda ise olanları önleyememe, kayıplara rağmen kendisinin hayatta kalması gibi etkiler suçluluk duygularının oluşmasında rol oynarlar. Dikkat ve odaklanma sorunları gözlenebilir, akademik başarı olumsuz etkilenebilir. Ergenlerde yaşanan olaylardan uzaklaşmaya yönelik alkol madde kullanımları, bunların sonucunda ise suça karışma görülebilir.

Deprem veya diğer afetler sonrası devam eden stres, çoklu kayıplar ve afete dair hatırlatmalar (artçı depremler gibi), maruz kalan kişilerde çaresizlik duygusu ve içe kapanmaya yol açarak, depresyon riskini arttırabilir. Yine travma sonrası stres bozukluğu tanısının olması da depresyon için risk oluşturmaktadır. Çocuğun güven duygusunun sarsılması ise anksiyete bozukluklarına zemin hazırlar.

Deprem gibi afetlerin sebep olduğu travma etkileri her zaman olumsuz olmayabilir. Araştırmalar yaşamı tehdit eden olumsuzluklara maruz kalan kişilerin olumlu psikolojik değişiklikler veya kişisel gelişim de yaşayabileceğini öne sürüyor. Travma sonrası büyüme olarak adlandırılan bu durumun kişinin travma sonrasında yaşadığı mücadele ve sıkıntının bir sonucu olarak geliştiği düşünülmektedir.

Olgularla boy kısalığına yaklaşım

Uzm. Dr. Gürkan TARÇIN / Dr. Atike Berra MERT

Çocuklarda boy kısalığı, boyun aynı yaş, cinsiyet ve etnik gruba göre ortalamadan en az 2 standart sapma aşağıda olmasıdır. Yaşamın ilk ya da ikinci yılından sonraki boy kısalığının en yaygın nedenleri normalin varyantı olarak değerlendirilen ailesel (genetik) ve konstitüsyonel (yapısal) boy kısalığıdır. Boy kısalığı saptanan bir çocuğu değerlendirmekteki amaç, patolojik nedenleri (Turner sendromu, enflamatuvar bağırsak hastalığı gibi sistemik bir hastalık ya da büyüme hormonu eksikliği gibi) ortaya koymak ve uygun tedavi ile erişkin boyu iyileştirmektir.

Boy kısalığı ile başvuran bir olguda antropometrik ölçümler dikkatli bir şekilde yapılarak standart sapma değerleri hesaplanmalıdır. Anamnezde sistemik bir hastalık, beslenme bozukluğu, kullanılan ilaçlar, doğum tartısı ve ebeveynlerin boyları hedef boy hesaplamak üzere sorgulanmalıdır. Fizik bakıda vücut oranları, Turner stigmaları ve puberte evresine özellikle dikkat edilmelidir. Klinik pratikte ileri inceleme gerektiren potansiyel büyüme bozuklukları ölçütleri şunlardır: boy standart sapmasının -2'nin altında olması, boyun normal aralıkta ancak hedef boya göre en az 1,6 standart sapma geride olması, öngörülen erişkin boyun hedef boya göre en az 1,6 standart sapma geride olması ve yıllık uzama hızının 2-3 yıl gibi uzun bir sürede -1 standart sapmanın altında sürmesidir. Laboratuvar tetkiklerinde sistemik hastalık açısından tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid fonksiyon testleri, çölyak hastalığı için otoantikör titreleri bakılmalıdır. Turner sendromu izole boy kısalığı ile başvurabildiğinden kız çocuklarda karyotip analizi yapılması gerekmektedir. Bu hastaların birincil tetkiklerinde saptanan bir patoloji olması durumunda ilgili bölüme yönlendirilmesi uygundur. Bir patoloji saptanmayan durumlarda ise olgular büyüme hormonu uyarı testleri yapılmak üzere Çocuk Endokrinolojisi uzmanına yönlendirilmelidir. Bunun dışında, gebelik yaşına göre küçük (SGA) doğan bebeklerin izleminde büyümeyi yakalayamadıkları görüldüğünde büyüme hormonu tedavisi açısından değerlendirilmek üzere olgular yine Çocuk Endokrinolojisi uzmanına yönlendirilmelidir. Kronik malnütrisyonunda boy kısalığının gelişmesi beklenen bir durumdur. Özellikle beden kütle indeksi standart sapmasının -2'nin altında olduğu durumlarda büyüme hormonu direnci gelişir ve somatomedin-C düzeyleri düşük, büyüme hormonu düzeyleri yüksek, kemik yaşı geri saptanır. Bu olguların ilk basamak tetkikleri yapılarak tartı alımı için Çocuk Gastroenterolojisi uzmanına yönlendirilmeleri gerekmektedir ve tartı alımı sağlanarak uzama hızı takibine devam edilmelidir.

Hedef, genel pediatristlerin boy kısalığı ile başvuran olgularda antropometrik ölçümleri doğru bir şekilde değerlendirmeleri, birincil tetkikleri planlayabilmeleri ve gerekli olgularda doğru bir şekilde yönlendirme yapabilmeleridir.

Sekonder immün yetmezlik: İlaça bağlı

Güzide Aksu

Sekonder immün yetmezlikler, vücudun dışındaki koşullar veya faktörlerden kaynaklanan immün yanıtın bozulması olarak tanımlanabilir ve primer immün yetmezliklerden daha sık saptanır.

Bu sunumda çocuk romatoloji pratiğinde kullanılan kortikosteroidler ve hastalık modifiye ilaçların (DMARD) bağışıklığı baskılama/modifiye etme mekanizmaları tartışılacak ve romatolojik bulgularla başvuran primer immün yetmezlikli olguların atlanmaması için tedavi öncesinde bu açıdan dikkat edilmesi gereken noktalar ve oluşabilecek immün baskılanma olasılığına karşı öncül tarama ve aşılama gibi koruyucu önlemlerle ilgili bilgi verilecektir.

Kortikosteroidler, immün hücrelerin aktivasyon, proliferasyon, farklılaşma ve sağkalımını azaltır, genç ve aktif T lenfositlerde apoptoz yapar, etkilerin çoğu sitokinler üzerinden oluşur. B lenfositler ve nötrofiller daha az duyarlı olmakla birlikte nötrofiller üzerine temel etki adezyon molekül sunumunu azaltarak nötrofil adezyonunu inhibe etmektedir. Kısa süreli oral kortikosteroid kullanımıyla ilişkili en ciddi yan etki, immünosupresan etkilerinden kaynaklanan enfeksiyondür. Beş randomize kontrollü çalışmada, 20 çocuğun tedavi dönemlerinde varisella zoster enfeksiyonu geçirdiği bildirilmiştir (insidans %0,9).

İlaç	İmmünolojik etki
Glukokortikoidler (prednizon)	Azalmış hücresel yanıt ve anergi, azalmış proinflamatuvar sitokinler, fagositoz, kemotaksi, sitopeniler
Sitotoksik ajanlar (metotreksat)	Azalmış T-B hücre proliferasyonu ve hücresel-humoral yanıt
Kalsinörin inhibitörleri (siklosporin)	Azalmış T hücre proliferasyonu ve proinflamatuvar sitokinler
JAK inhibitörleri (Barisitinib, tofasitinib, ruxolitinib)	Azalmış enflamatuvar yanıt, bozulmuş T ve B hücre aktivasyonu
TNF-a inhibitörleri (sertolizumab, adalimumab, infliximab, golimumab, etanersept)	Solubl veya bağlı TNF-a'nın nötralizasyonu, sitokin yanıtının azalması, hücre apoptozu
B hücrelerini hedefleyen monoklonal antikorlar -Anti-CD20 (rituximab), Anti-CD22(epratuzumab), Anti-CD52 (alemtuzumab), Anti-BAFF (belimumab)	Antikor eksikliği, B hücre lenfopenisi
IL-1 inhibitor (anakinra, kanakinumab)	Azalmış enflamatuvar yanıt, lenfokin sentezi, T ve B hücre uyarımı ve proliferasyonu
IL-6 inhibitor (tosilizumab)	Nötropeni, azalmış doğal ve edinsel immün yanıt

Romatolojik/Otoimmün bulgularla başvuran çocuklarda çok küçük başlangıç yaşı, öyküde immün yetmezlikli aile bireyi olması, sık ve/veya fırsatçı enfeksiyon öyküsü immün disregülasyonun eşlik ettiği primer immün yetmezlik şüphesi uyandırmalı ve tanısal basamaklar hızla uygulanmalıdır.

Pediyatrik romatoloji olgularının tedavisinde kullanılan ilaçların kullanımı öncesinde öncelikle Tüberküloz olmak üzere bazal viral serolojik/ antijenik tarama yapılmalı, tedavi süresince canlı aşılamalardan kaçınılmalı, enfeksiyon profilaksisi için uygun inaktive aşılama uygulanmalıdır.

KAYNAKÇA:

Buttgereit F, Straub RH, Wehling M, Burmester GR. Glucocorticoids in the treatment of rheumatic diseases: an update on the mechanisms of action. *Arthritis Rheum.* 2004;50(11):3408-3417.

Hochberg Marc C Ellen M Gravalles Alan J Silman Josef S Smolen Michael E Weinblatt and Michael H Weisman. 2018. *Rheumatology*. Seventh ed. Philadelphia PA: Elsevier.

Aljebab F, Choonara I, Conroy S. Systematic review of the toxicity of short-course oral corticosteroids in children. *Arch Dis Child*. 2016;101(4):365-370.

Tuano KS, Seth N, Chinen J. Secondary immunodeficiencies: An overview. *Ann Allergy Asthma Immunol*. 2021;127(6):617-626.

The crossroads of autoimmunity and immunodeficiency: Lessons from polygenic traits and monogenic defects. Grimbacher B, Warnatz K, Yong PF, Korganow AS, Peter HH.J *Allergy Clin Immunol*. 2016 ;137(1):3-17.

Gharib A, Gupta S (2016) Skeletal and Joint Manifestations of Primary Immunodeficiency Diseases. *SOJ Immunol* 4(1): 1-13.

HEPATOSPLENOMEGALİYLE BAŞVURAN HASTA NE ZAMAN MALİGN HASTALIK?

Hakan Demir¹, Özge Kalmaz¹, Mustafa Alp Özkan²

¹İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi - Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji - Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

Karaciğerdeki hücresel ve yapısal elemanların hipertrofi veya hiperplaziye gitmesine hepatomegali denilmektedir. Çocuklarda karaciğer büyüklüğü her yaşa özel değerler içermektedir. Genel olarak yenidoğanlarda sağ kostayı 3,5 cm'den fazla, çocuklarda ise 2 cm'den fazla geçmesi hepatomegali olarak tanımlanmaktadır. Hepatomegalinin etiyojisinde birçok neden bulunmaktadır. En sık neden viral hepatitler olmasına rağmen tümörlere sekonder oluşan hepatomegali de bizim için önem taşımaktadır. Biz bu sunumumuzda hepatomegalide ne zaman malign hastalık düşünmemiz gerektiğini ve karaciğerin en sık görülen benign – malign tümörlerini birer vaka ile anlatacağız.

İlk olgumuz 15 aylık erkek hasta, tarafımıza doğumdan hemen sonra fark edilen vücudunun farklı yerlerinde kırmızı renkli lezyonlar şikayetiyle başvurdu. Hastanın soygeçmiş ve perinatal anamnezinde özellik yoktu. Yapılan detaylı fizik muayenesinde her iki kolunda, sağ göz altı, sol göz üstünde ve sol meme altında en büyüğü 2 cm olacak şekilde hemanjiyomları mevcuttu. Batın muayenesinde yumuşak kıvamlı, künt sınırlı, nodüler olmayan sağ kostadan 4 cm taşan hepatomegalisi mevcuttu. Solunum sistem muayenesi doğaldı, muayenesinde ek özelliği yoktu. Hastanın primer kan tetkiklerinde patoloji saptanmadı. Tarama amaçlı bakılan transfontanel ultrasonografisinde patoloji saptanmadı. Abdominal ultrasonografisinde (USG) büyüklüğü 1 cm ulaşan multiple nodüler lezyonlar mevcuttu. Abdominal magnetik rezonans görüntülemesi infantil hemanjiomatozis ile uyumluydu. Hasta infantil hemanjiomatozis ön tanısıyla tedavi amaçlı çocuk hematoloji – onkoloji bilim dalımıza yönlendirildi.

İkinci vakamız ise 8 aylık kız hasta, tarafımıza karında şişlik şikayeti ile başvurdu. Perinatal anamnezinde özellik yoktu. Soy geçmişinde malignite hikayesi bulunmaktaydı. Hastanın fizik muayenesinde keskin sınırlı, sert kıvamlı sağ kostadan 5 cm taşan hepatomegalisi mevcuttu. Muayenesinde ek özellik yoktu. Primer laboratuvar testlerinde patoloji saptanmayan hastanın çekilen batın USG'sinde karaciğer sağ lobta heterojen görünümüne lezyon saptanmıştı. Batın bilgisayarlı tomografisinde ise karaciğer sağ lobu dolduran 185*67*86 mm boyutunda solid kitle saptanmıştı. Hastanın alfa-fetoprotein (AFP) değeri 72000 ng/ml olarak saptanmıştı. Hepatoblastom ön tanısı ile yapılan karaciğer biyopsisinde fetal epitelyal tip hepatoblastom saptandı. Hasta ileri tedavisinin düzenlenmesi için çocuk hematoloji ve onkoloji bilim dalına yönlendirildi.

Sonuç olarak hepatomegali çocuklarda altta yatan ciddi patolojilerden kaynaklı olabilir. Bu nedenle fizik muayenesinde hepatomegalisi olan her hastanın detaylı değerlendirilmesi gerekmektedir.

KİLO ALAMAYAN ÇOCUK

Dr. Öğretim Üyesi Halil Uğur HATİPOĞLU¹, Asistan Dr. Ahsen GÜLER KILIÇ

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Haseki SUAM Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

OLGULAR

Olgu 1: 4 aylık; büyüme geriliği, kusma ve poliürisi olan, sıvı tedavisine dirençli hipopotasemik hiperkloremik normal anyon açıklı metabolik asidoz ve buna rağmen idrar pH'sı 5,5'ten küçük saptanan, pozitif idrar anyon açığı ve nefrokalsinozisi olan hastaya 'Distal Renal Tübüler Asidoz' tanısı konmuştur. Shohl solüsyonu ile kusma yakınması gerileyen hasta normal kilo almaya başlamıştır.

Olgu 2: Yaklaşık 2 aylık, beslenme sonrası gelişen ishal ve huzursuzluk yakınması olan, uygun şekilde hazırlanmış ve uygun miktarda verilen standart formül mama ile beslenmesine rağmen halen doğum kilosunun altında olan, idrarda redüktan madde pozitif olması üzerine galaktozemi ön tanısıyla tetkikleri gönderilip laktosuz mama ile beslenmeye başladıktan sonra yakınmaları gerileyen ve kilo almaya başlayan hastaya galaktozemi açısından bakılan enzim tetkikleri normal olması üzerine laktoz intoleransı tanısı konmuştur.

Olgu 3: Yaklaşık 1,5 aylık, persentilleri normal olan ancak son 2-3 haftadır istekle beslenme sonrası fişkırr tarzda kusmaları olan ve kilo alımı duran hastada kan gazında hipokloremik hipopotasemik metabolik alkalozu olması üzerine yapılan batın ultrasonunda pilor stenozu saptandı. Hasta çocuk cerrahisi tarafından opere edildi.

GENEL SUNUM

Tek bir tanımı olmamakla birlikte kilo alamama (yetersiz kilo alımı):

- Düzeltilmiş yaşa ve cinsiyete göre kilonun 2 persentil (-2 SD) altında olması
- Ağırlığın, standart bir büyüme çizelgesinde yaşa göre ideal ağırlığın % 80'inden az olması
- Boya göre ağırlığın düşük olması
- Persentillerde iki veya daha fazla ana çizginin azalmasına neden olan bir ağırlık değişim oranı
- Yaşa göre beklenenden daha az günlük kilo alma oranı olarak tanımlanabilmektedir.

Aralıklı büyüme değerlendirmelerinde aynı eğrileri boyunca büyüyen çocukların, ağırlıkları <2. persentil olsa bile, kilo alımı yetersiz olmayabilir! Ayrıca tek ölçümde antropometrik ölçümleri yaşa ve cinsiyete göre normal de olsa bir çocukta büyüme duraklamış olabilir. Bu nedenle yaşamın farklı zamanlarında vücut ölçümlerinde gerçekleşmesi beklenen minimum artışların ve büyümede duraklama kriterlerinin bilinmesi çok önemlidir. Malnütrisyon; protein, enerji ve diğer besinlerin eksiklik veya fazlalığına bağlı, vücut kütlesi ve fonksiyonlarında **ölçülebilir** olumsuz etkilere neden olan beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır. Tablonun bir ucunda yetersiz beslenme yer alırken diğer ucunda aşırı beslenme bulunmaktadır. Malnütrisyonun ağırlık derecesini belirlemek için Gomez, Waterlow, DSÖ, Wellcome sınıflamaları veya tek ölçümde üst orta kol çevresi z skorları kullanılabilir. Yetersiz kilo alımının nedeni yetersiz kullanılabilir besin alımıdır. Bu durum çevresel, biyolojik veya psikososyal bir çok etmene bağlı olarak görülebilen; yetersiz besin alımı, yetersiz besin emilimi, artmış üriner veya intestinal kayıp, artmış besin gereksinimleri veya etkisiz metabolik kullanıma bağlı olarak gelişebilir. Zayıf kilo alımı olan bir çocuğun değerlendirilmesinde temel amacımız, hastalığın yönetiminde de ele alınabilecek potansiyel nedenleri(-tıbbi, beslenme ile ilişkili, psikososyal ve gelişimsel/davranışsal) belirlemektir. Detaylı bir öykünün ardından yapılan sistemik fizik muayene ve büyümenin değerlendirilmesi temel yol göstericilerdir. Bunlardan elde edilen veriler ışığında gerekli tetkikler yapılır. Özellikle detaylı bir beslenme öyküsü alınmalıdır. Fizik muayenede bazı ipuçları ön tanı konulmasında faydalıdır. Yeterli kalori alımına rağmen kilo alamama, gelişme geriliğinin eşlik etmesi, konjenital kalp hastalığı ya da kalp yetmezliği düşündürülen bulguların varlığı, dismorfik bulgular, LAM veya orga-nomegali, immune yetmezlik düşündürülen tekrarlayan veya hastaneye yatmayı gerektiren çok ağır enfeksiyonlar,

tekrarlayan ishal, kusma veya dehidratasyon ataklarının varlığı bizi uarması gereken ciddi bulgulardır. Tanı için rutin standart bir test yoktur. Test seçimi ön tanı doğrultusunda nedene yönelik yapılmalıdır. Tedavide çocuk ve ailenin merkezde yer aldığı multidisipliner yaklaşım gereklidir. Tedavi alta yatan nedene yönelik olmalı, tüm çocuklar için sağlıklı beslenme teşvik edilmeli, anne sütü verilmesi teşvik edilmeli (ilk 6 ay sadece anne sütü), anne sütü alamayan çocukta uygun formül mama verilmesi sağlanmalı, tamamlayıcı gıdaya 17. haftadan önce 26. haftadan sonra başlanmamalı, anne ve bakıcılar uygun beslenme konusunda eğitilmeli ve gerekli durumlarda enteral beslenmeye geçilmelidir. Ağır malnütrisyonu olan, 1 yaşından küçük, şiddetli ishali (>6 dışkı/gün, dehidratasyon) olan, pnömoni, sepsis, hipotermi/ateş veya diğer hastalıkları olan, elektrolit anormallikleri olan, ağır solukluk (Hb<5g/dl), şok bulguları olan veya kusma ya da diğer nedenlerle ağızdan besleneyen çocuklar çocuklar hastaneye yatırılarak tedavi edilmelidir. Enteral beslenme, işlevsel sindirim sistemine sahip olduğu halde günlük alması gereken besin miktarını ağız yoluyla alamayan hastalarda, besinlerin ağızdan veya nazogastrik, nazoduodenal tüp, gastrostomi veya gastrojejunostomi tüpü aracılığıyla mideye veya ince bağırsağa verilmesidir. Hesaplanan günlük enerji gereksiniminin %60-80'i 10 günden daha uzun süre karşılanamayacaksa, bir yaşından küçük çocuklarda üç gün, bir yaşından büyük çocuklarda ise beş günden uzun süre ağızdan beslenme olmamışsa, iki yaşından küçüklerde >1 ay kilo alımı veya büyüme yetersiz ise, iki yaşından büyüklerde >3 ay kilo alımı yok ya da kilo kaybı varsa, izlemde büyüme eğrilerinde YGB veya BGA iki persentilden fazla düşmüşse, triseps deri kıvrım kalınlığı sürekli olarak yaşa göre 5. persentilin altında ise, engelli hastalarda beslenme zamanı >4 saat/gün ise, boy büyüme hızının 0,3 SS/yıl ve puberte döneminde 2 cm/yıldan daha düşük olması durumunda enteral beslenmeye geçilmelidir.

YENİDOĞANDA HIPOGLİSEMİ VE HİPERGLİSEMİYE YAKLAŞIM

Dr. Handan Hakyemez TOPTAN

Yenidoğanda Hipoglisemiye Yaklaşım

Kan glukozunun normal değer aralığında bir belirsizlik mevcuttur. İlk saatlerde kan şekerinde fizyolojik olarak düşmesi ve adaptasyon süreci, gestasyonel ve postnatal yaş, doğum ağırlığı, beslenme durumu, herhangi bir hastalığın varlığı ve diğer risk faktörlerine bağlı olarak değişebilir. Uzlaşma olmamakla birlikte eşiğin 47 mg/dL kabul edilmesi yaygın görüştür. Patogeneze bakıldığında; Yetersiz glukoz üretim, Artmış glukoz kullanımı, Hipersülinizm olmaksızın glukoz kullanımının üretimden fazla olduğu durumlarda meydana gelir. Çoğunlukla asemptomatik olup insidental olarak tarama sırasında saptanır. Semptomatik olduğunda Nörojenik (otonomik) bulgular: Jitteriness/tremor, terleme, irritabilite, takipne ve solukluk; Nöroglikopenik bulgular: Beslenememe, zayıf veya yüksek sesli ağlama, letarji, nöbet, patolojik hipotoni; Diğer bulgular – apne, bradikardi, siyanoz veya hipotermidir. Tarama gerektiren hasta grupları Prematüre (gebelik yaşı <37 hafta), Maternal diyabet/LGA, Fetal büyüme kısıtlaması/SGA, Perinatal stres, Postmatüre (gebelik yaşı >42 hafta), Beta adrenerjik ajanların maternal kullanımı, Maternal Oral hipoglisemik ajanların kullanımı, genetik bir hipoglisemi formunun aile öyküsü, hipoglisemi ile ilişkili konjenital sendromlar (örneğin, Beckwith-Wiedemann ve Kabuki sendromlarıdır. Glukoz Glukometreyle düşük ölçülür, mutlaka lab ölçümü ile konfirme edilmelidir. AAP'a göre Semptomatik bebekte kan şekeri <48 s <40 mg/dL, >48 s, <60 mg/dL düşük kabul edilir. Asemptomatik/riskli veya tesadüfen Kan şekeri düşüklüğü saptanan hastalar <4 s <25 mg/dL, 4-24 s <35 mg/dL, 24-48 s <50 mg/dL, >48 s <60 mg/dL olarak tanımlanır. Tedavi Semptomatik ise 2mL/kg %10 dekstroz (200 mg/kg) minibolus verilmesi şeklinde uygulanır. İV glukoz tedavisi 6-8 mg/kg/dakika hızında infüzyon ile devam edilir. Semptom eşlik etmiyor ancak beslenme ile kan glukozu hedef değerlere ulaşmıyorsa, sadece 6-8 mg/kg/dakika hızında İV infüzyon başlanır. İnfüzyon sonrası 30-45 dk aralıklarla kan şekeri izlemi yapılır. İstenen değerlere ulaşılmadığı takdirde 2mg/kg/dk artış ile İV glukoz perfüzyon hızı arttırılır. Kan şekeri <48 saat >50 mg/dL, >48 saat >60 mg/dL üzerinde tutulmalı! Üst sınır 90-100 mg/dl arasında olmalı. Periferik %12,5 üstü dekstroz ihtiyacı olduğunda santral kateter gereklidir. Glukoz perfüzyon hızı 12 mg/kg/dk üstüne çıkmak zorunda kalınan hipoglisemi durumlarında medikal tedaviler uygulanmalıdır. Glukagon, diazoksid, okreotid ve hidrokortizon tedavi seçenekleridir. Persistan hipoglisemi tanımı: Yaşamın 48. saatinden sonra düşük KS ölçümleri veya hipoglisemiyi düzeltmek için parenteral glukoz infüzyonu ihtiyacı olmasıdır. İleri tetkik edilmelidir.

Hipoglisemik nöbet sonucu geri dönüşümsüz beyin hasarı Hipoglisemik ensefalopatiye yol açabileceği bilinmemelidir.

Kaynaklar

Harris DL, Weston PJ, Gamble GD, Harding JE. Glucose Profiles in Healthy Term Infants in the First 5 Days: The Glucose in Well Babies (GLOW) Study. J Pediatr 2020; 223:34.

Hernandez TL, Hay WW Jr, Rozance PJ. Continuous glucose monitoring in the neonatal intensive care unit: not quite ready for 'plug and play'. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2019; 104:F344.

Palmaccio SJ, Rodriguez AL, Drago MJ, Mercurio MR. An Evidence-Based Ethical Approach to Parental Refusal of Screening Tests: The Case of Asymptomatic Neonatal Hypoglycemia. J Pediatr 2021; 229:278.

Yenidoğanda Hiperglisemiye Yaklaşım

Yenidoğanda hiperlisemi tam kan glukozu >125 mg / dL (6.9 mmol / L) veya plazma glukozu >150 mg / dL (8.3

mmol / L) olarak tanımlanır. Prematürelilik,sepsis, Stres yanıtı, İlaçlar, Yenidoğan diabetes mellitus nedenlerinden kaynaklanabilir. Glukometride kapiller hiperglisemi>>>laboratuar ile teyit edilmelidir. İdrarda glukoz bakılmalıdır. Tam kan sayımı Sepsis ayırıcı tanısı için gereklidir. Dışlanamıyorsa kültürleri alınıp ab başlanmalıdır.Serum elektrolitleri,Serum insülin seviyesi ve Serum ve idrar C-peptid seviyeleri Monogenik diyabet ve Tip 1 diyabet ayırıcı tanısında kullanılır.İlk adım parenteral glukoz infüzyon hızını azaltmaktır. Hızı dakikada 4 ila 6 mg / kg'a düşürmektir. Genellikle kan şekeri konsantrasyonunu düşürür. Kan şekeri izlemi 4-6 saatte bir olmalıdır. Risk faktörü yoksa en kısa sürede fizyolojik olan enteral beslenmeye geçilmelidir. Glukoz infüzyon hızı azaltılmasına rağmen;4 saat ara ile bakılan 2 kan şekeri değeri> 250 mg/dl ve alınan 2 ayrı idrar örneğinde glukozüri varsa tedavide insulin kullanılması önerilmektedir.Hiperglisemi tedavi edilirken hipogliseminin zararları göz önüne alındığında bolus insulin önerilmemektedir. 0,01-0,05 U/kg/sa insülin infüzyonu başlanır. Maksimum 0,1 U/kg/sa dozuna kadar 0,01 U/kg/sa arttırılır. Amaç KŞ' ni 150-200 mg/dl arasında tutmaktır. KŞ 180-200 arasına inerse insülin infüzyonu % 50 oranında azaltılır. KŞ <180 mg/dl ise insülin infüzyonu kesilir. KŞ < 150 mg/dl ise insülin kesilir ve glukoz infüzyonu 2 mg/kg/dk arttırılır. İnsülin infüzyonunda yapılan her yeni değişiklikten yarım saat sonra KŞ'i ölçülmelidir. Hipoglisemi gelişirse İnsülin infüzyonu kesilir. %10 Dx ile 2ml/kg IV bolus yapılır. Rebound hiperglisemi için hasta izlenmelidir.

Kaynaklar

Doyle LW, Cheong JL, Ehrenkranz RA, Halliday HL. Early (<8 days) systemic postnatal corticosteroids for prevention of bronchopulmonary dysplasia in preterm infants. Cochrane Database Syst Rev 2017; 10:CD001146.

Zamir I, Stoltz Sjöström E, Ahlsson F, et al. Neonatal hyperglycaemia is associated with worse neurodevelopmental outcomes in extremely preterm infants. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed 2021; 106:460.

Gonzalez Villamizar JD, Haapala JL, Scheurer JM, et al. Relationships between Early Nutrition, Illness, and Later Outcomes among Infants Born Preterm with Hyperglycemia. J Pediatr 2020; 223:29.

RENOVASKÜLER HİPERTANSİYON

Hande Nur Demirel

GİRİŞ

- Çocuk ve ergenlerde son yıllarda sıklığı artan hipertansiyon önemli bir halk sağlığı sorunu haline gelmiştir.

HİPERTANSİYON

- Boy ve cinsiyet, pediatrik kan basıncının önemli belirleyicileri olduğundan normal kan basıncı seviyeleri boy, cinsiyet ve yaşa göre belirlenir.

TARAMA

Risk faktörlerine göre 3 yaş altı ve 3 yaş üstü tarama programları mevcuttur.

PRİMER HİPERTANSİYON

- Pediatrik hasta grubunda hipertansiyonun en yaygın nedenidir.
- Sıklıkla ailede hipertansiyon öyküsü ve aşırı kilolu/obez olan okul çağı çocukları ve adölesanlarda görülür.

SEKONDER HİPERTANSİYON

- Sekonder hipertansiyon, çocukluk çağında erişkin döneme göre daha sık görülmektedir. Çocukluk çağında hipertansiyon tanısı alan tüm çocuklar sekonder nedenler açısından değerlendirilmelidir.

Sekonder hipertansiyon nedenleri

- RENAL
- VASKÜLER
- ENDOKRİN
- MERKEZİ SİNİR SİSTEMİ

Muayene bulguları:

- Katekolamin deşarji bulguları
- Taşikardi, proptozis
- Abdominal üfürüm
- Üst-alt ekstremitte tansiyon farkı

RENOVASKÜLER HİPERTANSİYON

- Hafif ve orta dereceli kan basıncı yüksekliği olan vakaların %1'inden azında görülür.
- Akut, şiddetli, refrakter hipertansiyonu olan vakalarda prevalans çok daha yüksektir.

Hipertansiyonun renovasküler hastalığa bağlı olduğunu düşündüren bulgular vardır.

Renovasküler hastalık nedenleri;

- Fibromuskuler displazi
- Sendromik nedenler
- Vaskülitler

- Ekstrinsik bası
- Diğer nedenler

Renovasküler hastalık için görüntüleme:

- MR ya da BT anjiyografi kullanılan noninvazif görüntüleme yöntemleridir.

FİBROMUSKULER DİSPLAZİ

TAKAYASU ARTERİTİ

POLİARTERİTİS NODOSA

NÖROFİBROMATOZİS TİP 1

UMBLİKAL ARTER KATETERİZASYONU

WILMS TÜMÖRÜ VE NÖROBLASTOMA

MİDAORTİK SENDROM

Muayene bulguları:

- Şiddetli hipertansiyon
- Baş ağrısı
- Postprandial abdominal migren
- Alt ekstremitede kladikasyo
- Femoral nabızların alınamaması
- Alt ve üst ekstremitte arasında basınç farklılığı
- Abdominal üfürüm
- Gelişme geriliği

Semptomları:

- Böbrek yetmezliği
- Solid organlarda hipoperfüzyon
- Mezenterik iskemi
- Alt ekstremitte iskemisi

Renovasküler hastalığa yol açan kronik renal iskemi, hipertansiyonu daha da şiddetlendirebilir.

Hastaların %90'ı tedaviye dirençli hipertansiyonla başvurur. Tanı anında, hastalar tipik olarak bir veya daha fazla antihipertansif ilaç kullanmaktadır.

Tedavi edilmezse, son organ hasarı nedeniyle yaşamın 5-6. dekadında %90 ölüm oranına sahiptir.

TANI

- Ekokardiyografi ve renal ultrason, torasik koarktasyon ve renal parankimal atrofiyi değerlendirmek için başlangıçta yararlı olabilir.
- BT Anjiyografi veya MR Anjiyografi kesin tanıda kullanılan yöntemlerdir.

TEDAVİ

- Tedavi medikal, endovasküler veya cerrahi olabilir.
- Perkütan müdahaleler akut dönemde obstrüksiyonu gidermede etkilidir, ancak tekrar müdahale gerektiren hipertansiyon ve tekrarlayan stenoz insidansı yüksektir.
- Endovasküler onarımların %50'si, cerrahiden sonraki 5 yıl içinde tekrar müdahale gerektirir.

Korkulu Rüya; Anafilaksi

Işıl Turan, Özden Can

Anafilaksi, hızlı başlayan, yaşamı tehdit eden hava yolu, solunum ve/veya dolaşım sorunları ile karakterize, genellikle deri ve mukozal değişikliklerle ilişkili ciddi, sistemik bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Anafilaksinin tetikleyicileri arasında sıklıkla besinler, ilaçlar ve böcek sokmaları bulunmaktadır. Her sağlık çalışanının karşılaşılabileceği tıbbi acil bir tablodur. Bu nedenle her sağlık çalışanı bu tür acil durumlara başa çıkmaya hazır olmalıdır.

Anafilaksi klinik bir tanı olmasına rağmen ortaya çıkan hiçbir belirti ve bulgu anafilaksiye özgün değildir. 2020'de Dünya Alerji Organizasyonu (WAO) anafilaksi tanı kriterlerinde güncelleme yapmış ancak 2021 Avrupa Alerji ve Klinik İmmünoloji Akademisi (EAACI) 2021 Anafilaksi rehberi güncellemesinde daha önceki kriterleri tanı kriterleri olarak belirtmiştir.^{1,2} and subsequently, there is a need to continue disseminating knowledge on the diagnosis and management, so every healthcare professional is prepared to deal with such emergencies. The rationale of this updated position document is the need to keep guidance aligned with the current state of the art of knowledge in anaphylaxis management. The World Allergy Organization (WAO

Acil tedavide öncelikle sorumlu alerjenle temas kesilmelidir. Hızla hastanın havayolu, solunumu, dolaşımı, bilinç durumu değerlendirilmelidir.

Hemen adrenalin 1/1000 (1 mg/ml) solüsyondan 0,01 mg/kg/doz uyluk dış yan yüze (vastus lateralis) İM olarak uygulanmalı gerekirse 5-15 dakika arayla tekrarlanmalıdır.

Hastayı düz bir zemine yatırmak ve ayakların kaldırılması önerilmektedir.

Hasta yaşamsal fonksiyonları takip açısından monitörize edilmelidir.

Hastaya maske ile oksijen (8-10 lt/dk) uygulanmalı, damar yolu açılarak intravenöz sıvı (20 ml/kg'dan serum fizyolojik veya ringer laktat) verilebilir.

Sıvı ve adrenalin tekrarlarına rağmen hipotansiyon düzelmiyor ise intravenöz adrenalin infüzyonu başlanmalıdır. β -bloker alan hastalarda adrenalin yine ilk tercih olmakla birlikte klinik tablo adrenaline refrakter ise; inotropik ve kronotropik etkilerinden faydalanmak için glukagon uygulanabilir.

Antihistaminikler ve kortikosteroidler hiçbir zaman adrenalin yerine kullanılmamalıdır. Antihistaminikler sadece cilt bulguları için verilebilir. Steroidlerin bifazik anafilaksiye etkisi tartışmalıdır.

Anafilaksinin genç hekimler tarafından tanınması, hızlı tedavi algoritmalarının öğrenilmesi, örnek vaka senaryoları eşliğinde bu sunumda hedeflendi. Anafilaksi konusunda bilgi ve kazanımların artması yaşam kurtarıcı etkisi olması nedeniyle önemlidir.

Kaynaklar

1. Cardona V, Ansotegui IJ, Ebisawa M, et al. World Allergy Organization Anaphylaxis Guidance 2020. *World Allergy Organ J.* 2020;13(10):100472. doi:10.1016/j.waojou.2020.100472
2. Muraro A, Worm M, Alviani C, et al. EAACI guidelines: Anaphylaxis (2021 update). *Allergy Eur J Allergy Clin Immunol.* 2022;77(2):357-377. doi:10.1111/all.15032

İdrar Yolu Enfeksiyonunda Görüntüleme

Doç. Dr. Mehmet Taşdemir

Çocuklarda idrar yolu enfeksiyonu sık bir problem olup enfeksiyon sırasındaki durumun, altta yatan olası anatomik ya da fonksiyonel nedenlerin ve aynı zamanda olası böbrek hasarlanmasının değerlendirilmesi için çeşitli görüntüleme yöntemleri kullanılmaktadır. Uzun dönemde gelişebilecek sekelleri (renal skar, hipertansiyon, böbrek yetersizliği gibi) önlemek için ideal bir görüntüleme stratejisi konusunda görüş birliği yoktur. Bu görüntüleme yöntemleri içinde en sık kullanılan ve en zararsız olan ultrasonografidir. Zaman ayrılarak, detaylı yapılan ultrasonografi; böbrekler ve idrar yolları üzerinde yapısal (böbreklerde boyut farkı, hidronefroz, parankim yapısı, kalınlığı, abse veya piyonefroz varlığı gibi) ya da fonksiyonel (işeme öncesi ve sonrası toplayıcı sistem ve mesanenin değerlendirmesi gibi) sorunları tespit edebilir. İdrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklardan hangilerine ultrason yapılması konusunda farklı görüşler olsa da genel olarak ateş varlığı söz konusu ise her yaşta ultrason yapılabilir. Ancak ultrasonografi ile altta yatabilen sorunları her zaman tespit etmek mümkün olmamaktadır. Bu nedenle ek görüntüleme yöntemlerine ihtiyaç duyulabilmektedir. Radyasyon içermesi, pahalı ve invaziv yöntemler olması nedeni ile voiding sistoüretrografi ve radyonüklid görüntülemeler sadece seçilmiş çocuklarda yapılan diğer görüntüleme tekniklerindedir. Voiding sistoüretrografi, idrar yolu enfeksiyonu geçiren çocuklarda ultrasonda anormallik varsa veya sık idrar yolu enfeksiyonu söz konusu ise yapılabilir. Aynı zamanda atipik seyirli idrar yolu enfeksiyonu da diğer bir endikasyondur. Amaç olası vezikoüreteral reflü, mesane ve üretra sorunlarını saptamaktır. Bu yöntemle saptanabilen vezikoüreteral reflü 5 sınıfta derecelendirilmektedir. Radyonüklid yöntemler ise DMSA, MAG3 sintigrafi ve radyonüklid sistogram olarak özetlenebilir. DMSA sintigrafi ile böbreklerin fonksiyonel dağılımı ve parankimde hasarlanma durumu değerlendirilebilirken, MAG3 sintigrafi böbreklerin perfüzyonu ve boşalımı (olası obstrüksiyon) ile ilgili detaylı bilgi sağlar. Radyonüklid sistogram (nükleer voiding sistogram) vezikoüreteral reflü olduğu bilinen hastalarda reflünün devam edip etmediğini kontrol etmek için faydalı bir yöntemdir, bu yöntemle reflü derecelendirmesi yapılamaz. Sonuç olarak, idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği kanıtlanan çocuklarda uygun görüntüleme yöntemlerinin seçimi, yüksek kalitede yapılması, iyi yorumlanması, doğru tanı ve tedavi planı için hayati öneme sahiptir.

Fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalığı mı besin alerjisi mi?

Dr. Ayşe Merve Usta

İnek sütü protein alerjisi (İSPA) bebeklerde % 0,5-% 4,9 sıklıkta görülen bir besin alerjisidir. Ig E aracılı veya non IgE aracılı veya 'mikst' olabilir. Ig E aracılı olanlar süt alımının hemen ardından ortaya çıkar, non Ig E aracılı olanlarda gecikmiş bulgular gözlenir; 48 saati bulabilir. Ig E aracılı olanlarda genel belirtilerin yanında cilt, solunum ve gastrointestinal sistem (GİS) tutulumu olur. Tanı koyulması daha kolaydır. Non Ig E aracılı İSPA tanısı kolay değildir. Belirtilerin geç başlaması bebeklik çağı fonksiyonel sindirim sistemi hastalıkları (FSSH) ile belirtilerinin örtüşmesi veya birlikte görülmesi tanıyı zorlaştırır (1).

Zamanında tanı konulup yönetiminin yapılması ne kadar önemliyse gereksiz ve uzun süreli diyetlerle beslenmenin en önemli olduğu zamanlarda büyüme gelişme geriliği ve vitamin mineral eksiklikleri gözlenmesi de kaçınılmaz olabilmektedir.

Bebeklik dönemi FSSH, yapısal veya biyokimyasal anormalliklerle açıklanamayan yaş bağımlı, kronik veya tekrarlayan belirtilerin değişken kombinasyonudur (2). FSSH bebek ve ebeveynler için stres oluşturur. Sık doktor başvurusu, birçok tetkik yapılması, beslenmede değişiklikler; formüle ile beslenen bebeklerde mama değişiklikleri ve non-farmakolojik tedavilerde artışla sonuçlanır (3).

FSSH, gelişimsel bir süreçtir. FSSH'nın ortaya çıkışı, bebeğin fiziksel, otonomik, duygusal ve bilişsel gelişim süreci ile ilişkilidir. Bağırsak sağlığı; fiziksel, psikolojik, mental iyilik hali için çok önemlidir. Fizyolojik bağırsak işlevi mikro ve makronutrientlerin sindirim ve emilimi için hayati önemlidir. Erken yaşta olan gastrointestinal bozukluklar stres yapıcı olarak tanımlanırlar. Aile hayatı üzerinde uzun süreli negatif etkileri olur (4).

Doğumda mikrobiyota, gastrointestinal kanalda bulunan immün sistem ve sinir sistemi olgunlaşmamıştır. Bebeklerde gastrointestinal strese rolü olduğu düşünülen faktörler başlıca;

disbiyosis, inek sütü proteinine intolerans, laktoz intoleransı, gastrointestinal olgunluğun tamamlanmamış olması, serotonin artışı, uygunsuz beslenme teknikleri, annenin sigara içmesi,

mide boşalımının uzamasıdır (5). Bu durumların katkıda bulunduğu FSSH'ları bebeklik döneminde genel olarak 7 kategoride incelenir: Regürjitasyon, infantil kolik, fonksiyonel kabızlık, fonksiyonel diyare, siklik kusma sendromu, infantil diskezi ve ruminasyon sendromu (2). Roma IV kriterleri ile tanı konulur. 2106'da güncellenen bu kriterlerde FSSH tanısı koymak için tetkik zorunluluğu ortadan kalkmıştır. Ayrıca FSSH'ları diğer hastalıklarla da birlikte bulunabilir. Benzer şekilde birden fazla FSSH aynı kişide bulunabilir (3,6).

Besin proteini ilişkili proktokolit (BPIAP)

Hematokezya veya persistan mukuslu ishal ile ortaya çıkar. Genellikle sağlıklı görünümlü bebeklerde gözlenir. Sağlıklı bebeklerde prevelans % 0,16 hematokezyası olanlarda % 64 oranında görülür. İlk haftalarda başlar, genellikle geç bebeklik döneminde biter. Ig E aracılı olmayan bir mekanizma ile bir veya daha fazla besin proteinine distal kolonun enflamasyon ile karakterize cevabıdır. Tedavisinin gerekli olup olmadığı tartışılmaktadır.

Yönetiminde; İSPA'sı olduğu netleşmeyen bebeklerde anne ve bebek diyetinden inek sütünün çıkarılması klinik çalışmalarca desteklenmemektedir. Anne sütüne devam edilmesi konusunda anne desteklenmeli ve bilgilendirilmelidir. Bazı olgularda; uzun süreli ve ciddi hematokezya olduğunda anne diyetinden süt ve süt ürünleri çıkarılması gerekebilir. Formüle ile beslenen bebekler tanısız eliminasyon diyeti yapmalıdır. Uygun yoğun hidrolize veya tam hidrolize formüller kullanılmıdır (7).

FSSH&İSPA

FSSH olan bebeklerde İSPA prevelansı tartışmalıdır. Sindirim sistemi belirtileri ile getirilen bebeklerde prevelansın % 20-25 olduğu tahmin edilmektedir. Patofizyolojileri farklılık gösterse de doktora götürüldüklerinde bu

belirtiler FSSH veya non-Ig E besin alerjisi olarak değerlendirilir. Ailede alerji öyküsünün olması, çoklu organ sisteminin etkilenmesi (sindirim, deri, solunum) ve klasik tedavi yöntemlerinin başarısız olması non Ig E ilişkili besin alerji olasılığının arttırır.

Regürjitasyon, konstipasyon, diskezi ve kolik gibi FSSH'nın kümülatif prevelansının yaklaşık % 25 olduğu tahmin edilmektedir. FSSH prevelansı İSPA'dan daha fazladır.

İnek sütü eliminasyonu FSSH 'da semptomların iyileşmesine de katkıda bulunabilir; hastalığın doğal seyrinde olabilir veya plasebo etkisi olabilir semptomların düzelmesi ile İSPA demek değildir. Her iki durumu ayırt etmek zor çünkü FSSH ve İSPA'nın bazı belirti ve bulguları benzerdir. Hassas ve tanısız test iki durum için de yoktur. Her iki durumda eliminasyon diyetinden fayda görür.

İSPA&GÖR tahmini 'overlap'ı AS veya formüla alan bebeklerde %1 den daha az gözlenmiştir. FSSH olan bebeklerde (regürjitasyon/kolik) İSPA prevelansı tartışmalıdır; Beyin bağırsak etkileşimi, kolikli hastaların 5.ayda, regürjitasyonun 1. yılda düzelmesi ve bazı bebeklerde besin alerjenleri FSSH için tetikleyici olabilir (7).

Bu nedenle her iki durumu ayırmak oldukça zordur çünkü birlikte de gözlenebilirler.

GÖR&İSPA

İSPA tanısını doğrulamak için GÖR ve/veya kolik ile prezente olan bebeklerde 2-4 hafta inek sütü eliminasyonu önerilmektedir. Anne sütüne devam edilmesi çok önemlidir. Anne diyetinden 2-4 hafta süt ve süt ürünlerinin çıkarılması sonra diyet tekrar eklenmesi tavsiye edilmektedir. Formüla ile beslenen bebeklerde yoğun hidrolize formülalar regürjitasyonlu kolikli bebeklerde yararlı olur. Mide boşalım hızını arttırdığı ve bu formülalar laktöz olduğundan da fayda sağlayabilirler. GÖRH 'nın klasik tedavisine yanıt vermeyen hastalarda İSPA akılda bulundurulmalı kısa süreli eliminasyon diyeti sonra 'oral food challenge' yapılmalıdır (7).

İnfantil kolik&İSPA

İnfantil kolik'in etiolojisi belli değil; multifaktöriyeldir. Fizyolojik/davranışsal ve organik faktörler (besin hipersensitivitesi, alerji, bağırsak disbiyozisi, dismotilite) infantil kolik'e katkıda bulunabilir. Probiyotikler, rezene, spinal manipülasyon sınırlı fayda bulunan tedavilerdendir. Akupunktur ve soyalı formülalar önerilmemektedir. Diyetin rolü tartışmalıdır. Cochrane derlemesi diyet tedavisini kolik yönetiminde yetersiz bulmuştur (8).

İSPA'nın tek bulgusu olarak infantil kolik yeterli bulunmamakta ve sadece kolikli bebeklerde belirli bir süre İSPA diyeti için yeterli kanıt yoktur. Roma 4 kriterlerine göre infantil kolik tanısı alan ve ek bulguları olanlarda belli bir süre eliminasyon ardından oral besin provakasyonu denenebilir (7)

Kabızlık&İSPA

Bebeklik dönemi roma 4 kriterlerine göre tanı almış fonksiyonel kabızlıkta konvansiyonel tedavilere (optimal doz laksatif kullanımı) rağmen cevapsız hastalarda İSPA ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Sınırlı belli bir süre eliminasyon ardından oral besin provakasyonu denenebilir (7,10)

Sonuç olarak hayatın ilk yılında persistan regürjitasyon, kusma, ağlama, kabızlık sık görülen belirtilerdir ve aynı anda İSPAlı bebekte de olabilir. İSPA'ya FSSH'na veya GÖRH ya da eozinofilik özofajite veya başka farklı bir hastalığa bağlı olabilir(10).

İSPA ve FSSH arasındaki gerçek prevelans ve altta yatan mekanizma net değildir. Tanısız bir testin yokluğu tanının belirtilerin ortak görülmesi ve aynı hastada iki durumun birden olabilmesi gibi durumlar ya tanıda gecikmelere ya da fazla tedaviye neden olmaktadır. Bazı FSSH olan hastaların İSPA olmayıp inek sütü eliminasyonunun fayda görebileceği ancak iki durumu ayırtetmek için özgün bir test olmadığını unutmamak gerekir (7). Bu nedenle iyi bir öykü alındıktan sonra alarm bulguların dışlanması ayrıntılı fizik bakı antropometrinin değerlendirilmesi sonrası kademeli bir yaklaşım daha uygun olacaktır.

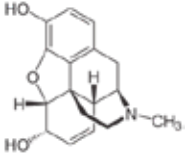
Kaynaklar

1. Vandenplas Y, Brough HA, Fiocchi A, Miqdady M, Munasir Z, Salvatore S, Thapar N, Venter C, Vieira MC, Meyer R. Current Guidelines and Future Strategies for the Management of Cow's Milk Allergy. *J Asthma Allergy*. 2021 Oct 21;14:1243-1256.
2. Benninga MA, Faure C, Hyman PE, St James Roberts I, Schechter NL, Nurko S. Childhood Functional Gastrointestinal Disorders: Neonate/Toddler. *Gastroenterology*. 2016 Feb 15: S0016-5085(16)00182-7.
3. Vandenplas Y, Hauser B, Salvatore S. Functional Gastrointestinal Disorders in Infancy: Impact on the Health of the Infant and Family. *Pediatr Gastroenterol Hepatol Nutr*. 2019;22(3):207-216.
4. Ludwig T. Implications and management of gastrointestinal disorders. In: Vandenplas Y, Ludwig T, Szajewska H (Eds) Gut health in early life: implications and management of gastrointestinal disorders. John Wiley and Sons Ltd, The Atrium, Southern Gate, Chichester, West Sussex PO19 8SQ, United Kingdom 2015, 7-13.
5. Dhanasekhar K, Gaurav S, Nikhil B, Fahmina A, Shashidhar R, Common gastrointestinal distress among infants: Role of optimal nutritional interventions, *Clinical Epidemiology and Global Health* 2018;6 (1): 5-9.
6. Beşer ÖF, Çokuğraş Çullu F, Dalgıç B, et al. Süt Çocukluğu Döneminde Fonksiyonel Sindirim Sistemi Hastalıkları Roma IV Ölçütlerinin Temel Alındığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu. 2017 <https://pedgastro.org/wp-content/uploads/2017/09/fshh-rehberi-2.pdf>
7. An ESPGHAN position paper on the diagnosis, 3 management and prevention of cow's milk allergy. Yvan Vandenplas, Ilse Broekaert , Magnus Domellöf, Flavia Indrio, Alexandre Lapillonne, Corina Pienar, Carmen Ribes-Koninckx, Raanan Shamir, Hania Szajewska, Nikhil Thapar, Rut Anne Thomassen, Elvira Verduci, Christina West: Nutrition Committee; Gastroenterology Committee; invited experts. https://www.espghan.org/dam/jcr:7100468b-c6df-48bc-a566-6b13c427e756/CMA%20ESPGHAN%202022_V31.pdf
8. Gordon M, Biagioli E, Sorrenti M, et al. Dietary modifications for infantile colic. *Cochrane Database Syst Rev* 2018;10(10)
9. Tabbers MM, DiLorenzo C, Berger MY, et al; European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition; North American Society for Pediatric Gastroenterology. Evaluation and treatment of functional constipation in infants and children: evidence-based recommendations from ESPGHAN and NASPGHAN. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 2014;58:258-74.) doi: 10.1097/MPG.000000000000026
10. Salvatore S, Agosti M, Baldassarre ME, D'Auria E, Pensabene L, Nosetti L, Vandenplas Y. Cow's Milk Allergy or Gastroesophageal Reflux Disease—Can We Solve the Dilemma in Infants? *Nutrients*. 2021; 13(2):297. <https://doi.org/10.3390/nu13020297>

ÇOCUK ACİL SERVİSİNDE MADDE KULLANIMA YAKLAŞIM

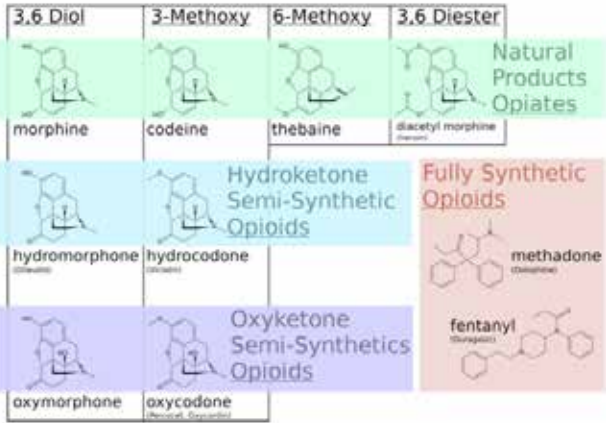
Prof. Dr. Murat ANIL

Opioid: Morfin benzeri etkiler üretmek için opioid reseptörleri üzerinde etkili olan maddelerdir. Prototipi morfindir.

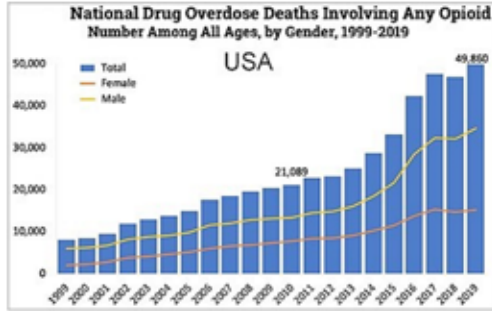


Opiyad: Afyondan türetilen bir ilacı ifade etmek için farmakolojide klasik olarak kullanılan bir terim Opioid, daha modern bir terim. Hem doğal hem sentetik olarak, beyindeki opioid reseptörlere, bağlanan bütün maddeleri ifade etmek için kullanılır. Opiatlar doğal olarak afyon haşhaş bitkisi Papaver somniferum'da bulunan alkaloid bileşiklerdir.

Opioid Reseptörleri, merkezi ve periferik sinir sisteminde ve gastrointestinal sistemde bulunur.



ABD, 1999-2019 yılları arasında opioid kullanımı



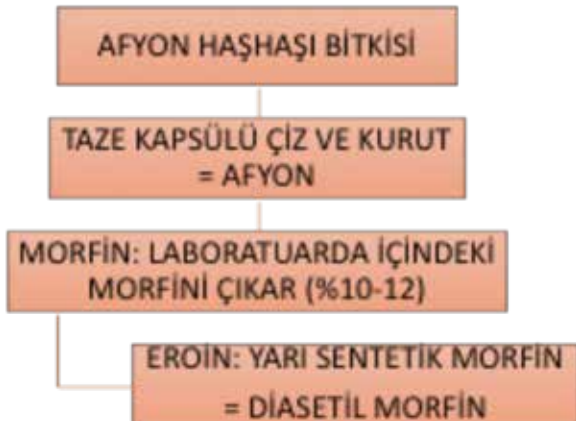
ESRAR=CANNABİS, HAŞIŞ, KENDİR, YABAN OTU (CANNABİS SATİVA = HİNT KENEVİRİ)

MARİHUANA (ABD'de weed, pot) Tütün haline getirilmiş şekli

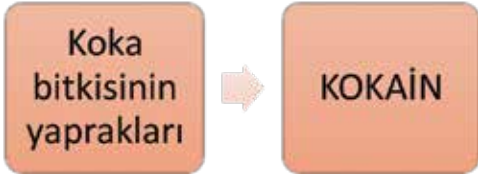
BONG: BUHAR HALİNDE

GUBAR: İNCE TOZ ESRAR

AFYON (AFYON HAŞHAŞI = PAPAVER SOMNİFERIUM = OPIYATLAR)



KOKAİN (Benzoilemetil ekgonin)



CRACK: KOKAİN + HCL + YEMEK SODASI

AMFETAMİNLER (kimyasal ürün)

- Dekstroamfetamin (Dexedrine)
- Metamfetamin
- Metilfenidat (Ritalin)
- Captagon (Fenetylline: teofilin + amfetamin)
- Ekstazi
- Efedrin
- Propanolamin

LSD (Lysergic asit dietilamid)



BONZAI (SENTETİK KANABİNOİD)

- Sentetik olarak üretilen kanabinoidlere (JWH-18, HU-210, CP-47 vb.) bitki tozu karıştırılıyor
- Bazılarının içindeki kanabinoidler bilinmiyor
- Dünyada bilinen > 60 doğal canabinoid var
- Sentetik kanabinoid > 100
- Bonzailerin içindekilerin ¼'ü biliniyor
- Genellikle sigara şeklinde içiliyor

Avrupa'da gençler hangi maddeleri kullanıyorlar? (kaynak: The European school survey project on alcohol and other drugs. The 2011 ESPAD report. www.espad.org)

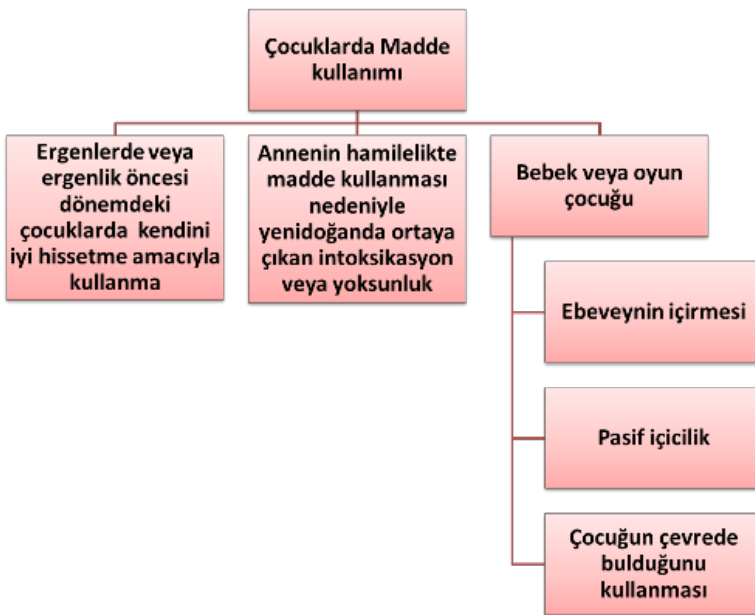
1. Marihuana
2. Reçete edilen ilaçların amaç dışı kullanımı
3. İnhalan maddeler
4. Halusinojenler
5. Eroin
6. Kokain

TÜRKİYE



BM Uyuşturucu Raporu-2020

- Dünyada 284 milyon kişi uyuşturucu madde kullanıyor
- 209 milyon kişi ESRAR kullanıyor. Son 10 yılda kullanıcı oranında yüzde 23 arttı.
- 61 milyon kişinin "opioid" adlı sentetik uyuşturucu çeşitleri
- 34 milyon kişinin amfetamin türü maddeler,
- 20 milyon kişinin ekstazi
- 21 milyon kişinin de kokain kullandığı belirtildi.
- 2020'de 11 milyon 200 bin kişinin uyuşturucu enjekte ettiği aktarılan raporda, bunların 1,4 milyonu HIV, 1,2 milyonu HIV ve hepatit C, 5 milyon 500 bininin hepatit C virüsü taşıdığı bilgisi paylaşıldı.
- Uyuşturucu enjekte eden veya kullanan kişilerin HIV kapma olasılığının, genel nüfusa göre 35 kat daha fazla olduğu kaydedildi.
- 2009-2019 arasında madde bağımlılığı nedeniyle ölenlerin oranının yüzde 17,5 arttı.
- Avrupa Birliği'nde yaklaşık 83 milyon yetişkinin (15-64 yaş) (veya yetişkin nüfusun yüzde 28,9'u) yaşamları boyunca en az bir kez yasa dışı uyuşturucu madde kullandığı tahmin edilmektedir



ÇOCUKLAR ACİL SERVİSE NASIL GELİRLER?

1. Bilerek ve isteyerek / istemeden ?
2. Ani bilinç değişikliği
3. Abartılı davranış
4. Travma (darp, trafik kazası vb.)
5. Sıklıkla madde kullanımından bahsetmezler !



TIBBİ ÖYKÜ KİMDEN ALINIR?

1. Hastadan
2. Ailesinden
3. Arkadaşlarından
4. Geçmiş tıbbi kayıtları!
5. Psikiyatri takibi ?
6. Maddenin sokaktaki adı !

Fizik bakı:

KLİNİK BULGU	SEMPATOMİMETİK: AMFETAMİN, KOKAİN
BİLİNÇ	AJİTASYON, DELİRYUM, PSİKOZ, KONVÜLZYON
NABİZ	TAŞİKARDİ
KAN BASINCI	HİPERTANSİYON
SICAKLIK	YÜKSEK ATEŞ
SOLUNUM	-
PUPİL	MİDİRİAZİS
BARSAK SESLERİ	NORMAL
CİLT	AŞIRI TERLEME
DİĞER	EKSTAZİ (METAMFETAMİN): HİPONATREMİ, SERATONİN SENDROMU, HEPATOTOKSİSİTE

KLİNİK BULGU	ANTİKOLİNERJİKLER (ATROPİN, SKOPOLOMİN, İMİPRAMİN, TSA)
BİLİNÇ	KOMA, DELİRYUM, PSİKOZ, KONVÜLZYON
NABİZ	TAŞİKARDİ
KAN BASINCI	HİPERTANSİYON
SICAKLIK	YÜKSEK ATEŞ
SOLUNUM	-
PUPİL	MİDİRİAZİS
BARSAK SESLERİ	AZALMIŞ
CİLT	KIRMIZI VE KURU

KLİNİK BULGU	OPIOİDLER
BİLİNÇ	ÖFORİ, SOMNOLANS, KOMA
NABİZ	BRADİKARDİ
KAN BASINCI	HİPOTANSİYON
SICAKLIK	HİPOTERMİ
SOLUNUM	BRADİPNE
PUPİL	MİYOTİK (İĞNE BAŞI KADAR)
BARSAK SESLERİ	ARTMIŞ
CİLT	AŞIRI TERLEME

KLİNİK BULGU	BARBİÜRATLAR / SEDATİF HİPNOTİKLER
BİLİNÇ	SOMNOLANS, KOMA
NABİZ	-
KAN BASINCI	HİPOTANSİYON
SICAKLIK	HİPOTERMİ
SOLUNUM	BRADİPNE

1. **HALUSİNOJENLER**(FENSİKLİDİN, KETAMİN, DEKSTROMETORFAN, LSD, MARIHUANA, SENTETİK KANABİNOİDLER)
2. **UYARICILAR** (AMFETAMİNLER, KOKAİN, SENTETİK KATYONİNLER)
3. **SANTRAL ANTİKOLİNERJİKLER**(ATROPİN, ANTİDEPRESANLAR, ANTİHİSTAMİNİKLER, BAZI MANTARLAR)
4. **SEDATİFLER** (BENZODİAZEPİN, BARBİÜRAT)
5. **OPIOİDLER**
6. **İNHALANLAR**(HİDROKARBONLAR, NİTROZ OKSİT, NİTRİTLER)

CANABİNOİDLER

- PUPİL BOYUTU DEĞİŞMEZ
- KONJUKTİVA HİPEREMİK
- OTURURKEN HİPOTANSİYON
- TAŞİKARDİ
- İŞTAH ARTAR, ÖFORİ,
- PSİKOTİK REAKSİYON (ALTTA YATAN BİR PSİKİYATRİK PATOLOJİ VARSA)
- ANKSİYETE,
- PANİK HALİ (ÇOK SIK),
- DELİRYUM (ORYANTASYON, HAFIZA BOZULUR, BELİRGİN BİLİNÇ DEĞİŞİKLİĞİ)
- ÇOK FAZLA İÇİLDİYSE HAVAYOLU OBSTRUKSİYONU GELİŞEBİLİR

HALUSİNOJENLER

- MİDRİYAZİS (Fensiklidinde normal veya miyotik)
- Hipertansiyon, taşikardi, hiperrefleksi, hipertermi, kırmızı yüz
- Öfori, anksiyete, panik atak, paranoid düşünce
- Halisünasyonlar, kişilik değişikliği, kendi vücut imajlarını farklı görme, cisimleri farklı görme

- Fensiklidin: koma, distonik reaksiyon, kas kasılmaları, bronkospazm, terleme, hipoglisemi, idrar retansiyonu, diaforez

LSD

- MİDRİYAZİS
- HİPERTANSİYON
- HİPERREFLEKSİ
- YÜKSEK ATEŞ
- HALUSİNASYON
- PSİKOZ
- AŞIRI UYANIKLIK HALİ

MARİHUANA

- TAŞIKARDİ, HİPERTANSİYON, KONJUKTİVADA KIZARMA
- KENDİNİ İYİ HİSSETME, ÖFORİ, GEVŞEME
- KISA SÜRELİ HAFIZA SİLİNEBİLİR
- İŞTAH ARTMASI
- BEBEKLERDE KOMA, LETARJİ, TAŞIKARDİ
- YÜKSEK DOZDA ALINDIĞINDA:
 - o HALUSİNASYON
 - o DELİRYUM
 - o PARANOİD DÜŞÜNCELER

EKSTAZİ (MDMA= 3,4-methylenedioxymethamphetamine)

- Öfori, aşırı hareketlilik, kendini iyi hissetme
- SSS ajitasyonu, taşikardi, hipertansiyon, hipertermi
- HİPONATREMİ (dilüsyonel): bilinç değişikliği, konvülzyon, KİBAS
- Yaşamı tehdit eden kardiyovasküler etkiler: MI, aritmi, hipertansif aciller
- Hipertermi, rhabdomiyoliz
- Hepatotoksisite
- Serotonin sendromu: ajitasyon, klonus, terleme, hipertermi, hiperrefleksi

EKSTAZİ

ACİL YAKLAŞIM

- ABCDE yaklaşımı
- Aktif kömür, Mide lavajı, tüm barsak irrigasyonu (kokain paketi)
- Hipertansiyon: Midazolam, diazepam
- Ajitasyon / konvülzyon: Midazolam, diazepam
- Haloperidol
- FENİTOİN verme (aritmi riski)

- Göğüs ağrısı: Benzodiazepin ile rahatlamaz ise MI düşün (oksijen, aspirin, nitrogliserin)
- BETA-BLOKER verme (koroner vazospazm riski)
- Hipertermi: aktif fiziksel soğutma, benzodiazepinler.
- ANTİPİRETİK verme (faydasız)
- Hiponatremi + konvülzyon: %3 NaCl

KOKAİN

- KENDİNİ İYİ HİSSETME
- ÖFORİ, DUYULARDA NETLİK, YERİNDE DURAMAMA,
- DOZ YÜKSEKSE TREMOR, KONVÜLZYON, ŞİDDETLİ KONUŞMA, AJİTASYON
- DÜŞÜK DOZDA BRADİKARDİ, YÜKSEK DOZDA TAŞİKARDİ
- HİPERTANSİYON, MI, ARİTMİ
- YÜKSEK ATEŞ, BÖBREK YETMEZLİĞİ, RHABDOMİYOLİZ
- BRONKOSPAZM, PNÖMOTORAKS

OPIOİDLER

- MİYOZİS
- SOLUNUM DEPRESYONU
- KARIN AĞRISI
- BİLİNÇ BASKILANMASI / SEDASYON
- BULANTI / KUSMA
- KİŞİLİK DEĞİŞİKLİĞİ

İNHALASYON İLE ALINANLAR

- ÖNCE ÖFORİ, BAŞ DÖNMESİ
- MI
- ARİTMİ
- KOMA
- SOLUNUM ARRESTİ
- KARIN AĞRISI
- RTA
- HİPOKALEMİ
- SEREBRAL ATROFİ

SENTETİK KANABİOİDLER (BONZAI)

- TAŞİKARDİ
- HİPERTANSİYON
- AJİTASYON
- HALUSİNASYON

- ANKSİYETE
- PARANOYA
- KUSMA
- KONVÜLZYON
- AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ
- Supraventriküler taşikardi (SVT)

OPIOİD ÇEKİLME SEMPTOMLARI

- Bilinç normal
- Hipertansiyon (sıvı açığı varsa hipotansiyon), taşikardi, takipne
- Kusma, bulantı, ishal, artmış barsak sesleri
- Huzursuzluk, sürekli esneme
- Yenidoğanlarda konvülzyon
- Aşırı gözyaşı
- Midriazis
- Terleme
- Burun akıntısı

OPIOİD ÇEKİLME TEDAVİ:

- Metadon: 10 mg IM veya 20 mg oral
- Buprenorfin: 4-8 mg dilaltı (Suboxone©)
- Gerekirse kristaloid sıvı desteği
- Anksiyete, kas krampları için benzodiazepinler
- İshal için oktreatid

GENEL YAKLAŞIM

- ABCDE
- KONVÜLZYON, ŞOK, SOLUNUM VE DOLAŞIM YETMEZLİĞİ İLE MÜCADELE
- KAN ŞEKERİNİ HEMEN ÖLÇ
- GIS DEKONTAMİNASYONU (BİLİNÇ, ASPİRASYON RİSKİ
- KISA ETKİLİ BENZODİAZEPİNLER: MİDAZOLAM, DİAZEPAM
- FENİTOİN VERME
- HİPERTERMİDE ANTİPİRETİK VERME
- Uygun idame sıvı (%5 Dekstroz + %09 NaCl) ve sıvı desteği
- Beta-bloker verme
- Haloperidol: vücut sıcaklığını arttırabilir, QTc uzatabilir, nöbet eşiğini düşürebilir

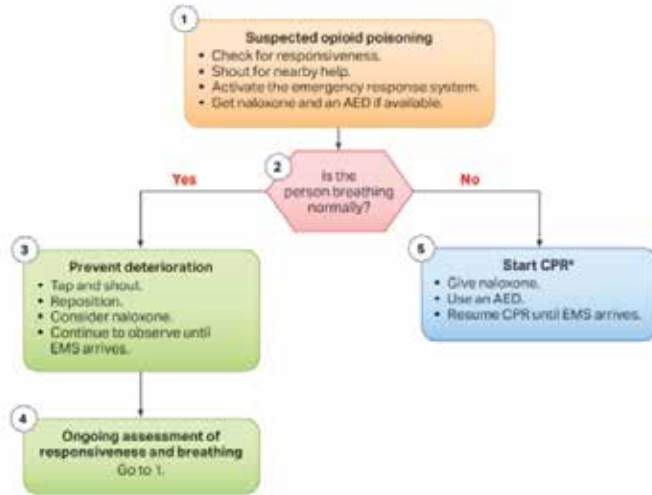
NALOKSAN

- OPIOİD ANTAGONİSTİ

- KOMA VE SOLUNUM DEPRESYONU ORTAYA ÇIKTIĞINDA YAPILIR
- ETKİSİ IV YAPILDIKTAN 1 DAKİKA SONRA ORTAYA ÇIKAR
- DOZ:
- <20 kg: 0,1 mg/kg/doz (maksimum 2 mg)
- >20 kg: 2 mg /doz
- Yanıt yoksa 3 dakikada bir tekrarlanabilir, toplam doz maksimum 10 mg
- Uyuşturucu bağımlısı olan ergenlerde her 3-5 dakikada bir 0,04-0,4 mg/doz, klinik yanıt alınincaya kadar

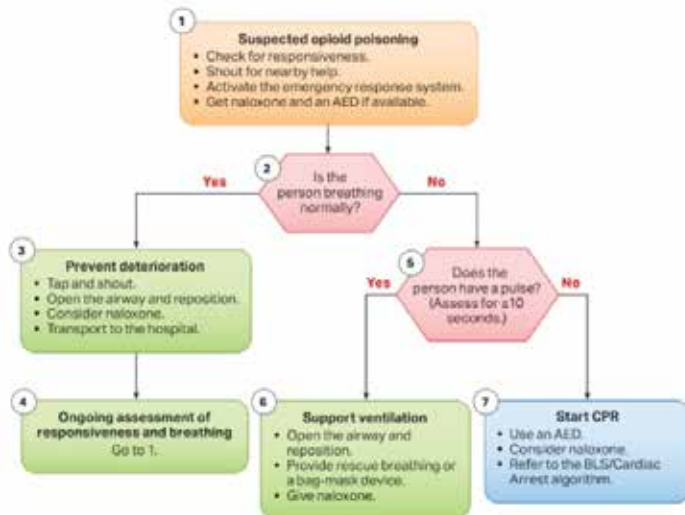
Pediyatrik ileri yaşam desteği rehberlerinde opioidler ile ilgili ciddi durumlarda NALOKSAN ÖNERİSİ rutin rehberlerde var. Sağlık personeli olmayan hasta yakınlarının da NALOKSAN kullanabileceği akışı zamanlarında gösterilmiş.

Figure 5. Opioid-Associated Emergency for Lay Responders Algorithm.



*For adult and adolescent victims, responders should perform compressions and rescue breaths for opioid-associated emergencies if they are trained and perform Hands-Only CPR if not trained to perform rescue breaths. For infants and children, CPR should include compressions with rescue breaths.
© 2020 American Heart Association

Figure 6. Opioid-Associated Emergency for Healthcare Providers Algorithm.



© 2020 American Heart Association

Çocuklarda Akut Otitis Medya

Prof. Dr. Mustafa Hacımustafaoğlu

Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları :Bilim Dalı, Bursa

Akut otitis medya (AOM); orta kulağın akut enfeksiyonu olup, otoskopik olarak orta kulakta akut inflamasyon/enfeksiyon bulguları (kulak zarında hiperemi, sıvı birikimine bağlı bombeleşme ve purulan sıvı varlığı) ve veya akut purulan kulak akıntısı ile kendini gösteren bir klinik tablodur. AOM çocuklarda üst solunum yolu enfeksiyonlarından sonra en sık görülen ve en sık antibiyotik yazılan enfeksiyonlardır.

Bebek ve küçük çocuklarda risk en fazladır, AOM için en sık görülme yaşı 6-18 aylar arasındadır. Sıklık 6 yaştan sonra azalır. Üç yaşına kadar bütün çocukların yaklaşık 2/3 ü en az bir kez AOM geçirir, tüm çocukların %50 si 2 ve fazla atak geçirir. Bir AOM atağından sonra başarıyla tedavi edilen çocukların %40 ında orta kulak sıvısı 4 hafta, %10 unda 3 ay kadar devam edebilir.

AOM risk faktörleri arasında; immün yetmezlikler, erkek cinsiyet, yarık damak veya diğer kraniofasyal anomalilerin mevcudiyeti, kreş-yuva gibi kalabalık ortamlarda bulunma veya kreşe/okula giden kardeş öyküsü, pasif sigara içimi, anne sütü almama, ailede (kardeş veya ebeveyn gibi) AOM öyküsü varlığı sayılabilir. Üst solunum yolu enfeksiyonu atakları (viral veya bakteriyel) AOM riskini arttırdığı için üst solunum yolu enfeksiyonlarının sık görüldüğü kış mevsimlerinde AOM riski artar. Viral etyolojiyle komplike olmuş bakteriyel otitlerde semptomlar daha uzun devam etmeye meyleder.

AOM etkenleri arasında en önemlileri; *Streptococcus pneumonia* (pnömokok), non-tipabl *Haemophilus influenzae* (NTHi) ve *Moraxella catarrhalis* dir. Konjuge pnömokok aşılarının rutin aşı takvimine girdiği ülkelerde zaman içinde hem genel pnömokok hem de penisilin dirençli pnömokoklarda azalma ve NTHi larda artış eğilimi gözlenmiştir.

AOM da spontan rezolusyon siktir. Etkenlerin görülme sıklıkları ve spontan iyileşme oranları dikkate alınarak yapılan kaba hesapta tahminen %50 olgu spontan iyileşebileceği düşünülebilir. AOM da genelde < 2 yaş olgularda, kRisk faktörü varsa ve ciddi hastalık tablosu (>39 C yüksek ateş, 48 saati geçen kulak ağrısı, akut supuratif kulak akıntısı gibi) antibiyotik verilir. Risk faktörü olmayan ve dirençli etken düşünülmeyen olgularda amoksisilin normal doz (40-50Mg/kg/g, 2-3 doza bölerek) verilir. NTHi ve M catarrhalis teki beta laktazma direnci için amoksisilin klavulonik asit, 2 veya 3. Kuşak sefalosporin (sefdinir, sefuroksim, sefpodoksim oral 2 doza bölerek seftriakson im günde tek doz olarak gibi), pnömokoklardaki penisilin direnci için yüksek doz amoksisilin (80-90 mg/kg/g, 2 doza bölerek) önerilir. Tedavi süresi < 2 yaşta veya riskli olgularda 10 gün, >2 yaşta ve risk faktörü ve komplike AOM olmayan olgularda 5-7 gün kadardır. Destekleyici tedavi analjesik, antipiretik, olarak parasetamol veya ibuprofen verilir. Burun tıkanıklığı için SF ile burun lavajı yapmak yararlı olur.

Juvenil İdiopatik Artrit Taklitçileri

Naz Güçlü, Şengül Çağlayan

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Kliniği

Progresif Psödromatoid Displazi (PPD), otosomal resesif kalıtmı, öncelikle kıkırdağın etkilendiği ve progresif non-inflamatuar artropati ile karakterize bir iskelet displazisi türüdür. PPD, WISP3 genindeki fonksiyon kaybetti-rici mutasyonlar sonucu ortaya çıkar.

Bu sunumda iki olgu örneği üzerinden Juvenil İdiopatik Artrit (JIA) taklitçilerine değinilmektedir. İlk olgu, 6 yaşındaki erkek hasta M.K., bacak ağrısı, topallama, içe basma ve el parmaklarında şişlik şikayetleriyle başvurmuştur. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonucunda ön tanısı JIA olarak düşünülen hasta, daha sonra yapılan genetik analizle Progresif Psödromatoid Displazi (PPD) tanısı almıştır. İkinci olgu ise 10 yaşındaki kız hasta S.B.A., yürüme ve koşma sırasında bel, bacak, diz ve ayaklarda ağrı şikayetleriyle başvurmuştur. Fizik muayene ve laboratuvar bulguları sonrasında ön tanısı JIA olarak düşünülen hasta, genetik analiz sonucunda Progresif Psödromatoid Displazi (PPD) tanısı almıştır.

PPD hastalarında ilk semptomlar genellikle 3-8 yaş arasında görülmeye başlar. İlk bulgular, yürümede anormallik, halsizlik, eklem ağrısı ve tutukluk şeklinde ortaya çıkar. Boy, doğumda normaldir, ancak çocukluk döneminde persantilde sapmalar başlar ve erişkin dönemde 3. persantilin altındadır. Genç yetişkinlerde tipik postür kifotiktir ve dirsek, diz ve interfalangeal eklemlerde anormallikler görülür. Kalça ağrısı ergenlik döneminde önemli bir sorundur ve kalça protezi birçok hastada fayda sağlamıştır.

PPD hastalarında otoantikolar ve inflamatuvar belirteçler negatiftir, ancak hastaların çoğu başlangıçta JIA olarak yanlış tanı alırlar. Bu süre zarfında hastalar, anti-inflamatuar ilaçlar, immünesupresifler veya eklem içi steroid tedavileri alırlar.

Radyolojik bulgular, direkt grafi ile başlar ve erken evrede görülen interfalangeal eklemlerde metafizyel genişleme ve femur başlarında düzensizlik gibi belirtiler, PPD tanısına yönlendirebilir. İlerleyen dönemde, kalça eklemindeki ankiloz, omurgadaki düzensizlikler ve düşük kemik mineral yoğunluğu gibi bulgular PPD tanısını desteklemektedir.

PPD'nin ayırıcı tanısında, JIA ve başka sistemik romatizmal hastalıklar gibi diğer kıkırdak ve kemik iliği hastalıklarını da dikkate almak önemlidir.

Tedavi sürecinde, hastaların ağrı ve şişliklerinin azaltılması için düşük dozda analjezik ve anti-inflamatuar ilaçlar kullanılabilir. Ayrıca, hastaların yaşam kalitesini artırmak için fiziksel ve mesleki terapi ile uygun egzersiz programları uygulanmalıdır.

Sonuç olarak, Progresif Psödromatoid Displazi, iskelet sistemi ve eklemleri etkileyen nadir bir hastalıktır ve sıklıkla Juvenil İdiopatik Artrit ile karıştırılır. Doğru ve erken tanı için genetik analizler ve dikkatli klinik değerlendirmeler önemlidir. Erken dönemde doğru tanının konulması, hastaların gereksiz tedavilere maruz kalmadan yaşam kalitesini artırmalarını sağlayacaktır.

COVID-19 Salgını, Güncel Durum, Bizi Ne Bekliyor?

Nazan Dalgıç

30 Aralık 2019'da Çin'in Wuhan kentinden, "nedeni bilinmeyen pnömoni" olgularının bildirilmesiyle tüm dünyayı etkileyecek yeni bir salgın başladı. Araştırmalarla, vakaların çoğunun Wuhan Deniz Ürünleri Pazarı ile ilişkili olduğu bulundu. 8 Ocak 2020'de etkenin yeni bir koronavirüs olduğu bildirildi. Çin 12 Ocak 2020'de yeni koronavirüsün genetik dizisini paylaştı. 11 Şubat 2020'de, Uluslararası Virüs Taksonomi Komitesi salgından sorumlu yeni koronavirüsü SARS-CoV-2 olarak isimlendirdi. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), SARS-CoV-2'nin neden olduğu hastalığı Coronavirus disease-19 (COVID-19) olarak adlandırdı. 12 Mart 2020'de DSÖ bu salgını pandemi ilan etti. DSÖ verilerine göre Aralık 2019'da ilk COVID-19 olgusunun bildirilmesinin ardından 15 Nisan 2023'e kadar geçen süreçte 763.740.140 kesin olgu saptandı ve yaklaşık 6.908.554 kişi hastalık nedeniyle yaşamını kaybetti. Türkiye'de yeni koronavirüs hastalığına yönelik çalışmalar 10 Ocak 2020'de başladı. Türkiye'de ilk COVID-19 vakası 10 Mart 2020'de saptandı. SARSCoV-2'nin ülkeye girişini ve yayılımını önlemeye yönelik pek çok adım atıldı. 19 Nisan 2023 itibarıyla Türkiye'den toplam 17.004.677 doğrulanmış vaka, 101.419 ölüm bildirildi.

Enfeksiyonun yaygın belirtileri ateş, kuru öksürük, nefes darlığı ve halsizliktir. Belirtiler çocuklarda ve yetişkinlerde benzerdir, ancak çocuklarda daha az görülmektedir. Ateş ve öksürük çocuklarda en sık bildirilen semptomlardır. Semptomatik çocukların üçte birine kadarında ateş görülebilir ancak genelde 39°C altındadır. Erişkinlerden farklı olarak, çocuklarda solunum dışı semptomların görülme olasılığı daha yüksektir, ishal ve kusma en sık bildirilenlerdir. Laboratuvarda, beyaz küre sayısı çoğunlukla normaldir veya lenfopeni görülebilir. Ciddi vakalarda progresif lenfopeni olabilir. C reaktif protein normal veya artmıştır. Prokalsitonin çoğu hastada normaldir. Karaciğer enzimleri, laktat dehidrogenaz, kas enzimleri, myoglobin ve D-dimer düzeyinde artış ciddi vakalarda görülmektedir. Destekleyici tedavi ciddi veya kritik COVID-19 olan çocuklar için tedavinin temelini oluşturmaktadır. COVID-19 enfeksiyonu için güvenilirliği ve etkinliği kanıtlanmış spesifik bir tedavi bulunmamaktadır.

İlk olgunun bildirilmesinden bugüne kadar geçen süreçte çok sayıda farklı aşının kullanıma girmesi ve virüsün mutasyona uğraması ile beraber artık COVID-19 salgını kontrol alınmaya başlandı. Ama yine de toplumsal bağışıklık eşiğine ulaşılanaya kadar hem maske, mesafe ve temizlik gibi genel önlemleri hem de ulaşılabilen aşılarla yüksek bağışıklama oranlarının sağlanması COVID-19 salgınının kontrol altına alınmasında en önemli parametreyi oluşturmaktadır.

Kaynaklar

1. Zimmerman P, Curtis N. Coronavirus Infections in Children Including COVID-19: An Overview of the Epidemiology, Clinical Features, Diagnosis, Treatment and prevention Options in Children. *Pediatr Infect Dis J*. 2020;39(5):355-68.
2. CDC COVID-19 Response Team. Coronavirus Disease 2019 in Children - United States, February 12-April 2, 2020. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*.2020; 69(14):422-6Chow AW, Benninger MS, Brook I, et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clin Infect Dis* 2012; 54: e72-e112.
3. Chen Z, Fu J, Shu Q, Chen Y, Hua C, Li FB et al. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus. *World Journal of Pediatrics*. 2020;1-7.

PREMATÜRELERDE SOLUNUM DESTEĞİ: REHBERLERDEN BİREYSELLİĞE

Prof. Dr. Özge AYDEMİR

Prematürelerde solunum desteği ve respiratuvar distres sendromu (RDS) yönetiminin nasıl olması gerektiğine yönelik farklı otoriteler tarafından rehberler hazırlanmıştır ve kanıtlar doğrultusunda güncellenmektedir. Ancak bu rehberlerde yer alan klinik algoritmalar bireysel fizyopatolojiye göre kişiselleştirilmemiştir. Basit klinik algoritmalar oluşturmak yenidoğan bakım hizmetlerinin yaygınlaştırılması açısından faydalı olmakla birlikte karmaşık tıbbi durumların basit çözümlerle ele alınması çoğu kez iyi sonuç vermemektedir. Prematüre bebeklerde solunum problemlerinin yönetimi karmaşık bir konudur ve yalnızca kişiselleştirme ile optimize edilebilir.

Doğumdan hemen sonra başlanan nazal CPAP ve surfaktan replasmanı RDS'nin 1. ve 2. basamak tedavilerini oluşturmaktadır. Uzun yıllar küçük prematüre bebeklerde entübasyon ve profilaktik surfaktan tedavisi rutin uygulama iken 2013 Avrupa ve 2014 Amerika RDS rehberinde itibaren sadece CPAP başarısızlığı olan olgulara surfaktan verilmesi önerilmeye başlandı. Avrupa rehberi 2022 güncellemesi stabilizasyon için entübasyon gerekmeyen <30 hafta tüm prematürelerde doğumdan itibaren 6-8 cmH₂O basınç ile CPAP başlanmasını önermektedir. Antenatal steroid uygulaması akciğer maturasyonu ve surfaktan sentezini hızlandırarak CPAP uygulamasının etkinliğini arttırmaktadır. Doğum sonrası erken, kesintisiz ve optimum CPAP ile uygun akciğer havalanması sağlanır ise surfaktan sentezi 3-4 gün içerisinde başlamakta, entübasyon ve surfaktan ihtiyacını azaltarak bronkopulmoner displaziden (BPD) korumaktadır. Antenatal steroid, erken CPAP ve surfaktan (üçlü tedavi) uygulamaları ile aşırı düşük doğum ağırlıklı bebeklerde bile invaziv ventilasyon ihtiyacı önemli ölçüde azalmıştır. Surfaktan replasmanın 2. basamak tedavi olarak CPAP başarısızlığı olan prematürelere doğumu izleyen ilk 2-3 saat içinde verilmesi önerilir. Erken kurtarma surfaktan tedavisi olarak bilinen bu yaklaşımın mortalite ve BPD önlemede daha etkili olduğu gösterilmiştir. Ancak RDS seyrini ve CPAP başarısızlığını öngörmeye rehber önerilerinde sıklıkla yer alan solunan havanın oksijen yüzdesi (FiO₂), kan gazları ve solunum iş yükü ile ilgili klinik kriterlerimiz bazı durumlarda yetersiz kalmakta ve olguların %30'unda surfaktan maksimum etki beklediğimiz ilk 2-3 saatin sonrasında uygulanmaktadır.

Prematürelerde solunum desteğinin bireyselleştirilmesi patofizyoloji temelinde hastanın gerçek ihtiyaçlarının anlaşılmasıyla mümkün olabilecektir. Noninvaziv ventilasyon başarısızlığı nasıl tanımlanmalı? Kime erken surfaktan kurtarma tedavisi uygulamalıyız? Solunum desteği verirken ne zaman destek düzeyini arttırmalıyız? Ventilatörde ayırma süreci ne zaman başlatılmalı ve nasıl ilerlemeliyiz? Tekrar surfaktan dozları hangi bebekte gerekli? gibi daha birçok sorunun cevabını verebilmek için FiO₂ ölçümü, kan gazları, akciğer grafisi ve klinik kriterlerden çok daha fazlasına ihtiyacımız var. Solunum destek tedavisinde bizi yönlendirebilecek yöntemin fizyopatolojik temelleri olan, yüksek doğruluk ve tekrarlanabilirliğe sahip, kolay uygulanabilen, hızlı, ucuz, minimal invaziv özellikte olması gereklidir. Akciğer ultrasonografisi tüm bu özelliklere sahip, RDS tanısında güvenilir, CPAP başarısızlığını ön görebilen akciğer grafisinden daha güvenilir bir görüntüleme yöntemidir. RDS'nin tipik akciğer ultrasonografisi bulguları: düzensiz ve kalınlaşmış plevra çizgisi, subplevral konsolidasyonları temsil eden hava bronkogramları ve her iki akciğerde yaygın beyaz akciğer görünümüdür. Akciğer ultrasonografisi bulgularının daha objektif olabilmesi için skorlama geliştirilmiştir. Her iki akciğer 3 bölüme ayrılarak ayrı ayrı skorlanır ve puanlar toplanır. Kısa süre önce yayınlanan bir sistemik derleme ve meta analiz prematürelerde akciğer ultrasonografisi skorunun (AUS) 5-6'nın üzerinde olmasını nCPAP başarısızlığı ve surfaktan ihtiyacını belirlemede optimum eşik değer olarak bildirmiştir. AUS'nin erken surfaktan tedavisini, tekrarlayan surfaktan ihtiyacı ve BPD öngörmeye yol gösterici olduğu gösterilmiştir. Akciğer ultrasonografisi dışında surfaktan biyolojik testleri, ileri oksijenasyon ölçümleri, elektrik empedans tomografisi, diyaframın elektriksel aktivitesi ve NAVA ventilasyon prematürelerde solunum desteğinin rehber önerilerinin ötesinde bireyselleştirilebilmesi için umut vadeden yöntemlerdir.

ANEMİNİN FARKLI YÜZLERİ

Dr. Özge Marangoz, Dr. Selen Mandel Işıklı

SBÜ Bağcılar Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Kliniği

Hemoglobin konsantrasyonu, hematokrit veya kırmızı küre sayısının, yaşa göre ortalama değerinin **2 SDS altında** olması anemi olarak tanımlanır.

Hastanın **yaşı** ve **cinsiyeti** dikkate alınmalıdır.

Eritrosit ve retikülositlerin kemik iliğinde üretiminin azalması, eritrositlerin veya eritrosit öncüllerinin artmış yıkımı ve eritrosit kaybına bağlı oluşur.

ETİYOLOJİ VE SINIFLANDIRMA

I. Etkili eritrosit yapımının yokluğu

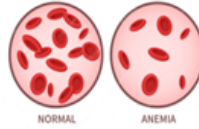
1. Kemik iliği yetersizliği
 - a) Aplastik anemiler
 - b) Eritroid seri aplazisi
 - c) Kemik iliği malformasyonu
 - d) Pankreatik yetmezlik-kemik iliği hipoplazisi sendromu
2. Eritropoetin yapımının azalması
 - a) Kronik böbrek hastalığı
 - b) Hipotiroidi, hipopituitarizm
 - c) Kronik inflamasyon
 - d) Protein malnütrisyonu
 - e) Oksijen afinitesi az hemoglobin mutantları
3. Eritrosit olgunlaşma bozuklukları
 - a- Sitoplazmik olgunlaşma anomalileri
 - a) Demir eksikliği
 - b) Talasemisi sendromları
 - c) Kurgun zehirlenmesi
 - d) Sideroblastik anemi
 - b- çekirdek olgunlaşma anomalileri
 - a) Vitamin B12 eksikliği
 - b) Folik asit eksikliği
 - c) Tiamine cevaplı megaloblastik anemiler
 - d) Folat metabolizma anomalileri
 - e) Orotik asidüri
 - c- Primer diseritropoetik anemiler
 - d- Eritropoetik porfiri

II. Hemolitik Anemiler

1. Hemoglobin defektleri
2. Membran defektleri
3. Enzim defektleri
4. Otoimmün
5. Mekanik hasar: HÜS, TTP
6. Isıya bağlı
7. Oksidana bağlı

III. Kan Kaybı

1. Akut
2. Kronik
 - a) Gastrointestinal sistem: yapısal defektler
 - b) İnek sütüne bağlı hemoglobinopati
 - c) Parazitler
 - d) Diğer: Pulmoner, üriner



Hastanın öyküsü, fizik muayenesi, kan tetkikleri ve periferik yayma önemlidir.

Tam kan sayımı, ortalama eritrosit gövde hacmi (MCV), kırmızı küre dağılım genişliği (RDW), ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC) ve retikülosit değeri kullanılabilir.

Yaşa göre eritrosit değerlerinin ortalaması ve alt sınırı (-2 SD)												
Yaş	Hb (g/dL)		Htk (%)		KK (10 ¹² /L)		MCV (fL)		MCH (pg)		MCHC (g/dL)	
	Ort.	-2SD	Ort.	-2SD	Ort.	-2SD	Ort.	-2SD	Ort.	-2SD	Ort.	-2SD
Kord kanı	16.5	13.5	51	42	4.7	3.9	108	98	34	31	33	30
1-3 gün	18.5	14.5	56	45	5.3	4.0	108	95	34	31	33	29
1 hafta	17.5	13.5	54	42	5.1	3.9	107	88	34	28	33	28
2 hafta	16.5	12.5	51	39	4.9	3.6	105	86	34	28	33	28
1 aylık	14	10	43	31	4.2	3.0	104	85	34	28	33	29
2 aylık	11.5	9	35	28	3.8	2.7	96	77	30	26	33	29
3-6 ay	11.5	9.5	35	29	3.8	3.1	91	74	30	25	33	30
0.5-2 yaş	12	10.5	36	33	4.5	3.7	78	70	27	23	33	30
2-6 yaş	12.5	11.5	37	34	4.6	3.9	81	75	27	24	34	31
6-12 yaş	13.5	11.5	40	35	4.6	4.0	86	77	29	25	34	31
12-18 yaş												
K	14	12	41	36	4.6	4.1	90	78	30	25	34	31
E	14.5	13	43	37	4.9	4.5	88	78	30	25	34	31
18-49												
K	14	12	41	36	4.6	4.0	90	80	30	26	34	31
E	15.5	13.5	47	41	5.2	4.5	90	80	30	26	34	31

Vitamin B12 Eksikliği

Yetersiz alım, emilim bozuklukları veya doğuştan taşıma ve metabolizma bozuklukları durumlarında ortaya çıkabilir. Kemik iliği, GİS iç yüzeyi ve sinir sistemi etkilenir. Tedavide oral preparatlar 10-30 mcg/kg/gün 3-4 ay boyunca önerilmektedir.

Demir Eksikliği Anemisi

İhtiyaç artışı, diyetle yetersiz alım, emilim bozukluğu, prenatal sebepler veya kanama nedeniyle demir kaybına yol açan hastalıklar varlığında görülebilir. Oral tedavi olarak 3-6mg/kg 3-6 ay boyunca Fe⁺² preparatları tercih edilmektedir.

Diamond-Blackfan Anemisi

Süt çocukluğu döneminde tanı alan bir ribozomopatidir. Ağır aneminin eşlik ettiği genel bir gelişme geriliği söz konusudur. İlk tercih olarak steroid tedavisi önerilmektedir, transfüzyon bağımlılığı ortaya çıkabilir.

Talasemiler

Alfa Talasemi

4 klinik görülür: Sessiz taşıyıcılık, ağır alfa taşıyıcılığı, HbH hastalığı, hidrops fetalis.

β Talasemi Major

Hayatın 6. ayında belirtiler başlar.

Hipokrom mikrositik anemi, "Target" hücreleri ile normoblastlar görülebilir. Bilirubin ve retikülosit yüksekliği ile HbF (>%90) yüksekliği görülmektedir.

Sıklıkla aylık kan transfüzyonu ihtiyacı vardır.

β Talasemi İntermedia

Kemik sistemi genellikle normaldir ve 10 yaştan sonra safra taşları, geç dönemde hemosiderozis görülür.

β Talasemi Minör

Hastalar asemptomatiktir ve tanı tesadüfen konulur. Demir tedavisine yanıt vermeyen hipokrom mikrositer anemi olarak prezante olur.

Glukoz-6-fosfat Dehidrogenaz Eksikliği

Bazı ilaçlar, enfeksiyonlar, kimyasal maddeler ve bakla tüketimi ile eritrositlerde hemoliz oluşmaktadır. Hemolizin derecesi enzim düzeyi, hemolize yol açan etken ve etkene olan maruziyetin şiddeti ile ilişkilidir.

Gelişen akut hemoliz sonucu Hb değerlerinde ani bir düşme meydana gelir. Kesin tanı için G6PD enzim eksikliğinin gösterilmesi gerekir.

Tanı kesinleştikten sonra sakınılması gerek ilaç ve yiyeceklerin listesi aileye verilmelidir. Ağır formlarda ciddi hemoliz atakları görülebilir.

Kaynakça:

1. Tuzmen S, Schechter AN. Genetic diseases of hemoglobin: Diagnostic methods for elucidating β -thalassaemia mutations. Blood Reviews. 2001, 15:19-29
2. Bartels M, Bierings M. How I manage children with Diamond-Blackfan anaemia. Br J Haematol. 2019 Jan;184(2):123-133
3. Gallagher PG. Anemia in the pediatric patient. Blood. 2022 Aug 11;140(6):571-593
4. Janus J, Moerschel SK. Evaluation of anemia in children. Am Fam Physician. 2010 Jun 15;81(12):1462-71.

ÇOCUKLARDA ENÜREZİS'E YAKLAŞIM

Dr. Özge Günal, Dr. Berfu Tokuç Ülgen

Marmara Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

Enürezis'te Tanımlamalar

- Doğuştan ya da kazanılmış santral sinir sistemi defekti olmayan 5 yaşın üzerindeki çocuklarda istemsiz olarak uykuda gece altını ıslatma; **nokturnal enürezis** olarak tanımlanır.
- Çocuk doğduğundan beri idrar kaçıyorsa **primer**, daha önce 6 aydan fazla kuru kaldığı dönem olduysa **sekonder nokturnal enürezis** 'tir.
- **Monosemptomatik enürezis** tanısı için çocukta, sıkışma (urgency), inkontinans, artmış/azalmış idrar sıklığı, işemeyi geciktirme, idrar tutma manevraları, kesik kesik idrar yapma öyküsü olmamalıdır. Bunlardan herhangi birinin varlığında çocukta **non-monosemptomatik enürezis** varlığından söz edilir.

Enürezis Patofizyolojisi

- Çocuklarda tuvalet eğitimi; gece dışkı kontrolü, gündüz dışkı kontrolü, gündüz idrar kontrolü, gece idrar kontrolü şeklinde ilerler. İşemenin başlatılması 2 yaş, işemenin inhibe edilmesi yaklaşık 3 yaş civarında gerçekleşir.
- Noktüri, gece idrar yapmak için kalkmak olarak tanımlanır. Nokturnal poliüri, 12 yaş öncesi çocuklarda gece idrar miktarının beklenen mesane kapasitesinin %130'undan fazla olmasıdır.
- Mesane kapasitesi: $30 + [\text{yaş}(\text{yıl}) \times 30]$ ml, 12 yaştan büyük çocuklarda beklenen mesane kapasitesi: 390 ml'dir.
- Monosemptomatik enürezisin patofizyolojisinde; uyanma bozukluğu, artmış gece idrar üretimi, düşük mesane kapasitesi, genetik faktörler, psikolojik faktörler, nörofizyolojik maturasyonun gecikmesi yer almaktadır.

Enürezis'te Tanı

- Öyküde hastalardan enürezisin başlangıç zamanı, sıklığı, ailede böbrek taşı varlığı, ailede gece idrar kaçırma öyküsü, kabızlık, dışkı kaçırma ve ilaç kullanımını sorgulanmalıdır.
- Her enüretik çocukta mutlaka idrar akımı gözlenmeli, idrar yolu enfeksiyonu açısından araştırılmalıdır.
- Fizik muayenede antropometrik ölçümleri yapılmalı, genitoüriner sistem, glob vezikale, dış genital anomali olup olmadığı değerlendirilmeli, nörolojik muayene detaylı yapılmalıdır.
- Tanıda organik bir bozukluk şüphesi yoksa tam idrar tetkiki, idrar kültürü, 24 saatlik sıvı alımı ve idrar miktarı ve gereklilik halinde üriner ultrasonografi çekilmesi yeterlidir. Hastanın aldığı sıvı miktarı ve çıkardığı idrar miktarını değerlendirmek için mümkünse en az 3 günlük işeme günlüğü tutulması önemlidir.

Monosemptomatik Nokturnal Enürezis Tedavisi

- Dört aylık bir süre içinde birbirini takip eden 14 gün boyunca çocuk kuru kalırsa, idrar yapmak için kendiliğinden uyanırsa tedavi başarılı kabul edilir. % 50'den az azalma başarısız, % 50-90 azalma kısmi cevap, % 90'dan fazla azalma tam cevap olarak değerlendirilir.
- Tedaviye başlanacağı zaman çocuğun motivasyonu çok önemlidir. Tedavi öncesinde çocuktan işeme günlüğü tutması istenir.

- Destekleyici tedavi, seçilmesi gereken ilk yöntemdir. İşeme günlüğü tutulması, kuru geceler için ödüllendirme, yatmadan önce mesanenin boşaltılması, bez bağlanmaması, sıvı alımının düzenlenmesi, kafeinli-gazlı içecek tüketmemesi anlatılmalıdır. Destekleyici tedavi, tek başına yeterli değildir, diğer tedavi yöntemleri ile birlikte uygulandığında başarıyı arttırdığı gösterilmiştir.
- Alarm tedavisi, etkinliği kanıtlanmış bir tedavidir. Alarm çalınca refleks olarak işeme durur. Uyanma probleminin en iyi tedavisi alarm tedavisidir. Mesane kapasitesi düşük olanlarda çok etkilidir. 12-15 haftada etkin, %70 tam düzelme görülmektedir. Relaps %20-30 oranındadır. Çocuk gece kuru kalmaya başladıktan sonra en az 3 hafta daha devam etmek gerekir. Başarı oranı tedavi süresiyle ilişkilidir.
- Farmakolojik tedavi seçenekleri arasında öncelikli olarak desmopressin yer alır. Desmopressin akut etki istendiği durumlarda çok yararlıdır. Kanıta dayalı etkin bir tedavi yöntemidir. Özellikle mesane kapasitesi normal olup nokturnal poliürisi olan hastalarda daha etkili bir yöntemdir.
- Alarm+desmopressin tedavisi, Tek başına alarmdan tedavisinden daha etkilidir.

Son Söz

- Enüretiklerin çoğunda ayrıntılı bir öykü, fizik muayene ve idrar tahlili ile ayırıcı tanı yapılabilir. Sorun, çocuk ve aileyle uygun zaman ayrılarak tartışılmalı, beklentiler belirlenmelidir. Yaşa ve aileye uygun tedavi önerilmelidir. İlk tedavi destekleyici tedavi olmalıdır. Gerekirse ilaç tedavisi de eklenmelidir.

BİRİNCİ BASAMAK TESTLER EŞLİĞİNDE METABOLİK HASTALIKLARA YAKLAŞIM

Doç. Dr. Özlem Ünal Uzun

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma BD.

Doğuştan metabolizma bozuklukları, klinik pratikte tanı ve tedavide zorluk yaşanan hastalık grupları olarak karşımıza çıkabilirler. Altta yatan bir metabolik bozukluk olduğuna dair güçlü bir şüphe olduğunda bile, hastalıkların çok sayıda olması ve klinik özelliklerdeki değişkenlik tanınan test seçimini zorlaştırabilir. Çoğu metabolik hastalığın klasik sunumu, akut olarak hasta bir yenidoğan veya küçük bebeği içerse de klinik fenotipleri geniştir ve genellikle spesifik değildir, daha yaygın durumları taklit eder ve semptomların başlangıcı, fetüsten erişkinliğe kadar herhangi bir yaşta ortaya çıkabilir. Genişletilmiş yenidoğan taraması yapılan ülkelerde, tandem kütle spektrometrisi tabanlı taramalar, akut epizotların sayısını ve sonrasında tarama tarafından tanımlanan birçok hastalık için sekelleri azaltmıştır. Bununla birlikte, daha hafif mutasyonlara ve hafif biyokimyasal fenotiplere sahip hastalar, pozitif tarama sonuçlarını belirlemek için kullanılan eşik değerleri kaçırabilir. Normal bir yenidoğan taraması, klinik sunumu kalıtsal bir metabolik kusuru düşündüren bir hastada bu bozuklukları ayırıcı tanıdan dışlamamalıdır.

Uygun test seçimi, hastanın klinik bulguları ile daha spesifik testlere rehberlik etmeye yardımcı olabilecek rutin birinci basamak laboratuvar testlerinin sonuçlarının bir kombinasyonu tarafından planlanmalıdır. Etkilenen metabolik yola bağlı olarak, klinik sunum, bir grup bozukluk için karakteristik ve/veya yaygın olan ayırt edici belirtileri içerebilir. Bununla birlikte, bu tür özellikler tipik olarak tek bir bozukluğa özgü değildir. Teşhisi doğrulamak için biyokimyasal genetik ve moleküler genetik testler gerekli olsa da temel laboratuvar testleri çok önemlidir ve sıklıkla olası bir altta yatan metabolik hastalık için ilk ipuçlarını sağlar. Bir hastayı olası bir metabolik hastalık açısından değerlendirirken, rutin laboratuvar testleri, metabolik bir kusur için şüpheli olan altta yatan süreçleri belirleyebilir. Yaygın bulgular arasında hipoketotik hipoglisemi, laktik asidoz, metabolik asidoz, ketoz, hiperamonemi veya hiperamonemi ile birlikte metabolik asidoz yer alır. Kan ve idrar testi sonuçlarının klinik sunumla birlikte değerlendirilmesi, odak noktasını metabolik bozuklukların belirli bir alt kümesine doğru daraltabilir.

Metabolik hastalıklar, fizyopatolojiye göre entoksikasyon tipi, enerji eksikliği tipi depolanma tipi ve nörotransmitter metabolizması bozukluğu tipi olarak sınıflandırılabilirler. Entoksikasyon tipi ve enerji eksikliği tipi metabolik hastalıklar, sıklıkla küçük molekül metabolizmasındaki bozukluklardır. Bu gruptaki metabolik hastalıkların hemen tümünde, acil bir durumda kolayca ve hızlı bir şekilde ölçülebilen plazma ve idrar metabolik belirteçleri (amino asitler, organik asitler, açil-karnitinler, vb) veya belirli yöntemler kullanılarak ölçülen (metaller veya galaktoz metabolitleri) küçük suda çözünen metabolitler bulunmaktadır. Depolanma tipi metabolik hastalıklar ise, büyük molekül hastalıklarıdır. Küçük molekül metabolizması bozuklukların önemli bir bölümü metabolik kriz tablosu ile giderler ve bur grup hastalıklara acil tanı ve tedavi yaklaşımları gerekir. Birinci basamak metabolik tetkikler ile tanı ve tedaviye gidilen metabolik hastalıklar bu gruptadır. Depolanma tipi büyük molekül metabolizması bozuklukları ise ileri metabolik tetkikler ile basamaklı tanı ve tedavi girişimleri gerektirirler, sıklıkla metabolik kriz tablosu göstermezler. Doğuştan metabolizma hastalığı şüphesi olan tüm çocuklarda yapılacak birinci basamak incelemeler şunlardır: Tam kan Sayımı, kan glikoz düzeyi, karaciğer enzimleri, böbrek fonksiyonları, ürik asit, CPK düzeyi, lipid düzeyleri, koagülasyon, arteriyel kan gazı, anyon açıklığı, laktat ve pirüvat düzeyleri, amonyak, idrar ketonları, idrar redüktan madde ve şeker kromatografisi. Küçük molekül metabolizması bozukluklarındaki ikinci basamak tetkikler ise serum ve idrar amino asit düzeyleri, Tandem MS ve idrar organik asit analizidir.

Karın Ağrısı Olan Çocuğa Olgularla Yaklaşım

Özlem Erdede, Elif Demirci Aşansu

SBÜ. Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Kliniği

Akut karın ağrısı önemsiz bir durumdan, hayati tehdit eden ve hastaneye yatışı gerektiren tıbbi veya cerrahi durumları da içine alan geniş bir klinik tanımlamadır. Karın ağrısı, intraperitoneal veya başka sistemleri ilgilendiren nedenlere bağlı olarak gelişen klinik bir belirtidir. Akut karın tablosu ise, intraperitoneal alanda oluşan inflamatuvar ve cerrahi gerektiren belirti ve bulguların oluşturduğu klinik bir tablodur.

Karın ağrısı çocuk hekimliğinde oldukça sık karşılaşılan bir şikâyettir ve etyolojisi zaten birçok organ ve sistemi içeren karın boşluğu ile sınırlı değildir. Ağrının özellikleri, tanı ve tedavi gereksiniminin temel göstergesidir. Karın ağrısının etyolojisi akut durumdan kaynaklanıyorsa yanlış tanı yaşamı tehdit eden durumlarla yüzleşmemize neden olabildiği gibi, kronik durumdan da kaynaklanabilmektedir. Karın ağrısı ile hastaneye başvuran bir olguyu değerlendirirken dikkatli anamnez, detaylı fizik muayene ve yardımcı laboratuvar teknikleri klinisyeni sağlıklı sonuca ulaştırabilir. Akut ve şiddetli ağrı, sıklıkla intra-abdominal bir hastalığın semptomudur. Karın ağrısı nedenlerinin iyi anlaşılması, tedavinin tıbbi veya cerrahi olarak yönlendirilmesinde hayati öneme sahiptir. İlk yaklaşımda "akut karın" dışlanmalı, gereksiz tetkiklerle zaman kaybedilmemelidir.

Klinik olarak karın ağrısı visseral (splankik), paryetal (somatik) ve yansıyan ağrı olarak üçe ayrılır. Visseral ağrı karın içinde boşluklu organların gerilmesi ile ve bununla beraber lokal sinirlerin otonomik afferent lifleri aracılığı ile merkezi sinir sistemine aktarılır. Visseral ağrının lokalizasyonu genellikle belirlenemez ve sıklıkla orta hatta hissedilir. Visseral ağrı tarif edilirken epigastrik, periumbilikal veya suprapubik terimleri kullanılır.

Somatik ağrı paryetal peritonun herhangi bir nedenle gerilmesinden kaynaklı, somatik sinir lifleri ile iletilen ve lokalizasyonu daha kolay tespit edilebilen ağrı türüdür. Ağrı keskin, yoğun ve iyi lokalize edilir, aynı zamanda hareket ve öksürük ile artar. Yansıyan ağrı, patolojinin mevcut olduğu organdan daha uzak bir noktada hissedilen ağrıdır.

Sadece klinik değerlendirme yeterli olmasa da, deneyimli bir hekim ağrının fonksiyonel veya organik bir nedene bağlı hastalık ayrımını fizik muayene ile yapabilir. Akut karın ağrısı nedeni ile başvuran çocukta muayenenin duyarlılığı %90'a çıkabildiği bildirilmiştir. Bu nedenle, akut karın ağrısı ile başvuran hastalarda kullanılacak laboratuvar testlerinin yaş grubuna göre sık görülen hastalıklara yönelik yapılması, doğru tanıya gidişi hızlandırır.

Karın ağrısı şikayetini değerlendirirken ağrının tekrarlama süresine göre akut ağrı veya kronik ağrı olarak da iki ana gruba ayrılabilir.

Akut karın ağrısı çocuk veya ailesi tarafından belirli bir zamanda başladığını veya bir durumdan sonra başladığını tarif edebilir. Cerrahi girişim gerektiren ağrılar genelde akut ağrılardır ve medikal tedaviye cevap vermezler. Akut karın ağrısının beraberinde kusma, mide bulantısı, ishal, ateş eşlik edebilir.

Kronik abdominal ise genellikle iki hafta ve daha eskiden başlayan ve devam eden şikayetten bahseder. Genellikle cerrahi girişim gerektirmez.

Tıbbi öykü sorgularken ağrının etyolojisini belirlemek için semptomların gelişimini detaylı sorgulamak büyük önem arzeder. Karın ağrıları olguların yaşına bağlı farklılık gösterdiği gibi, etyolojiye göre de farklılık göstermektedir. Ağrının ne zaman başladığı, ne kadar sürdüğünü sorgulamak akut veya kronik ağrı ayrımının belirlenmesinde önemlidir. Acil cerrahi durumların (barsak obstrüksiyonu, akut apandisit, volvulus gibi) ayrımı, veya cerrahi gerektirmeyen ancak acil medikal müdahale gerektiren akut ağrıların (ciddi gastroenterit, toksik over doz. sepsis, hemolitik üremik sendrom, diyabetik ketoasidoz, miyokardit, perforasyonlu peptik ülser, fulminan hepatit, ektopik gebelik, tuboovaryan apse eşliğinde pelvik enflamatuvar hastalık gibi) etyolojisini belirlemek çok önem arzeder.

Akut ağrının en sık karşılaşılan sebebi gastroenterit, kronik ağrının ise kabızlık olması haricinde diğer tüm olası etiyolojiler mutlaka değerlendirilmeli ve dışlanmalıdır.

Hastalığa özgü belirtiler olsa da akut karın, her yaşta farklı bir klinik tablo ile karşımıza çıkabilir. Yenidoğan döneminde aralıksız ağlama, ayaklarını karnına çekme, huzursuzluk veya emmede azalma ile karşımıza çıkabilir. Çoğunlukla bu belirtiler ve bulgular kendini sınırlayan hastalıkları gösterse de beraberinde safralı kusma, karın distansiyonu ve kabızlığın birlikte bulunması cerrahi bir nedene bağlı hastalığı düşündürür. İki yaş altında da çocuklar ağrıları lokalize edemezler; ağlama, huzursuzluk ve diğer özgün olmayan belirti ve bulgular ile karşımıza çıkabilir. Örneğin, kusma gastroözofagial reflü gibi acil bir girişim gerektirmeyen hastalığa bağlı olabileceği gibi beraberinde aralıklı ağlama nöbetleri ile beraber olan kanlı mukuslu defekasyon olması acil müdahale gerektiren invajinasyonun belirtisi olabilir. Daha büyük çocuklar şikayetlerini sözle ifade edebilirler ve ağrıyı gösterebilirler. Bu yaş grubunda ağrıların çoğu geçicidir. Ancak, özellikle safralı kusma ve fizik muayenede peritonit bulguları varlığı acil cerrahi girişim gerektiren hastalıkları düşündürmelidir.

Genellikle abdominal ağrı lokalize olsa da genel bir fizik muayene ile diğer gastrointestinal olmayan sebepler dışlanmalıdır. Örneğin sağ alt kadran ağrısında akut apandisit dışlama önemlidir. Sol üst kadran ağrısı sıklıkla dalak ile ilgili patolojileri akla getirir. Epigastrik ağrı peptik ülser, reflüye sekonder özofajit, gastrit veya pankreatiti düşündürür. Suprapubik ağrı sıklıkla idrar yolu enfeksiyonları, adet bozuklukları düşündürmelidir. Pankreatit veya idrar yolu enfeksiyonlarında yansıyan bel ağrısı ve safra taşlarında yansıyan omuz ağrısı dikkatten kaçmamalıdır.

Dışkılama paterni: Akut ağrı sırasında beraberinde ishal varsa viral veya bakteriyel gastroenteritleri düşündürür. Bu durumda dışkının mikroskopik incelenmesi tanıya yardımcı olabilir.

Daha kronik seyreden etiyolojilerde, örneğin kabızlık, irritable bağırsak sendromu ve inflamatuvar bağırsak hastalığı, tanıya yönelik bu sorular yardımcıdır.

Karın ağrısına eşlik eden kusma varlığını da sorgulamak etyolojiyi aydınlatmada yardımcı olabilir. Safralı kusma durumunda barsak obstrüksiyonu akılda tutulmalıdır.

Aile sorgusunda yakın zamanda yutulup yutulmadığı (ilaç, ağır metal?), ailede genetik hastalık varlığı (FMF, inflamatuvar barsak hastalığı), eşlik eden solunum yolu enfeksiyonu (mezenterik lenfadenit?) araştırılmalıdır.

Fizik muayene sırasında çocuğun boyu kilosu, persentil değerleri kronik inflamatuvar durumlar açısından önemlidir.

Detaylı anamnez, fizik muayene yapıldıktan sonra yardımcı laboratuvar teknikleri ağrının etyolojisini aydınlatmada klinisyene yardımcı olabilir.

Bu sunumumuzda, çocukluk çağında görülen karın ağrısına nasıl yaklaşılması gerektiğini olgular eşliğinde tartışacağız.

Akut Romatizmal Ateşli Olgularda Güncel Yaklaşım

Salih Türkmen

Akut romatizmal ateş(ARA), duyarlı kişilerde GrupA β-hemolitik streptokoklarla oluşan üst solunum yolu enfeksiyonunu takiben ortaya çıkan kalbi, eklemleri, beyin, deri ve subkutan dokuyu tutan sistemik inflamatuvar hastalıktır.

Akut Romatizmal Ateş Tanısı İçin Son Jones Kriterlerindeki Güncel Değişiklikler

Son Jones kriterlerinde, ARA tanısı için düşük riskli ve orta-yüksek riskli popülasyonlar için farklı tanı kriterleri oluşturulmuştur.

Türkiye ARA ve romatizmal kalp hastalığı açısından yapılan bölgesel taramalar sonucunda orta-yüksek riskli popülasyonlarla uyumlu bulundu.

Düşük riskli popülasyonlar için tanı kriterlerindeki değişiklikler;

- Ekokardiyogramda saptanan subklinik karditi ve klinik olarak saptanan karditi majör kriter,
- Vücut ısısının 38,5°C ve üzerinde olması minör kriter olarak kabul edilmiştir.

Orta-yüksek riskli popülasyonlarda tanı kriterindeki değişiklikler;

- Klinik kardite ek olarak ekokardiyografide saptanan subklinik kardit majör kriter,
- Gezici artrite ek olarak aseptik monoartrit ve poliartralji majör kriter,
- Monoartralji ise eklem bulguları arasında minör kriter olarak kabul edilmiştir.

Aseptik monoartrit ve poliartralji majör kriter olarak kullanıldığında subklinik karditi sağlıklı bireylerde saptanan fizyolojik kapak yetersizliğinden ayırmak ve eklemleri tutan diğer hastalıkların dışlanması çok önemlidir.

- Vücut ısısının 38°C ve üzerinde olması ve eritrosit sedimentasyon hızının >30 mm/h olması minör kriter,
- Tekrarlayan ataklar için eski kriterlere ek olarak önceki sterptokokal enfeksiyon varlığında üç minör bulgu varlığı tanı için yeterli kabul edilmiştir.

Son Jones kriterlerinde ARA tanı kriterlerini tam olarak karşılamayan hastaların başka bir tanı düşünülüyorsa ARA olarak tedavi edilmesi ve 12 ay benzetinpenisilin profilaksisi ile takip edilmesi önerilmiştir. Bu hastaların 12 ay sonra değerlendirilmesine ve profilaksinin devamına veya kesilmesine karar verilmesi gerektiği belirtildi.

Hastalığın yaygın olduğu ülkelerde ARA tanısını hekimlerin önerilen kriterlere ek olarak kendi mantık ve değerlendirmeleriyle doğru şekilde koymaları çok önemlidir.

REVİZE JONES KRİTERLERİ

ARA için düşük riskli toplumlar	ARA için orta ve yüksek riskli toplumlar
Major kriterler	Major kriterler
Klinik ve/veya <u>subklinik kardit</u>	Klinik ve/veya <u>subklinik kardit</u>
<u>Poliartrit</u>	<u>Monoartrit veya poliartrit veya poliartralji</u>
<u>Sydenham koresi</u>	<u>Sydenham koresi</u>
<u>Eritema Marginatum</u>	<u>Eritema Marginatum</u>
<u>Subkütan nodüller</u>	<u>Subkütan nodüller</u>
Minor kriterler	Minor kriterler
<u>Poliartralji</u>	<u>Monoartralji (mono-poliartrit veya poliartralji majör kriter değilse)</u>
<u>Ateş ($\geq 38.5^{\circ}\text{C}$)</u>	<u>Ateş ($\geq 38^{\circ}\text{C}$)</u>
<u>1.saat sedim ≥ 60 mm ve/veya CRP ≥ 3.0 mg/dL</u>	<u>Sedim ≥ 30 mm/h ve/veya CRP ≥ 3.0 mg/dL</u>
<u>PR uzaması (kardit majör kriter değilse)</u>	<u>PR uzaması (kardit majör kriter değilse)</u>

ARA TANISI: Tüm hastalarda geçirilmiş GABHS enfeksiyonu kanıtı olmalı(kore dışında)

*Boğaz kültürü pozitifliği

*Yüksek ASO titresi

İLK ARA TANISI: 2 MAJOR VEYA 1 MAJOR+2 MİNÖR

REKÜRREN ARA TANISI: 2 MAJOR VEYA 1 MAJOR+2 MİNÖR VEYA 3 MİNÖR

Tedavi: Antimikrobiyal, Antiinflamatuvar, Destekleyici tedaviler, Varsa kalp yetersizliği tedavisi

Primer Tedavi: Antimikrobiyal tedavi

Antibiyotik	Doz	Süre
Oral	Çocuk; 250 mg, günde 2-3 doz	10 gün
Penisilin V	Yetişkin; 250 mg günde 3-4 doz veya 500 mg, günde 2-3 doz	10 gün
Amoksisilin	50 mg/kg günde bir (maks 1g) veya 25mg/kg günde 2 doz (maks 500mg/doz)	
Intramuskular	< 27 kg 600 000 U, ≥ 27 kg 1,2 MU	1 doz
Benzatin Pen G		
Penisilin alerjisi varsa		
Sefalekssin	Çocuk; 20 mg/kg/doz, 2 doz (maks 500 mg doz) Yetişkin; 500mgx2/gün	10 gün
Sefadroksil	Çocuk; 30 mg/kg tek doz, maksimum 1 gr Yetişkin; 1 gr, günde 2 doz	10 gün
Klaritromisin	7.5mg/kg doz, 2 doz, maksimum 250 mg/doz	10 gün
Azitromisin	12 mg/kg tek doz, maksimum 500 mg	5 gün
Klindamisin	7mg/kg/doz, 3 bölünmüş doz (maksimum 300 mg doz)	10 gün

Aspirin:80-100mg/kg/gün(max:4-6 gr) 4-5 dozda, 2-3 hafta tam doz uygulanır, sonrasında azaltılarak 6 haftaya tamamlanıp kesilir.

Prednizolon:2 mg/kg/gün(max:60 mg) 2 hafta tam doz verilir sonrasında azaltılarak kesilir.

Sekonder Profilaksi

BenzatinPenisilinG >27kg 1200000ü 2-3hafta İM, < 27kg 600000ü 2-3hafta İM tedavileri uygulanır.

Yuvarlak Masa – Deprem Bölgesinde Çocuk Hekimliği

Dr. Seha Saygılı

6 Şubat 2023 tarihinde, Kahramanmaraş'ta 7.7 büyüklüğünde yıkıcı bir deprem meydana gelmiştir. Yaklaşık dokuz saat sonra, Richter ölçeğine göre 7.6 büyüklüğünde bir deprem daha meydana gelmiş ve ardından bazıları 6 şiddetinden daha büyük olan 1000'den fazla artçı sarsıntı yaşanmıştır. Bu depremler Türkiye'yi vuran en yıkıcı felaketlerdi ve büyük hasara yol açtı.

Bölgesel veya küresel, doğal (depremler, seller, kasırgalar...) veya insan kaynaklı (savaşlar, terörist saldırılar...) afetler yıkıcı etkilere sahiptir ve sosyal, ekonomik ve çevresel kaynaklarda kayıp ve hasara neden olarak tüm toplum üzerinde önemli sonuçlar doğurur. Fiziksel, psikolojik ve sosyal hassasiyetlerinden dolayı çocuklar yetişkinlere göre daha yüksek risk altındadır. Uygun olmayan barınma, yetersiz sosyal koşullar, düzensiz eğitim ve özellikle aile üyelerinden kayıplar sağ kurtulan çocukların afetlerin uzun vadeli etkilerinden de zarar görmelerine neden olur.

Rabdomiyoliz ve ezilme sendromuna sebep olan ezilme yaralanması, başta depremler olmak üzere yıkıcı afetler sırasında sıkça görülmektedir. Ezilme sendromu, travmanın doğrudan etkisinden sonra afetlerde ikinci sırada yer alan en yaygın ölüm nedenidir. Ancak bu oran, afetin şiddeti ve zamanlaması, ortam sıcaklığı, binaların yapısal kalitesi ve kurtarma çalışmalarının etkinliği gibi nedenlerle afete bağlı olarak önemli ölçüde değişkenlik göstermektedir. Yaşadığımız afette, ezilme sendromu veya AKI olan önemli sayıda çocuk bulunduğu ve bazılarının diyaliz desteğine ihtiyacı olduğu gözlenmiştir.

Ezilme yaralanmasına bağlı AKI riskini en aza indirmek için erken sıvı tedavisi hayati önem taşımaktadır. Türkiye'de 1999 Marmara depreminden sonra çocuklardan elde edilen veriler, erken sıvı tedavisine başlanan hiçbir hastada AKI oluşmadığını göstermiştir. Bu nedenle, ezilme sendromunun komplikasyonlarını önlemek için erken sıvı replasmanına kurtarma alanında başlanmalıdır.

Afetler beklenmedik olaylardır ve kısa sürede çok sayıda insanı doğrudan etkileyerek paniğe, kaosa, sağlık hizmetlerinin sunumunda düzensizliğe ve acil sağlık hizmetlerine başvuran hasta sayısında beklenmedik bir artışa neden olurlar. Bu nedenle, bu tür beklenmedik olaylara karşı önlem almak ve hazırlıklı olmak gerekir. Çocuklar afetlere karşı özellikle hassastır ve cerrahi ve tıbbi müdahalelerde birçok özel gereksinimleri vardır. Öte yandan, hazırlık planlarında çocuklarla ilgili unsurlar genellikle göz ardı edilmektedir. Uluslararası Nefroloji Derneği (ISN) 2023-Dünya Böbrek Günü temasını "Herkes için Böbrek Sağlığı", sloganını ise "Beklenmedik durumlara hazırlıklı olmak, savunmasızları desteklemek!" olarak açıklamıştır. Bu slogan, afetlere hazırlık planlarında dikkate alınmalı ve çocuklar her zaman afet senaryolarına dahil edilmelidir.

Pandemi Sonrası Yenidoğanlarda Viral Solunum Yolu Enfeksiyonları

Prof. Dr. Serdar ALAN

SARS-CoV-2 pandemisi öncesi dünya çapında öncelikli olarak influenza ve respiratuvar sinsityal virüs (RSV) surveyansı yapılmakta idi. Ancak gelişmiş ülkelerde giderek yaygınlaşan çoklu moleküler solunum virüs testleri birçok farklı virüsün halk sağlığı yükü üzerine etkilerini göstermesi bakımından faydalı olmaktadır. SARS-CoV-2 epidemisinin pandemi olarak kabul edildiği 11 Mart 2020 tarihinden sonra toplum bazlı çalışmalarda influenza A ve B, RSV A ve B başlıcaları olmak üzere zarflı virüslerin görülme sıklığının belirgin azalma olduğu dikkati çekmiştir. Bu azalma sıkı izolasyon, okulların kapatılması, sokağa çıkma yasakları, kişisel koruyucu ekipmanlar ve hijyen kurallarına uyulması gibi önlemler sonucu olmuştur. İlginç olarak insan rhinovirüs (hRV) ve diğer solunum enterovirüsleri ile enfekte vaka sayısı pandeminin başında belirgin olarak azalsa da, tüm kişisel hijyen ve sıkı izolasyon önlemlerine karşın 2021 sonbaharından itibaren hızlı bir şekilde yeniden artış göstermiştir. Pediatrik vakalarda da hRV ve respiratuvar enterovirüs pandemi başlangıcında erken izolasyon prosedürleri ve okulların kapatılmasıyla azalmış, ancak sosyal mesafe önlemleri hafifledikçe tipik seviyelere geri dönmüştür. hRV ve diğer enterovirüsler ile enfekte olan vaka sayısının yeniden artması bu virüslerin zarfsız yapıda olması nedeniyle çevresel faktörlere daha dayanıklı olmaları ve bulaşıcılığın uzun süre devam etmesi nedenleriyle. COVID-19 pandemisinin başlangıcında kişisel hijyen ve izolasyon sıkı bir şekilde devam ederken mevsimsel human coronavirüs, human parainfluenza virüs ve human metapnömovirüs vakalarında belirgin azalma görülmüştür. Bu virüslerin her üçü de öncelikle pediatrik yaş grubunda enfeksiyon yapan ve mevsimsel özellik gösteren zarflı, negatif sarmallı RNA virüsleridir. Bu virüslerin hepsi, okulların yeniden açılması ve bulaşmaya yol açan izolasyon ve hijyen kurallarının gevşetilmesi ile yeniden artmıştır. Adenovirüs de hRV ve solunum enterovirüsleri gibi zarfsız ve uzun süren bulaşıcılık özellikleri nedeni ile sıkı izolasyon ve kişisel hijyen kurallarına karşın pandemi başında azalsa da dalgalı bir seyir izlemiştir.

Yenidoğanlarda alt solunum yolu enfeksiyonuna yol açan başlıca viral etken olan RSV pandemi başlangıcında izolasyon, okulların kapatılması ve maske kullanımı gibi önlemler sonucunda belirgin azalmıştır. Bu konuda veriler kısıtlı olsa da, yenidoğan çalışmaları RSV'nin diğer yaş gruplarında olduğu gibi 2020 yılı başından itibaren belirgin azaldığı ve mevsimsel pikini yapmadığını bildirmektedir. Ancak 2020 yılı sonlarında hRV ve human metapnömovirüs vakalarının yenidoğanlarda da görülmeye başlaması dikkat çekicidir. Pandemi sonrası ise izolasyon ve hijyen önlemlerinin ortadan kalkması, okulların açılması sonrası yenidoğanlar için RSV yeniden hakim virüs haline gelmiştir.

Sularımızın ve Topraklarımızın Kirliliği

Serpil Uğur Baysal

Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Beş yaşından küçük çocuklarda ortaya çıkan hastalık yükünün ve ölümlerin %25inin hava kirliliği, güvenli olmayan suyun kullanımı, yetersiz hijyen ve kimyasallar gibi önlenemez çevresel risklerle bağlantılı olduğu öngörülmektedir.

Su ve toprak kirliliğinin çocuk sağlığına olumsuz etkileri çok yönlüdür. Bu etkiler, temiz içme suyuna ulaşım güçlüğüne yanı sıra sistemik etkiler ile gelişimsel sorunlara, süregelen sağlık sorunlarına yol açabilmektedir.

Kirlenmiş içme suyu: Türkiye’de hanelerin %42,6’sı güvenilir içme ve kullanma suyuna ulaşmamaktadır. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı, çevre sorunlarını değerlendirdiği son raporunda Türkiye’nin en önemli çevre sorununun su kirliliği olduğunu kaydetmiştir. İçme suyu kaynaklarının ağır metaller, pestisitler, bakteriler, virüsler ve diğer kirleticiler gibi zararlı maddelerle kirlenmesi ile su kirliliği gelişmektedir. Çocukların tükettiği kirli su, gastrointestinal hastalıklar, kolera ve dizanteri gibi suyla bulaşan enfeksiyonlar ile diğer akut ve süregelen çeşitli sağlık sorunlarına yol açabilir.

Gelişimsel etkiler: Çocuk gelişiminin kritik dönemlerinde su kirleticileri ile karşılaşmanın bilişsel, motor ve davranışsal gelişim üzerinde uzun erimli etkileri olabilir. Kurşun, bazı pestisitler çocuklarda nörogelişimsel gecikme, sayısal zeka puanında düşme ve davranış sorunları ile ilişkilendirilmiştir.

Solunum sorunları: Su kirliliği, endüstriyel işlemler sırasında ya da su artımı sonucunda kirleticilerin havaya salınması yoluyla da hava kirliliğine katkıda bulunabilir. Hava kirliliği, çocuklarda astım gibi solunum sorunlarını şiddetlendirerek solunumsal semptomların artmasına, akciğer işlevlerinin azalmasına ve hastaneye yatışa neden olabilir.

Cilt ve göz sorunları: Kirli su ile temas eden çocuklarda cilt ve göz sorunları oluşabilir. Sudaki kimyasallar, mikroorganizmalar ve diğer tahriş edici maddeler banyo, yüzme gibi aktiviteler sırasında çocuklar kirli suyla temas ettiğinde deri döküntülerine, dermatite ve göz enfeksiyonlarına yol açabilir.

Uzun erimli sağlık riskleri: Bazı kirleticiler zamanla vücutta birikebileceğinden çocukluk döneminde su kirliliğine maruz kalmanın uzun erimli sağlık riskleri olabilir. Örneğin, belirli su kirleticileri yetişkinlikte kanser, endokrin bozulma ve diğer süregelen hastalık riskleriyle ilişkilendirilmiştir.

Kirlenmiş toprak ve oyun alanları: Toprak kirliliği, toprakta ağır metaller, pestisitler, endüstriyel kirleticiler ve diğer zararlı maddelerin bulunması nedeniyle oluşabilir. Özellikle küçük çocuklar oyun, bahçe işleri ya da diğer aktiviteler sırasında toprakla doğrudan temas edebileceklerinden kirli toprağa karşı daha savunmasızdır. Kirlenmiş toprakta oynayan ya da bu toprağı bahçecilik için kullanan çocuklar yanlışlıkla toprak parçacıklarını yutabilir, soluyabilir, potansiyel sağlık riskleri ile karşılaşabilirler.

Gelişimsel etkiler: Çocuk gelişiminin kritik dönemlerinde kirli toprağa maruz kalmanın bilişsel, motor ve davranışsal gelişim üzerinde olumsuz etkileri olabilir. Kurşun, arsenik ve cıva gibi topraktaki bazı kirleticiler, çocuklarda nörogelişimsel gecikme, sayısal zeka puanında düşüklük ve davranış sorunları ile ilişkilendirilmiştir.

Solunum sorunları: Topraktaki kirleticiler, çocukların soluyabileceği toz ya da uçucu emisyonlar yoluyla havaya yayılarak hava kirliliğine katkıda bulunabilir. Madde partikülleri, ağır metaller, pestisitler gibi kirlenmiş topraktan gelip havaya karışan kirleticiler, astım ve diğer solunum yolu hastalıkları da içinde olmak üzere çocuklarda solunum sorunlarını kötüleştirebilir.

Cilt ve göz sorunları: Kirlenmiş toprak ile temas eden çocuklarda deri döküntüleri, dermatit, göz sorunları gelişebilir. Kimyasallar, mikroorganizmalar ve diğer tahriş edici maddeler gibi toprak kirleticileri buna neden olabilir.

mektedir.

Uzun erimli sağlık riskleri: Çocukluk döneminde toprak kirliliği ile karşılaşmanın uzun erimli sağlık riskleri olabilir; çünkü bazı kirleticiler çevrede yıllarca kalabilir ve vücutta birikerek yetişkinlikte süreğen sağlık sorunlarına yol açabilir. Örneğin, ağır metaller gibi toprak kirleticilerine maruz kalma, yaşamın ilerleyen dönemlerinde kanser, nörolojik bozukluklar ve diğer süreğen hastalık riskleriyle ilişkilendirilmiştir.

Önleme: Çevre sağlığı, çocukların sağlığını korumanın ve sağlıkta eşitsizlikleri azaltmanın temel unsurudur. Çocukların olumsuz çevre koşullarından etkilenmesini önleyecek ya da zararlı etkileri azaltacak etkin girişimler vardır. Temel ve birincil koruma ile çevresel risklerin azaltılması çocukların sağlığını iyileştirmenin yanında sağlık bakım giderlerinin de azalmasını sağlayacaktır. Çevresel risklerin istenen biçimde azaltılabilmesi için sağlık, enerji, ulaşım, endüstri/ ticaret, konut ve su sektörlerinin arasında işbirliğinin yapılması gerekmektedir. Çevresel riskleri azaltan girişimler, sürdürülebilir kalkınma hedeflerine ulaşılmasında, aynı zamanda sağlık, iklim, çevre ve genel kalkınma için büyük katkı sağlar. Bu dünyayı bizden devralacak çocuklarımızı koruyabilmemiz için sularımızın ve topraklarımızın kirlenmesini engellemeliyiz!

Kaynaklar

Landrigan PJ, Fuller R, Acosta NJR, et al. The Lancet Commission on Pollution and Health. The Lancet 2018 Feb 3;391(10119),462-512. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(17\)32345-0](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(17)32345-0).

T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı. Türkiye çevre sorunları ve öncelikleri değerlendirme raporu: 2016 Yılı verileriyle. Yayın No:40, Ankara 2018.

World Health Organization (WHO). Don't pollute my future! The impact of the environment on children's health. Geneva: World Health Organization; 2017.

Birinci Basamak Testler Eşliğinde Metabolik Hastalıklara Yaklaşım

Sevil Dorum

Üre döngüsü bozuklukları (ÜDB), yaklaşık 30.000 canlı doğumda bir görülen ve karbamoil fosfat sentetaz (CPS), ornitin transkarbamoilaz (OTC), arjininosüksinat sentetaz, arjininosüksinat liyaz ve N-asetilglutamat sentetaz (NAGS) eksiklikleri ile karakterize altı kalıtsal bozukluktur. OTC eksikliği dışında hepsi otozomal resesif geçişlidir. OTC eksikliği ise X'e bağlı resesif kalıtım ile geçiş gösterir.

Üre döngüsündeki metabolik blok sonucu amonyak ve amonyak öncü maddeleri birikir. Plazma amonyak değerinin 400 µmol/L üzerinde olması toksik etkilidir. Özellikle beyin ve karaciğerde sitotoksik değişikliklere neden olur.

Üre döngüsü bozuklukları yaşamın her döneminde görülebilir. Yenidoğan döneminde beslenme sonrası kusma, letarji, irritabilite ve taşipne sıklıkla görülür ve bu hastalara sıklıkla "sepsis" tanısı konulur. Hastalar giderek kötüleşir ve apne, nöbet gibi nörolojik bulgular gelişir.

Tanı için en önemli nokta hiperamonyeminin düşünülmesi ve plazma amonyak düzeyinin ölçümüdür. Hiperamonyemi saptandığında ayırıcı tanı için kan gazları, keton, üre, kreatinin, glukoz, karaciğer enzimleri, karaciğer fonksiyon testleri, koagulasyon testleri, plazma aminoasitleri, karnitin asil profili, idrar aminoasitleri ve organik asitleri (orotik asit) değerlendirilmelidir.

Organik asidemi veya organik asidüri (OA) idrarda organik asitlerin atılımı ile karakterize bir grup hastalığı tanımlamak amacıyla kullanılmaktadır. Klasik organik asidemilerin büyük bölümü, dallı zincirli amino asit veya lizin katabolizmasındaki bozukluklardan kaynaklanır. Bu grup içinde akçaağaç şurubu idrarı hastalığı (MSUD), propionik asidemi (PA), metilmalonik asidemi (MMA), izovalerik asidemi (İVA), glutarik asidemi tip I (GA I) yer alır. Üre döngüsü bozukluklarında olduğu gibi, organik asidemiler de yaşamın her döneminde görülebilir. Yenidoğan döneminde sıklıkla semptomsuz bir dönemi takiben emmede azalma, kusma, ensefalopati, letarji, nöbetler, koma gelişebilir. Laboratuvar bulguları arasında, anyon açığı artmış metabolik asidoz, ketozis, hiperamonyemi ve hipoglisemi sıklıkla yer alır. Kemik iliği baskılanmasına bağlı olarak pansitopeni görülebilir. Plazma aminoasit analizi, asil karnitin profili ve idrar organik asit analizi ile spesik tanı konabilir, tanı genetik tanı ile doğrulanır.

Glikojen Depo Hastalığı Tip Ia' da, karaciğer, böbrek ve bağırsaklarda glukoz-6-fosfataz aktivitesi eksiktir. Hepatomegali, karın şişliği, trunkal obezite, taş bebek yüzü, boy kısalığı önemli klinik bulgulardır. Tanı genellikle erken süt çocukluğu döneminde konur. Hipoglisemi, hiperlaktatemi, hiperürisemi, hipertrigliseridemi önemli metabolik sorunları oluşturur. Glikojenin piruvata yıkımında sorun olmadığından, piruvattan elde edilen laktat, alternatif yakıt olarak beynin enerji gereksinimini karşılar. Bu yüzden belirgin hipoglisemiye karşılık nörolojik semptom görülmez. Kesin tanı karaciğer veya bağırsak biyopsi örneğinde glukoz-6-fosfataz enzim düzeyi ölçümü veya glukoz-6-fosfataz genindeki mutasyonun saptanması ile konur.

Laboratuvar Değerlerinde Her Yükseliş Anlamalı mıdır?

Dr. Sinem Oral Cebeci

Tıp biliminin gelişmesine paralel olarak tanı ve takip için başvuru laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri de gelişme göstermiştir. Yapılan çalışmalarda verilen tıbbi kararların %70'i laboratuvar tetkiklerine dayanılarak konulmaktadır. Ancak tetkiklerin uygunsuz yere aşırı kullanımı başka gereksiz tetkikler, hatalı tanı, uygun olmayan tedavi, olası yan etkilere neden olabileceği gibi tetkiklerin uygun olmayan şekilde az kullanımı da tanı ve tedavinin gecikmesine, hastanın kötüleşmesine neden olur. Sonuçta sağlık sisteminin maliyeti artar verimliliği düşer.

Prokalsitonin

İlk kez 1983 yılında S.aureus kaynaklı toksik şok sendromunda yükseldiği saptanmış, 1993 yılından itibaren de enfeksiyon için yeni belirteç olarak kabul edilmiştir. Konak cevabını gösteren bir parametredir. Prokalsitonin üretimini tetikleyen majör neden enfeksiyonlar olmakla birlikte, doku inflamasyonuna yol açan her şey prokalsitonin üretiminin artmasına neden olabilir.

Prokalsitonin seviyesinin bakteriyel yük ile orantılı olarak artması, viral enfeksiyonlarda düzeyinin değişmemesi bakteriyel enfeksiyonların tanısında yarar sağlar.

Sepsis vakalarında prokalsitoninin seri ölçümleri uygulanan antibiyoterapinin etkinliği konusunda da fikir verir.

C-reaktif protein

Pentaksin ailesinden bir polimer olup, ilk kez pnömokok kapsülünün C karbonhidrat antijenine karşı reaksiyon gösteren hasta serumunda izole edilmiştir. Enfeksiyon ve enflamasyon durumunda IL-6 aracılığı ile karaciğerden sentez edilir. Kolay ulaşılabilir olması, hızlı sonuç vermesi ve maliyetinin düşük olması açısından avantajlıdır. Ancak duyarlılığının yüksek olmasına karşın özgüllüğü düşüktür.

Bakteri, mantar ve parazit enfeksiyonlarında yükselirken, viral enfeksiyonlarda düşük

seyreder. Ancak düşük konsantrasyonlarda bakteriyel enfeksiyonu dışlamak güçtür. CRP hastalıklara spesifik olmayıp, hastalığın seyir ve ataklarını izlemek için fayda sağlar.

CRP artışına neden olan hastalıklar Tablo 1'de listelenmiştir.

Tablo 1: CRP artışına neden olan hastalıklar:

- Travma
- Cerrahi
- Yanık
- Doku nekrozu
- Enflamatuvar hastalıklar
- Kanser
- SLE
- Sistemik skleroz
- Dermatomyozit
- Sjögrens hastalığı
- Ülseratif kolit
- Lösemi

- Graft versus host hastalığı
- Ağır egzersiz
- Sıcak çarpması
- Enfeksiyonlar

Prokalsitonin-CRP karşılaştırılması

Sistemik enfeksiyonların tanısında hemokültür çalışılması altın standart olmakla birlikte, geç sonuçlanması, yanlış pozitif ve yanlış negatif olma olasılığı vardır. Tedaviye başlamada yaşanan her bir saat gecikme mortaliteyi %7 oranında arttırır.

Sepsisin ciddiyetini ve prognozunu değerlendirmede prokalsitonin CRP'den belirgin derecede üstündür. Sepsisin seyri sırasında sitokin salınımına bağlı olarak prokalsitonin seviyeleri yükselişini sürdürürken CRP belli bir tavan düzeyde kalma eğilimindedir. Bunun dışında

prokalsitonin neonatal dönemde bakteriyel enfeksiyonların erken dönemde tespit

edilmesinde fayda sağlar. Çocuklarda sepsis ve menenjit gibi invaziv bakteriyel

enfeksiyonlarda prokalsitonin seviyesi CRP'ye oranla daha önemli derecede yükselir.

Laktat

Normal koşullarda karaciğerde sentez edilir. Yükselmesi doku oksijen eksikliğini yansıtır. Yapılan çalışmalarda laktat artışı üretimin artması ya da metabolizmasının azalması sonucu oluşur. Laktat artışının mekanizmalarına göre sınıflaması Tablo 2'de gösterilmiştir.

Ciddi bakteriyel enfeksiyonu tanımlamada, mortalite riskini öngörmeye laktat düzeyinin takip edilmesi fayda sağlar.

Ayrıca sepsis yönetimi sırasında hemodinamik stabilizasyon amacıyla intravenöz sıvı ve vazoaaktif ajan ihtiyacını belirlemede laktat düzeyi yol göstericidir.

Tablo 2: Laktat artışının nedenleri:

Laktat üretiminin artması	Piruvat üretiminin artması	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Glikojenoliz ve glikoneogenezde enzim defekti ✓ Respiratuvar alkaloz ✓ Feokromasitoma ✓ Beta-agonistler ✓ Sepsis
	Piruvat kullanımında bozulma	Piruvatdehidrogenaz/piruvat karboksilaz aktivitesinde azalma
	Piruvatın laktata dönüşümünü arttıran redoks değişimi	<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Artmış metabolik hız</u>: grand mal nöbet, ciddi egzersiz, astım ✓ <u>Azalmış oksijen sunumu</u>: şok, kardiyak arrest, akut pulmoner ödem, CO intoksikasyonu, ciddi hipoksemi ✓ <u>Azalmış oksijen kullanımı</u>: siyanid intoks, sepsis
	D-laktik asidoz	
Primer laktat kullanımında azalma	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hipoperfüzyon ✓ Alkolizm ✓ Karaciğer hastalığı 	
Mekanizması bilinmeyen	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Malignite ✓ DM ✓ HIV ✓ Hipoglisemi ✓ İdiopatik 	

Kreatinin Kinaz

Kreatinin kinaz (CK) ATP ve kreatinin arasına yüksek enerjili fosfatın transferini katalize eden dimerik bir enzimdir. M ve B olmak üzere 2 subuniti vardır. Kas sistemi, kalp kası, beyin dokusunda bulunurken karaciğerde bulunmaması önemli bir özelliğidir. İrk ve cinsiyete göre normal değerleri farklılık gösterir. Yükseklik tanımı net olmakla birlikte CK değerinin normalin 5 katının üzerinde olması ya da >1000 U/L olması yüksek olarak kabul edilir.

CK yüksekliğinden konjenital ya da edinsel çeşitli faktörler söz konusu olabilir. Konjenital nedenler arasında doğumsal metabolizma hastalıkları, müsküler distrofiler, konjenital miyopatiler ve enflamatuvar miyopatiler yer alır. Edinsel nedenler de enfeksiyonlar, egzersiz, travma, bazı ilaç ve toksinler ve tiroid hastalıkları, elektrolit anomalileri gibi metabolik bazı durumlar olarak sayılabilir.

CK artışının saptandığı vakaların 1/3'ünden viral enfeksiyonlar sorumludur. Küçük çocuklarda viral enfeksiyonlara daha sık iken, ergenlik çağında travma ve egzersiz nedeniyle saptanan yüksekliklere daha sık rastlanır.

Tedavide asıl amaç böbrek fonksiyonlarını korumak dolayısıyla akut böbrek hasarını önlemektir. Tedavide intravenöz sıvı hidrasyonu en önemli basamaktır. Serum fizyolojik yükleme sıvısı olarak tercih edilmelidir. İdrar çıkışı, serum CK düzeyi, sıvı dengesine göre sıvı tedavisi planlanarak hasta yakın takibe alınmalıdır.

Sonuç:

Laboratuvar tetkiklerinin hastaların tanı ve tedavisinde karar ve takip aşamalarında büyük önemi vardır. Buna rağmen tetkiklerin seçimi ve düzeylerinin en doğru şekilde değerlendirilmesi için hastanın anamnez, fizik muayene sonuçlarıyla birlikte bütüncül olarak incelenmesi gerekir.

Kaynaklar:

- Hatzistilianou M. Diagnostic and prognostic role of procalcitonin in infections; ScientificWorldJournal. 2010 Oct 1;10:1941-6.
- Becker KL, Snider R, Nylén ES. Procalcitonin assay in systemic inflammation, infection, and sepsis: clinical utility and limitations; Crit Care Med. 2008 Mar;36(3):941-52.
- Binnie A, Lage J, Dos Santos CC. How can biomarkers be used to differentiate between infection and non-infectious causes of inflammation? Evidence-Based Practice of Critical Care. 2020:319–324.e1.
- Escadafal C, Incardona S, Fernandez-Carballo BL, Dittrich S. The good and the bad: using C reactive protein to distinguish bacterial from non-bacterial infection among febrile patients in low-resource settings. BMJ Glob Health. 2020 May;5(5):e002396.
- Singer M, Deutschman CS, Seymour CW, et al. The Third International Consensus Definitions for Sepsis and Septic Shock (Sepsis-3). JAMA. 2016;315(8):801–810.
- Bai Z, Zhu X, Li M, Hua J, Li Y, Pan J, Wang J, Li Y1. [Effectiveness of predicting in-hospital mortality in critically ill children by assessing blood lactate levels at admission.](#) BMC Pediatr. 2014 Mar 28;14:83.
- Szugye HS. Pediatric Rhabdomyolysis. Pediatr Rev. 2020 Jun;41(6):265-275.
- Mannix R, Tan ML, Wright R, Baskin M: Acute pediatric rhabdomyolysis: causes and rates of renal failure. Pediatrics 2006, 118:2119–2125.

Büyüyen Gelişen Bebek ve Mikrobiyota

Şadiye Elif Çetin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sancaktepe EAH

Bebek-bağırsak mikrobiyota simbiyozu doğumdan itibaren kurulur ve hayatın ilk birkaç yılında şekillenir. Bu dönemde bebekler hızla büyür. Aynı dönemde metabolik organlar, nörolojik/bilişsel gelişim, bağışıklık sistemi, sindirim sistemi büyük değişikliklerden geçerler. Mikrobiyal ekosistemimizin gelişimi, çocuk sağlığında kaloriler ve vitaminler kadar önemli olabilir.

Mikrobiyom bileşiminin hayatın ilk birkaç yılında dinamik olarak değiştiği ve doğum öncesi ve doğum sonrası çevresel ve konakla ilgili faktörden etkilenebildiği bilinmektedir. Yenidoğan mikrobiyomunun oluşumunu ve olgunlaşmasını etkileyen önemli erken yaşam olayı emzirmedir. Anne sütündeki HMO'lar, bebek bağırsaklarında Bifidobacteri açısından zengin bir mikrobiyota oluşumunu teşvik eder.

Erken yaşam, bebek bağırsak mikrobiyotasının gelişimi ve insan sağlığı için temel bir dönemi temsil eder. Bağırsak mikrobiyotasının bileşimindeki değişiklikler kısa ve uzun vadeli hastalıklarla ilişkilendirildi.

İnsan bağırsak mikrobiyomunun yaşla değiştiği bilinmesine rağmen, çocuklarda bağırsak mikrobiyomunun hakkındaki veriler sınırlıdır. Çok sayıda çalışma, bağırsak mikrobiyota çeşitliliğinin, yaşamın ilk üç ile beş yılının sonunda yetişkin benzeri bir mikrobiyotaya yaklaştığını gözlemledi. Ancak son çalışmalar bağırsak mikrobiyotasının tam olgunlaşmasının daha uzun sürebileceğini gösterdi. (1,2) ve tam olarak nasıl geliştiği hala çözülmemiş bir bilmedir.

Bağırsak mikrobiyomun bileşimindeki değişiklikler, okul öncesi (3-6 yaş) ve okul çağındaki (7-12 yaş) çocuklarda, Bifidobacterium ve bütirat üreten (Ruminococcus ve Faecalibacterium) türlerde artış ve metan gazı üreten bakterilerde azalma olarak bulundu. İlginç bir şekilde, 10 yaşın altındaki çocuklarda, sağlık sonuçlarıyla ilgisi bilinmeyen, yetişkinlerden daha zengin bir mantar mikrobiyotası gösterildi. Bulgular, demografik özellikler, emzirme süresi, diyet lifi ve bitki bazlı protein ve yaşam tarzı olan bireylerden elde edildi (2).

Bağırsak mikrobiyom gelişimi, daha yüksek bakteri çeşitliliğine ve işlevselliğe doğru bir hareketi temsil eder. Bu gelişim kompleks karbonhidrat yıkımına, kısa zincirli yağ asidi sentezine ve ksenobiyotik metabolizmasına katkı sağlamaktadır.

Diyetin bağırsak mikrobiyotasını ve konak metabolizmasını önemli ölçüde etkilediği gösterildi. Erken yaşamda emzirme süresi ve okul öncesi çocuklarda bitki bazlı gıda alımı, okul çağındaki çocuklarda bağırsak mikrobiyota bileşimiyle ilişkili bulundu (3). Glikoza verilen metabolik tepkiyi düzenleyen Bacteroides veya Prevotella çocukların bağırsak mikrobiyotasında yüksek saptandı. Bu mikrobiyom işlevleri çocukların gelişimini destekler. Prevotella'nın 12. ayda düşüklüğü, çocukluk dönemindeki davranış bozukluklarının bir göstergesi olabileceği öne sürüldü ve 6. ile 12. ayda antibiyotik alımıyla doğrudan ilişkili bulundu (4).

Özetle, araştırmalar bağırsak mikrobiyom gelişiminin düşünülenden daha yavaş gerçekleşebileceğini düşündürmektedir. Diyet ve çevresel faktörler bağırsak mikrobiyomunu şekillendiren en etkili faktörlerdendir. Bulgular çocuklarda beslenmenin uzun vadeli sağlığı teşvik etmek ve hastalıkları önlemek için önemli bir yeri olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

1. Stewart CJ et al. Temporal development of the gut microbiome in early childhood from the TEDDY study. Nature. 2018; 583–588
2. Derrien M, Alvarez AS, de Vos WM. The gut microbiota in the first decade of life. Trends Microbiol. 2019;

27:997-1010.

3. Roswall J et al. Cell Host & Microbe 2021;29: 765–776
4. Zhong H, Penders J, Shi Z et al. Impact of early events and lifestyle on the gut microbiota and metabolic phenotypes in young school-age children. Microbiome. 2019; 7(1):2.
5. Loughman A, Ponsonby AL, O'Hely A et al. Gut microbiota composition during infancy and subsequent behavioural outcomes. EBioMedicine. 2020; 52: 102640

KIZAMIK GERİ DÖNDÜ

Şebnem Apaydın

OLGU:

Üç aylık kız hasta; ateş, öksürük, beslenememe yakınmaları nedeniyle başvurdu. Öksürük şikayetinin 20 gün önce başladığı, son bir gündür ateşinin olduğu ve beslenememe şikayetinin eklendiği öğrenildi. Fizik muayenede ağırlığı 5 kg (10 p), boy 54 cm (1 p), baş çevresi 38 cm (4 P), vitalleri stabil, yapılan sistem muayenesinde döküntü olmayan solunum muayenesinde bilaterel ronküs, ekspiryum uzunluğu ve retraksiyonu mevcut. Kan tetkikinde patoloji saptanmayan hastanın, multiplex solunum PCR testi negatif idi. Dirençli ateşi olan hastanın alınan kontrol akut faz reaktanlarında artış (crp:50 mg/l pct:34.5ug/L) saptanması üzerine sepsis ön tanısı ile seftriakson başlandı. Antibiyoterapi sonrası basmakla solan makulopapüler döküntü izlendi. Solunum sıkıntısı devam eden hastaya toraks tomografisi çekildi. Seftriakson sonrası döküntü ve pnömoni ile uyumlu tomografi bulgusu olan hastanın tedavisi amikasin, klindamisin şeklinde düzenlendi. Ateş ve döküntü şikayeti olan hastadan sağlık bakanlığı protokolüne göre kızamık PCR gönderildi, pozitif saptandı. İzole edilen aileye kızamık taraması yapıldı. Annenin kızamık IgM 3.26 (pozitif) IgG 4.24 (pozitif) saptandı. Annenin 12 gün önce alerji ön tanısı ile değerlendirilen basmakla solan makulopapüler döküntüleri olduğu, antihistaminik tedavisi uygulandığı öğrenildi. Tedavi sonrası döküntüleri ve solunum sıkıntısı gerileyen hasta sağlık ile taburcu edildi.

KIZAMIK(MORBİLLİ,RUBEOLA)

Kızamık en bulaşıcı hastalıklardan biri olmakla birlikte, geçmiş yıllarda en sık görülen çocukluk çağı hastalıklarındandır. Aşılamanın yaygın yapılmadığı bölgelerde hastalık endemiktir. 2-4 yıl aralarla epidemiler yapabilir.

Dünyada aşılama sonrası 2000 yılından sonra kızamığa bağlı ölümlerde %80 azalma bildirilmiştir.

Ülkemizde kızamık aşısı 1970'den beri uygulanmakta olup, ikinci aşı dozu 1998'de eklenmiş ve ilkökul birinci sınıf çocuklarına uygulanmaya başlamıştır. İkinci dozun olumlu etkileri 2001 yılından itibaren gözlenmeye başlamıştır.

TÜİK verilerine göre ülkemizde 2008 yılında 4 kızamık olgusu bildirilmiş ve kızamık eliminasyon programı hedefine yaklaşmıştı. Ancak artan aşı karışıklığı-tereddütü ve göç sebebiyle 2011-2013 yılları arasında kızamık salgını olup 7415 olgu bildirilmiştir. Bu salgınları önlemek amacıyla da kızamık aşı kampanyaları düzenlenip aşılamanın ilk dozunu 9. aya çekilmesi gibi önlemler alınmıştır.

Virüs damlacık yoluyla, doğrudan temas veya solunum yolu ile bulaşır.

Hastalığın yaklaşık 4 gün süren prodrom dönemi vardır. Bu dönem de ateş, koriza, konjunktivit, fotofobi, öksürük ve koplik lekeler görülür. Döküntünün ortaya çıkmasından yaklaşık 2 gün önce ağız içi mukozasında alt molar diş hizasında kızamık için patognomonik olan mavi-beyaz noktacıklar görülür. (Koplik lekeler) Döküntü döneminde ise yaklaşık ateşin 3-5. dönemine denk gelen tipik olarak eritematöz birleşme eğilimli makulopapüler döküntü olarak karşımıza çıkar. Saç çizgisi, ense ve alından başlayarak yüze gövdeye, ekstremitelere yayılır. Döküntü 1 hafta sürer. Döküntünün en belirgin olduğu seviyede ateş en yüksek seviyeye ulaşır. Ancak döküntünün 3. gününden sonra ateş devam ederse komplikasyon düşünülmelidir.

Komplikasyonlar:

En sık görülen komplikasyonlar otitis media, pnömoni, Guillain Barre sendromu, apandisit, tüberküloz alevlenmesi, lenfadenit, purpura, subakut sklerozan panensefalittir.

SSPE geç komplikasyonudur. Sıklıkla 2 yaşından önce geçirilen kızamık vakalarında 4-8 yıl sonra ilk bulguların ortaya çıkmasıyla gözlemlenir. Davranış bozukluğu, okul başarısında düşme ile başlayıp 1-3 yılda hastalık ilerleyip istemsiz miyoklonik atımlar, koma tablosu ve ölümle sonuçlanır.

Tanı:

Klinik bulgular tanı için yeterlidir. Klinik olarak tanı konulan olgu olası olgudur. Laboratuvar kriterleri ile doğrulanması sonrası kesin tanı konulur.

- Nazofaringeal salgı, kan ve idrar örneklerinden virüs izolasyonu veya kızamığa özgü IgM antikorlarının saptanması
- Hastalığın akut ve iyileşme döneminde(yaklaşık 2-4 hafta sonra) alınan serum örneğinde IgG titresinde 4 kat ve üzeri artış olması
- Nazofaringeal salgıdan PZR yöntemi ile
- SSPE'de serum ve BOS yüksek titrede kızamık özgü IgG bulunması

Tedavi:

Özgül tedavisi yoktur. Yatak istirahati, ağırlıklı sulu gıdalarla beslenme, ateş durumunda antipiretik önerilir. Ağır vakalarda tedaviye vitamin A eklenmesinin mortaliteyi azalttığı görülmüştür.

Korunma:

Aktif İmmünizasyon:

Canlı atenüe kızamık aşısı, kızamıkçık va kabakulak ile birlikte (KKK) ile birlikte 12. ayda yapılmaktadır. İkinci dozu ise 4-6 yaş aralığında uygulanmaktadır.

Endemik ülkelerde veya aşılama programının düzenli uygulanmadığı bölgelerde ilk dozda 9. ayda yapılır. Epidemik durumunda ise ilk doz 6. aya kadar indirilebilir.

Kızamık ile temas eden kişilere temas sonrası **ilk 72 saatte** yapılan aşı ile hastalık gelişimi önlenir.

Pasif İmmünizasyon:

Temas sonrası **ilk 6 gün içinde** standart gammaglobulin uygulanması ile hastalık gelişimi önlenir. (Doz:0,25ml/kg Max:15 ml IM)

Antibiyotik İlişkili İshalden Korumada Probiyotik Kullanımı

Tuğçe Göktaş

Son yıllarda yapılan çalışmalar, mikrobiyotanın sağlık ve hastalıkta önemli bir rol oynadığını ortaya koymuştur. Erken yaşamda çevresel faktörler mikrobiyota gelişiminde kritik öneme sahiptir. Bağırsak ve bağırsak mikrobiyotası basit bir sindirim organı değildir, aynı zamanda kompleks nöroendokrin-immün organdır. Bağırsaktaki mikroorganizmaların dengesizliği birçok hastalığı tetikliyor. Araştırmalar, çocuklarda uygunsuz antibiyotik kullanımının, özellikle ilk 3 yaşta bağırsak mikrobiyota kompozisyonu ve fonksiyonlarını bozarak kalıcı değişikliklere yol açtığını doğruluyor. Modern yaşam tarzı, aşırı hijyen, batı tarzı beslenme alışkanlıkları, antibiyotikler bağırsak mikrobiyomumuzu olumsuz yönde etkilemektedir. Mikrobiyotayı olumsuz etkileyen en büyük tehditlerden biri muhtemelen aşırı ve uygunsuz antibiyotik kullanımımızdır. Bu konu çocuk doktorları için inanılmaz bir öneme sahip, antibiyotikler günlük uygulamamızda en çok reçete edilen ilaçlardır. Ülkeler arasında antibiyotik uygulama prevalansı farklılıklar gösterse de, kullanım en yüksek yaşamın ilk yıllarında (mikrobiyota modülasyonu için en önemli dönem). Antibiyotik ilişkili ishal, antibiyotik tedavisi sırasında veya tedavinin sonlandırılmasından 2 ay sonra gelişen ishal olarak tanımlanmaktadır. Çocuklarda prevalansı %4,3 ile %80 arasında bildirilmektedir. Pediatrik Aİİ insidansı iki ana faktöre bağlı olarak değişir: çocuğun yaşı ve maruz kaldığı antibiyotik türü. Kliniği hafif ishalden, ağır psödomembranöz kolite kadar değişkenlik göstermektedir. Konaktaki antibiyotik kaynaklı değişiklikler üç ana faktöre bağlanabilir: mikrobiyota çeşitliliğinin azalması; antibiyotiklerin konak dokular üzerindeki doğrudan toksik etkileri ve antibiyotik dirençli mikroorganizmaların birikimi ve transferi. Her antibiyotik reçetesi ile probiyotik reçete edelim mi? Dünya Sağlık Örgütü probiyotikleri yeterli miktarda alındığında insan sağlığına yararlı etkileri olan, canlı mikroorganizmalar olarak tanımlamaktadır. ESPGHAN çalışma grubu çocuklarda risk faktörlerin varlığında, Aİİ'ni önlemek için probiyotik kullanımı düşünülürse, *S.boulardii* ve *L.rhamnosus* GG kullanımını önermektedir. Aynı şekilde Avrupa Pediatriği Birliği ve Asya-Pasific rehberleri de Aİİ isalin önlenmesinde etkisi kanıtlanmış suşları önermekte. 2019 Cocchrane derlemesi 33 çalışmayı inceleyerek, Aİİ önlenmesinde spesifik probiyotik ürünlerin kullanımı için tavsiyede bulunmak için yeterli kanıt olduğunu bildirmektedir. Probiyotiklerin yüksek dozda daha etkili ve çocuklarda kullanımı genel olarak güvenli olduğu belirtilmektedir.

Kaynaklar:

1. Tamburini S et al. The microbiome in early life: implications for health outcomes Nat Medecine. 2016;22(7):713-22. doi: 10.1038/nm.4142.
2. Hum SW et al. Adverse Events of Antibiotics Used to Treat Acute Otitis Media in Children: A Systematic Meta-Analysis. J Pediatr 2019;1-5.
3. Mc Farland L, Ozen M, Dinleyici EC et al. Comparison of pediatric and adult antibiotic-associated diarrhea and Clostridium difficile infections. WJG 2016; 22(11):3078-104. 8. Pediatrik Probiyotik Prebiyotik Akademisi
4. Szajewska H, Kołodziej M. Systematic review with meta-analysis: Lactobacillus rhamnosus GG in the prevention of antibiotic-associated diarrhoea in children and adults. Aliment Pharmacol Ther 2015;42(10):1149-57
5. Guo Q, Goldenberg JZ, Humphrey C et al. Probiotics for the prevention of pediatric antibiotic-associated diarrhea. Cochrane Database Syst Rev 2019;(4):CD004827. 2019

Ezilme sendromu tedavisi ve diyaliz; doğrular ve yanlışlar

Prof. Dr. Yılmaz Tabel

İnönü Üniversitesi Tıp Fak. Pediatrik Nefroloji BD, Malatya

Doğal afetlerde akut yaralanan hastaların %43'e varan kısmı çocuktur. Afet sonrası çocuklar sadece fiziki olarak etkilenmekle kalmıyor; yaşadıkları yerden ayrılma, aile bireylerini kaybetme, iletişim, ulaşım ve eğitim imkânlarından da yoksun kalıyorlar. 1999 Marmara depreminde, deprem bölgesindeki nüfusun %18,7'si 10 yaşından küçüktü, ancak ezilme ile ilişkili akut böbrek hasarı (ABH) hastalarının sadece %1,9'u o yaşta idi. Bu durum çocukların, depremde olay yerinde ölmüş olabileceğini ya da düşük vücut yüzey alanları sayesinde rabdomiyoliz komplikasyonlarından daha az etkilenmiş olabileceğini düşündürmektedir.

Ezilme sendromu ilk olarak İkinci Dünya Savaşı sırasında Bywaters ve Beall tarafından ayrıntılı olarak anlatılmış; 1988'deki Ermeni depreminden sonra daha çok dikkat çekmiştir. **Ezilme yaralanması (crush injury)**; gövdenin, ekstremitelerin veya vücudun diğer bölümlerinin uzun süreli sıkışmasından kaynaklanan fiziksel travmanın sonucu oluşmaktadır. **Ezilme sendromu (crush syndrome) ise organ disfonksiyonuna** (ağırlıklı olarak ABH, ancak çoklu sistem organ hasarı da meydana gelebilir) veya ölüme neden olabilen ezilme yaralanmasından kaynaklanan sistemik belirtiler olarak tanımlanır. **Kompartman sendromu**; travmatik doku ödemeine bağlı olarak, non-kompliyan fasyaların oluşturduğu hacimde basınç artışı veya başka bir deyişle kas tamponadıdır. **Rabdomiyoliz ise travmaya bağlı olarak veya travma dışı nedenlerle çizgili kas hücrelerinin hasara uğraması sonucunda hücre içi maddelerin dolaşıma geçmesi sonucunda sistemik etkilere yol açması olarak tariflenebilir.**

Tüm ezilme mağdurları kesin bakım için hastaneye kabul edilmelidir, çünkü uygun sıvı yönetimi ezilmeyle ilişkili ABH'yi önleyerek diyaliz ihtiyacını ortadan kaldırabilir. Ezilmeyle ilişkili ABH'yi önlemek için sıvı resüsitasyonunun çok gerekli olmasına rağmen, tüm ezilme kurbanlarına tek tip yüksek miktarda sıvı verilmesi aşırı basitleştirmez. Afet ezilme kurbanlarında izotonik salin tercih edilmeli ve potasyum içeren solüsyonlardan ne pahasına olursa olsun kaçınılmalıdır. Hastalar semptomatik olmadıkça hipokalsemi tedavi edilmemelidir.

Arter turnikesi crush sendromunu önlemek için değil, sadece yaşamı tehdit eden kanamalarda uygulanmalıdır. Hiperbarik oksijen tedavisi de her merkezde bulunmamakla beraber, nekrozu azaltması için uygulanabilir.

Fasyotomi sadece iyi tanımlanmış klinik endikasyonlar veya objektif kompartman basıncı ölçümleri temelinde yapılmalıdır. Ampütasyonlar, bir uzvun kurtarılamadığı ve hayatı tehdit eden komplikasyonlara neden olduğu durumlar gibi yalnızca açıkça belirtilen endikasyonlarda yapılmalıdır

Diğer nedenlere bağlı ABH'ye göre ezilme ilişkili ABH'de hayatı tehdit eden komplikasyonlar daha sık olabilir, bu da daha sık ve daha erken diyaliz başlamak gerektirebilir. Burada medikal kararlar kadar lojistik faktörler daha etkili olabilmektedir. Her merkez kendi deneyim ve imkânlarına göre diyaliz tedavisine karar vermelidir.

SÖZLÜ BİLDİRİLER

SS-001

Unutulmuş bir eski düşman; kızamık hastalığı

İlyas Bingöl¹, Burcu Bursal Duramaz²

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Kızamık, Rubeola virüsünün etken olduğu akut, ateşli, bulaşıcı, döküntülü bir enfeksiyon hastalığıdır. Ateş, makülopapüler döküntü, öksürük, koriza ve konjonktivit başlıca semptomlarıdır. Pnömoni, gastroenterit, retinit ve subakut sklerozan panensefalit gibi ağır komplikasyonlara neden olabilir. Bu çalışmada amacımız, kliniğimizde yatırarak takip ettiğimiz kızamık vakalarının demografik verilerini, aşılama oranını, bulaş yollarını, tedavi süresi ve hastalık komplikasyonlarını sunmaktır.

YÖNTEM:Ocak 2023- Nisan 2023 ayları arasında Çocuk Enfeksiyon Servisinde yatırılarak ve izole edilerek tedavi verilen 49 pediatrik kızamık vakasının dosyaları geriye dönük olarak incelendi. Tüm hastaların genelgeye uygun olarak halk sağlığına bildirimleri yapıldı. Hastaların cinsiyet, yaş, aşılama durumu, bulaşın nereden olduğu, altta yatan hastalıkları, eşlik eden diğer enfeksiyonları, hastanede yatış gün sayısı ve yoğun bakım ihtiyacı olup olmadığı kaydedildi. Kızamık hastalarının hepsine risk faktörlerine bakılmaksızın A vitamini verildi. Komplikasyon gelişen çocuklara antibiyotik ve destekleyici tedavi verildi.

BULGULAR:Çalışmamızdaki 49 hastanın 28'i (%57,1) erkek, 21'i (%42,9) kızdı. 1 yaş altı hasta sayısı 15 (%30,6) idi. Hastaların 94'ünün (%71,7) kızamık aşısı yoktu. Tek doz aşılı hasta 6 (%12,25) idi. Hastaların 43 (%87,75) tanesi hiç aşı yaptırmamıştı. Tc vatandaşı hasta sayısı 32 (%65,3) idi. 9-12 ay arası 7 hasta 9.ay rutin kızamık aşısını yaptırmamıştı. 23 hastanın (%49,9) bulaş kaynağı aile içi idi. 1 hastamız (%2) aşı sonrası kızamık semptomları geliştirmişti. Hastane içi bulaş olan hasta sayısı 1 (%2) idi. Eş zamanlı 3 hastamızda (%6,1) uyuz enfeksiyonu, 1 hastamızda (%2) rotavirüs enfeksiyonu mevcuttu. Komplikasyonlardan pnömoni 29 hastada (%59,1), otit 10 hastada (%20,4), konjunktivit 10 hastada (%20,4), krup 6 hastada (%12,2) görüldü. Ex olan hastamız olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:COVID pandemisi nedeniyle azalan aşılama oranları, mülteci sorunu ve giderek artmakta olan aşı reddi nedeniyle 2023 yılının ilk aylarında kızamık vakaları tekrar görülmeye başlanmıştır. Çok hızlı bir şekilde halk sağlığı genelgesinin önerdiği şekilde ülkemizde yerli virüs geçişini durdurmak, ülke dışından gelecek yeni kızamık virüslerinin yerleşmesini önlemek ve kızamığa bağlı komplikasyonlar ve ölümleri engellemek hedeflenmelidir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, kızamık, salgın

Resim 1



Resim 2



Resim 3



SS-002

Bildiri tam metin

Pediyatrik Kist Hidatik Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi: Tek Merkez On Yıllık Deneyim

Birgöl Yıldız¹, Mahmut Can Kızıl², Yalçın Kara², Gürkan Bozan³, Eylem Kırıl³, Çiğdem Öztunalı⁴, Mehmet Surhan Arda⁵, Hüseyin İlhan⁵, Ömer Kılıç², Tercan Us⁶, Ener Çağrı Dinleyici³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon, Eskişehir, Türkiye

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım, Eskişehir, Türkiye

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Radyoloji, Eskişehir, Türkiye

⁵Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Cerrahi, Eskişehir, Türkiye

⁶Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Mikrobiyoloji, Eskişehir, Türkiye

Giriş: Kist hidatik, ekinokok türü tenyaların neden olduğu zoonotik bir hastalıktır. Kist hidatik karaciğer, akciğer, dalak, böbrek, beyin ve yumuşak doku gibi birçok organda ortaya çıkabilir. Bu çalışmada kist hidatik sebebyle takipli çocuk olguların klinik ve epidemiyolojik bulgularını değerlendirmeyi amaçladık.

Materyal ve Metot: Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakóltesi Hastanesi'nde 2012-2022 yılları arasında takip edilen 84 çocuk olgu dahil edildi. Olguların epidemiyolojik, klinik özellikleri, laboratuvar ve radyolojik bulguları ve tedavileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen, 84 hastanın 50'si (%59,5) erkek ve yaş ortalaması 137 (15-216) aydı. Olguların, 48 (%47,1)'i kırsal kesimde yaşıyordu ve 38'inin (%45,2) hayvan teması vardı. Başvuru anında en sık görülen semptomlar öksürük (%58,3), karın ağrısı (%40,5), nefes darlığı (%26,2), göğüs ağrısı (%17,9), ateş (%17,9), hemoptizi (%13,1) ve kusma (%13,1) idi. Olguların %16,7'sinde anafilaksi öyküsü, %14,3'ünde akciğer ve karaciğer rüptürü mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; hb: 12,6 mg/dl (4-17,2), lökosit 9400 /mm³, eozonofil 630 /mm³ (0-3600) idi. Vakaların %54,8'inde indirek hemaglütinasyon testi pozitif ve %48,8'inde eozonofili vardı. Olguların %41,7'sinde akciğer kisti, %32,1'inde karaciğer, %23,8'inde akciğer ve karaciğer kisti, bir hastada mesane, bir hastada over kisti ve bir hastada kardiyak kist mevcuttu. Olguların %74,5'inde tek kist bulunurken, %25,5'inde çoklu kist vardı. Akciğer kisti olan hastaların %58,2'sinde sağ lob kisti, %30,9'unda sol lob kisti ve %10,9'unda bilateral kist vardı. Gharbi skorlamasına göre hastaların %60,5'inde Tip-3 kist hidatik, %18,5'inde Tip-2, %11,1'inde Tip-1, %6,2'sinde Tip-4 ve %3,7'sinde Tip-5 hidatik kist vardı. Kist boyutları ise vakaların %58'inde >5 cm ve %42'sinde <5 cm idi. Tedavi olarak olguların %73,8'inde albendazol ve cerrahi, %25'inde sadece albendazol ve 1 olguda PAIR kullanıldı. Albendazol tedavisinin ortalama süresi 7.3 aydı.

Sonuç: Ülkemiz kist hidatik için endemik bölgelerden biridir ve çok farklı klinik bulgulara ve çeşitli organ tutulumlarına neden olabilir. Bu nedenle uzamış klinik bulgularla başvuran, kırsal kesimde yaşama ve hayvan teması öyküsü olan hastalarda kist hidatik akılda tutulmalıdır.

Olguların Klinik Ve Epidemiyolojik Özellikleri

	n:84 (%)
Cinsiyet	
Erkek	50 (59.5)
Kız	44 (40.5)
Yaş (ay)	137 (15-216)
İkamet	
Şehir	36 (42.9)
Kırsal	48 (57.1)
Hayvan Teması	38 (45.5)
Semptom Süre (ay)	2.3 (1-24)
Semptom-Bulgu	
Öksürük	49 (58.3)
Karın Ağrısı	34 (40.5)
Nefes Darlığı	22 (26.2)
Göğüs Ağrısı	15 (17.9)
Ateş	15 (17.9)
Hemoptizi	11 (13.1)
Kusma	11 (13.1)
Hepatomegali	25 (29.8)
Splenomegali	3 (3.6)
Batında Hassasiyet	20 (23.8)
Anaflaksi	14 (16.7)
Rüptür	15 (17.9)
Akciğer	12 (14.3)
Karaciğer	3 (3.6)
Laboratuvar	
Hemoflobin	12.6 ± 0.17
Anemi	12 (14)
Lökosit	9434 ± 336
Eozinofil	390 (0-3600)
Eozinofili	41 (48.8)
İndirekt Hemaglunitasyon	46 (54.8)
Lokasyon	
Akciğer	35 (41.7)
Karaciğer	27 (32.1)
Akciğer+Karaciğer	20 (23.8)
Diğer	2 (2.4)
Boyut	
Karaciğer	27
<5cm	11 (40.7)
>5cm	16 (59.3)
Akciğer	32
<5cm	8 (25)
>5cm	24 (75)
Karaciğer+Akciğer	20
<5cm	14 (70)
>5cm	6 (30)
Gharbi Sınıflaması (Karaciğer)	47
Tip-1	5 (10.6)
Tip-2	13 (27.7)
Tip-3	21 (44.7)
Tip-4	3 (6.4)
Tip-5	5 (10.6)
Tedavi	
Medikal	21 (25)
Cerrahi+Medikal	60 (71.4)
PAIR	1 (1.2)
Medikal Tedavi Süre (ay)	6 (1-24)
Kist Sayısı	
Karaciğer	
Tek	34 (72.3)
Multiple	13 (27.7)
Akciğer	
Tek	41 (74.5)
Multiple	14 (25.5)

Anahtar Kelimeler : kist hidatik , pediatrik , tedavi

SS-003

Bildiri tam metin

PANDEMİ ÖNLEMLERİNİN PEDIATRİK GASTROİNTESTİNAL PATOJENLER ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Berra Nur Aksakal¹, Yalçın Kara², Mahmut Can Kızıl², Ömer Kılıç², Ener Çağrı Dinleyici³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım BD, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut gastroenteritler çocukluk çağında en sık hastaneye başvuru sebeplerindedir. Etyolojisinde en sık virüsler, bakteriler ve parazitler yer alır. Bu çalışmayla COVID-19 pandemisi sırasında alınan, karantina ve izolasyon önlemlerinin, çocukluk çağı ishallerindeki gastrointestinal patojenlerin, etyolojisi ve epidemiyoloji üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya, Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde, akut gastroenterit sebebiyle, pandemi öncesi (Eylül 2018-Şubat 2020) ve pandemi sonrası (Mart 2020-aralık 2021) dönemde takip edilen 191 pediatrik olgu dahil edildi. Gaita mikroskopisi, gaita kültürü ve gaita multiplex PCR yöntemiyle patojen saptanan olgular retrospektif olarak değerlendirildi. Prepandemik ve pandemik dönemdeki olguların, klinik ve epidemiyolojik özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 191 olgunun, %57.1'i erkek idi. Yaş ortalaması 73 aydı. Olguların 115'i prepandemik grupta, 76'sı pandemik gruptaydı. İshale eşlik eden en sık semptom sırasıyla, ateş, kusma ve karın ağrısıydı. Olguların 38'inde kanlı ishal mevcuttu ve ortalama yatış süresi 7.3 gündü. 191 olgunun tamamına mikroskopik inceleme, 134'üne gaita kültürü, 131'ine multiplex PCR testi yapıldı. İki grupta da en sık saptanan viral patojenler nörovirüs, rotavirüs ve sapovirüsken, en sık bakteriyel patojenler enteropatojenik Escherichia coli (EPEC), Clostridium difficile ve salmonella, en sık paraziter patojenler ise Entamoeba histolytica ve Blastocystis Hominis idi. İki grup arasında yaş, cinsiyet, hastaneye yatış, başvuru semptomu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Öncesinde çoklu antibiyotik kullanım öyküsü olan olguların oranı prepandemik dönemde daha yüksekken, akut gastroenterit tedavisine yönelik antibiyotik kullanım oranı pandemik dönemde daha yüksekti. Paraziter patojenlerden Blastocystis hominis pandemik dönemde daha sık görülürken, Entamoeba histolytica prepandemik dönemde daha sıklı. Viral etkenlerden ise rotavirüs prepandemik dönemde daha sıklı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: COVID-19 pandemisi tüm dünyada birçok alanda değişikliklere yol açmıştır. Pandemi sebebiyle alınan izolasyon ve kısıtlama önlemleri başta üst ve alt solunum yolu enfeksiyonları olmak üzere birçok patojenin epidemiyolojisinde değişikliğe yol açmıştır. Karantina önlemleri sebebiyle sosyal mesafe kuralları, okulların kapatılması, kalabalık sosyal aktivitelerde kısıtlamalar, özellikle rotavirüs ve Entamoeba histolytica ishallerinde azalmaya sebep olmuştur.

Anahtar Kelimeler: pandemi, COVID-19, ishal

SS-004

Bildiri tam metin

Meningokok aşılı ile ilgili ailelerin bilgi ve tutumları ile aşı yan etkilerinin değerlendirilmesi

Esra Topal¹, Merve İşeri Nepesov², Nevzat Aykut Bayrak³

¹Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon, İstanbul

³Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Meningokok (*Neisseria meningitidis*) çocuk ve erişkinlerde menenjit ve sepsisin en sık etkenleri arasında yer almakta olup, enfeksiyonları yüksek mortalite ve morbidite ile seyretmektedir. Önlemedeki en önemli basamak olan meningokok aşısı, ülkemizde rutin aşı takviminde bulunmayıp bu nedenle yaygın aşılamamaktadır. Amacımız meningokok aşılı ile ilgili ailelerin bilgi, tutum ve davranışları ile aşı sonrası görülen yan etkileri araştırmaktır.

YÖNTEM: Şubat-Nisan 2023 tarihleri arasında hastanemiz çocuk sağlığı polikliniklerine herhangi bir nedenle başvuran, 6 ay – 18 yaş arası çocuğu olan 1000 ebeveyne yüz yüze anket uygulanarak veriler toplandı. Annenin eğitim durumu, meningokok aşısı hakkında bilgilendirme yapıp yapılmadığı, çocukların aşılanma durumları, aşı yaptırmayanların yaptırmama nedenleri, yaptıranlarda ise aşı sonrası yan etkiler sorgulandı.

BULGULAR: Çalışmaya alınan 1000 çocuğun yaş ortalaması 78 (6-216) aydı. Annelerin % 5'i okur yazar olup, %37.5'i ilköğretim, % 29,1'i lise, % 24,8'i üniversite mezunu iken %3.6'sı yüksek lisans mezunu idi. Ebeveynlerin 420'si (%42) meningokok aşısı hakkında daha önce hiç bilgilendirilmediğini ifade etti. Meningokok aşısı hakkında ebeveynlerin %58'inin bilgisi olup bunlardan 138'i (%13.8) çocuğuna meningokok aşısı yaptırdığını ifade etti. Aşığı duyup yaptırmayanların % 50'si detaylı bilgilendirilmediği için, %12.8'i hastalık az görüldüğü için, %10,6'sı yan etkisi olduğunu düşündüğü için, %8,5'i bütçe nedeniyle yaptırmadığını ifade etti. Aşı sonrası olguların %21,7'sinde yan etki görülmüş olup en sık yakınma ateştir (%13). Aşı olanların sadece %1.4'ü aşı sonrası hastaneye başvururken hiçbir hastada hastane yatışı gerektiren bir durum gelişmemiştir.

Aşığı hiç duymayanların %63.7'si ($n= 267$) ilköğretim mezunu iken, %8.6'sı ($n= 36$) üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunudur ($p < 0.001$). Aşığı yaptıranların %3.6'sı ($n= 5$) ilköğretim mezunu iken, %74.6'sı ($n= 103$) üniversite ve yüksek lisans/doktora mezunudur ($p < 0.001$).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ebeveynlerin meningokok aşılı hakkındaki bilgi düzeyleri yetersiz olup, farkındalığın artmasında özellikle pediatristler olmak üzere tüm sağlık çalışanlarına önemli görevler düşmektedir. Aşı sonrası yan etki riski düşük olup, hiçbir hastada ciddi yan etki gözlenmemiştir.

Anahtar Kelimeler: Aşı, Bilgi, Çocuk, Meningokok aşısı

SS-005

Bildiri tam metin

HIV Pozitif Anne Bebeklerine Yaklaşım

Pınar Önal¹, Deniz Aygün¹, Gözde Apaydın Sever¹, Beste Akdeniz¹, Gülşen Kes¹, Zeynep Alp Ünkar², Ersin Ulu², Mehmet Vural², Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi- Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Çocuklarda edinilmiş immün yetmezlik sendromunun (HIV) bulaşı, erişkinlerden farklı olarak en sık anneden bebeğe geçiş yoluyla olur. Vertikal geçiş %1-2 oranlarında bildirilmekte olup doğum şekliden, annenin viral yükünden ve emzirme durumundan etkilenmektedir. Çalışmamızda, kliniğimizde HIV pozitif annelerden doğan bebeklerin klinik bilgilerini değerlendirilmesini amaçladık.

YÖNTEM: 2011-2022 yılları arasında doğan, annesi HIV pozitif olan 16 bebek çalışmaya dahil edildi.

BULGULAR:16 bebeğin 7'si kız 9'u erkekti. Dört bebeğin annelerine ait viral yükü (HIV-RNA) pozitif saptandı. Tüm bebekler sezeryanla doğmuş ve hiçbir anne sütü almamıştı. 13 bebeğin tekli zidovudin tedavisi, 3 bebeğin ise nevirapin ve lamivudinle kombine tedavi aldığı saptandı. Tüm bebekler trimetoptim- sülfometaksazol profilaksisi aldı, hiçbir bebekte tedaviye ilişkin bir yan etki gözlenmedi. 16 bebeğin 3'ünde bazal viral yük 79-130.000 kopya/ml arasında saptandı. Kombine tedavi verilen bu hastaların takibinde, bir bebekte tüm HIV-RNA kopyaları sıfır saptandı. 2 bebeğin ise kopya sayısı yüksek devam ettiği için, HIV enfekte kabul edilerek tedavileri düzenlendi. Bu 2 hastadan birinde ilaç direnci mevcuttu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Antenatal tedavi ile HIV-RNA kopya sayısının düşük tutulması, doğumun sezeryan ile yapılması ve emzirmenin engellenmesiyle, anneden bebeğe HIV geçişi %1-2 oranında bildirilmektedir. Çalışmamızda annenin gebelikte kopya sayısının yüksek olduğu ve tedavi uyumunun sıkıntılı olduğu 3 vakada (%18) vertikal geçiş gözlenmiştir. Bu hastalarda , emzirme engellendiği ve sezeryanla doğum gerçekleştiği halde bulaşın olmasının, annelerin 2. ve 3. trimesterlerinde HIV-RNA kopya sayısının yükselmesine bağlı olduğu düşünülmüştür. Anneden bebeğe HIV geçişinin engellenmesi için gebelikte etkin antiretroviral tedavi verilmesi, emzirmenin engellenmesi, sezeryanla doğumun sağlanması ve bebeğe profilaktik tedavi verilerek yakın takip edilmesi kritik önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Hiv, anne, bebek, profilaksi

SS-006

Bildiri tam metin

Deri Prik Testlerinin Termografik Değerlendirmesi İçin Yeni Parametre: Kalorik Alerji İndeksi

¹Oğuzhan Serin, ²Devrim Onder, ³Umit Murat Sahiner, ³Bulent Enis Sekerel, ³Ozge Uysal Soyer

¹Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

²İnfrared Yazılım ArGe Danışmanlık Mühendislik Ltd. Şti., İzmir

³Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Tip 1 aşırı duyarlılığın tahminini doğrulamak için sıklıkla deri prik testleri kullanılır. Ancak uygulanması, ölçülmesi ve yorumlanması, insana bağımlı olması nedeniyle teşhis değerini azaltabilir. Tıbbi termografi, alerji testlerinde non-invaziv, objektif ve kantitatif veriler sağlayabilir. Sınırlı sayıda erişkin çalışmasında deri prik testlerinin termografik analizinde hangi tanısal parametrenin kullanılacağı konusunda fikir birliği yoktur. Bu çalışmada, yeni bir tanı parametresi tanımlamak ve deri prik testindeki termografik değerlendirme sonuçlarının (ısı değişimi) geleneksel ölçüm sonuçlarıyla (ödem çapı, "tümör") uyumlu olduğu hipotezini test etmek amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Toplam 63 çocuğun deri delme testi sürecinde FLIR One Pro mobil termal kamera yardımıyla tekrarlayan termal görüntüler alındı. Akıllı telefona entegre edilen termal kamera ile deri prik testi bekleme sürecinde tekrarlayan görüntü alındı. Mekânsal bağıl ısı hesaplaması için her görüntüde yer alan pozitif kontrol alanı(Cp), negatif kontrol alanı(Cn) ve alerjen bölgesi(A) noktasal ısı ölçümlerinin bir fonksiyonu alındı. Sıcaklık değeri araştırılan her bir bölgenin pozitif ve negatif kontrol sıcaklıklarına göre konumunu deri reaktivitesi cinsinden ifade eden Kalorik alerji indeksi (KAİ) asıl tanısal parametre olarak kabul edildi.

BULGULAR: KAİ sonuçlarına göre her bir alerjen bölgesinin farklı ısınma paterni vardır. Çayır ve Ot alerjenleri için duyarlı olan bölgelerde olmayanlara göre anlamlı sıcaklık farkı henüz 2. dakikada başlarken; Cynadon, Kedi, D. farina., D. pteronyssinus bölgelerinde anlamlı farklılığın 5.dakikada ortaya çıktığı saptanmıştır. Test sonu(15. dak) kabarıklık çapı ve bağıl ısı ölçümü arasında doğrusal ilişki yok iken bu iki ölçüm sonuçları arasında önemli derece anlamlı uyum iyiliği saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Nihayetinde medikal termografiyle alerji deri prik testlerinde geleneksel ölçüm sonuçlarıyla uyumlu objektif ve kantitatif bilgi üretilebilir. Termografi kullanımıyla insan hatalarından kaynaklı yanlış sonuçlar azaltılabilir ve daha doğru tanı konulabilir. Alerjiyi daha iyi görmek daha çok bilmek anlamına gelecektir

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Deri prik testi, Termografi, Yeni tanısal yöntem

SS-007

Bildiri tam metin

ALERJİK RİNİTİLİ ÇOCUKLARDA ÇEVRESEL SİGARA DUMANI MARUZİYETİNİN NAZAL ETKİLERİ

Ecem Yiğit¹, Özge Yılmaz², Cevval Ulman³, Hasan Yüksel⁴

¹Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Alerjisi ve Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

³Manisa Celal Bayar Üniversitesi Hafsa Sultan Hastanesi

⁴Çocuk Alerji ve Astım Muayenehanesi

GİRİŞ ve AMAÇ: Sigara dumanına maruz kalmak allerjen sensitizasyonunu ve allerjik hastalığın şiddetini artırır. Miyeloperoksidaz (MPO) enzimi, nazal mukozadaki nötrofil aktivasyonunun göstergesidir. Solunum epitel hücreleri proteini club cell-16 (CC-16), epitel hücrelerinde anti-enflamatuar ve sitoprotektif aktiviteye sahiptir. Literatürde bu iki biyobelirtecin çevresel sigara dumanı (ÇSD) maruziyeti olan allerjik rinit (AR)'li bireylerdeki durumunun incelendiği çalışmalara rastlanmamıştır. Bu çalışma ile amacımız ÇSD maruziyetinin AR'nin burun mukozasında meydana getirdiği değişikliği göstermek ve AR semptomları üzerindeki etkisini ortaya koymaktır.

YÖNTEM: Çalışmaya CBÜ Çocuk Alerji İmmünoloji Polikliniğine 2020 Ağustos-2021 Ağustos tarihleri arasında başvuran, 5-16 yaşları arasında allerjik rinit tanısı ile takip edilmekte olan 204 hasta dahil edildi. Başvuru anında hasta verileri kaydedildi. AR semptomları total 5 semptom skoru (T5SS) skora göre değerlendirildi. Aynı gün içinde CC16 ve MPO düzeyi değerlendirmek üzere nazal lavaj örneği, kotinin düzeyi değerlendirmek üzere idrar örneği toplandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 204 hastanın %26'sında ÇSD maruziyeti saptandı. ÇSD maruziyeti saptanan olguların yaş ortalaması daha yüksek bulundu ($p<0.05$). ÇSD maruziyeti oranı persistan AR hastalarında intermittan AR hastalarına göre daha yüksek saptandı ($p<0.05$). ÇSD maruziyeti olan hasta grubunun T5SS değeri, maruziyeti olmayan gruba göre daha yüksek bulundu ($p<0.05$). Yaş ve T5SS ile MPO düzeyleri arasında negatif yönde korelasyon saptandı ($p<0.05$). Düşük CC-16 düzeyine sahip allerjik rinitli hastaların çevresel sigara dumanına maruz kalma oranının daha fazla olduğu tespit edildi ($p<0.05$). ÇSD maruziyeti ile MPO düzeyleri arasında ilişki bulunmadı.

SONUÇ: Çalışmamızda sigara dumanı maruziyeti olan allerjik rinitli olgularda CC-16 düzeyinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Bu durum sigara dumanı maruziyetinin nazal epitelde oluşturduğu hasar ile ilişkili olabilir. Bu hasarı destekleyen bir diğer bulgu ise ÇSD maruziyetinin daha sık ve ağır AR bulguları ile ilişkili olduğunun gösterilmiş olmasıdır. Nötrofilik yangı göstergelerinden olan MPO ile ÇSD maruziyeti arasında ilişki bulunmazken hastalık semptom skorunun MPO ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Bu durum, ÇSD maruziyetinin allerjik rinit ağırlığına olan etkisinde, epitel hasarı ile olan ilişkisinin nötrofilik yangıya göre daha belirgin rol oynadığını düşündürmüştür.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: club cell-16, miyeloperoksidaz, çevresel sigara dumanı, allerjik rinit

SS-008

Bildiri tam metin

ANNE SÜTÜ PESTİSİT DÜZEYLERİ İLE İLK 1 YAŞTA ALLERJİK HASTALIK GELİŞİMİ RİSKİ

Seyhan Erişir Oygucu¹, Umut Kökbaş², Nilüfer Galip Çelik¹

¹Girne Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Girne

²Nevşehir Hacı Bektaş Veli Üniversitesi, Biyokimya ABD, Nevşehir

Amaç: Pestisidler, hava kirliliği ve uçucu solventler gibi çevresel toksinlere maruziyetin astım ve alerjik hastalık riskini arttırdığı bilinmektedir. Epidemiyolojik çalışmalar çocukların intrauterin dönemde pestisitlere maruz kaldığını ve doğumdan sonra maruziyetin anne sütü ile devam ettiğini göstermektedir. Bu çalışmada anne sütünde pestisit düzeyleri ile ilk 1 yaşta gelişen atopik dermatit, gıda allerjisi ve tekrarlayan hışıltı ataklarının ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Dr Suat Günsel Girne Üniversitesi Hastanesinde Temmuz 2019 ile Ocak 2021 yılları arasında doğan ya da Pediatri Polikliniği'ne doğumdan sonraki ilk 6 ayda başvuran 93 anne ve bebeği çalışmaya dahil edilmiştir. Alınan anne sütü örneklerinden 6 organoklor bileşiği rezidüsü analiz edilmiş, bebekler 1 yaşına kadar alerjik hastalık gelişimi açısından takip edilmişlerdir.

Bulgular: 93 anne sütü örneğinin 28'inde (%30) pestisit kalıntısı tespit edilmiştir. Tüm örnekler içinde %25.7 oranıyla en fazla saptanan pestisit Endrin olarak saptanmıştır. Bunu sırasıyla Diklorordifenildikloroetan (DDD), Diklorordifeniltrikloroetan (DDT), Heptaklor, Diklorordifenildikloroetilen (DDE) ve Lindan'ın izlediği gözlenmiştir. Anne sütü ile beslenmeye bağlı bebek sağlığı açısından tahmini risk değerlendirilmesinde total tahmini günlük alım değerlerinin 8×10^{-6} ile 5.63×10^{-3} mg/kg/gün arasında değişmekte olduğu (ortalama 1.94×10^{-3} mg/kg/gün) ve en yüksek tahmini günlük alım ve tehlike oranının sırasıyla 2.42×10^{-3} mg/kg/gün, 4.84 değerleri ile Heptaklorla ait olduğu bulunmuştur. Anne sütünde heptaklorun var olduğu tüm infantlarda tahmini günlük alım değerlerinin de, geçici günlük tolere edilebilir alım değerini aştığı tespit edilmiştir. Anne sütünde organoklor pestisid kalıntısı varlığı ile hayatın ilk 1 yılında gıda allerjisi, rinit, hışıltı atakları ve atopik dermatit arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Yasaklanmış olan organoklor pestisitler halen anne sütünde dahi ölçülebilir oranda tespit edilmekte ve uzun dönem etkileri nedeniyle çocuk sağlığı açısından risk yaratmaktadırlar. Pestisit maruziyeti ve alerjik hastalık gelişimi arasındaki ilişkinin varlığı bilinmekle birlikte bu çalışmada anne sütündeki pestisit varlığı ile ilk 1 yaşta alerjik hastalık gelişimi arasında direk ilişki gösterilememiştir. Daha geniş vaka sayıları ile yapılacak çalışmalarla farklı sonuçlar elde edilebileceği olasıdır.

SS-009

Bildiri tam metin

ALERJİK KONJONKTİVİTLİ HASTALARDA GÖZYAŞINDAKİ IFN-GAMMA, IL-4, IL-10, EOZİNOFİLİK KATYONİK PROTEİN DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Burak Taha Keşkekoğlu¹, Mustafa Atilla Nursoy²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Alerjik konjonktivit (AK) pediyatrik yaş grubunda sık görülen, yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen alerjik reaksiyonlardandır. Gözyaşı, gözü korumaya yardımcı olan, içeriğinde birçok hücre, protein vs. içeren bir sıvıdır. Gözyaşı örnekleri erişimi, toplanması kolaydır. Basit bir yöntemlerle toplanması nedeniyle sık kullanılmaktadır.

Çalışmamızı AK patogenezinde önemli rol oynadıkları bilinen gözyaşı sitokinleri üzerinden planlayıp, alerjik mekanizmalara farklı etkileri olan sitokinleri tercih ettik. Th2 kaynaklı IL-4, Th1 kaynaklı IFN-Gamma, anti-inflamatuar olarak IL-10 ve eozinofil kaynaklı olarak ECP üzerinden alerjik inflamasyonu farklı yönlerden incelemeyi, bu sitokinlerin serum parametreleriyle korelasyonunu değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza 6-18 yaş aralığındaki Çocuk Alerji Polikliniklerimizde AK tanısı alan toplam 27 hasta, kontrol grubu olarak Göz Hastalıkları Polikliniklerine gelen herhangi bir kronik veya ek hastalığı olmayan 27 sağlıklı çocuk dahil edildi. Gözyaşı numuneleri schirmer filtre kağıtlarıyla schirmer 1 test protokolüne göre toplanıp -40°C muhafaza edildi. Deney günü numuneler biyokimya laboratuvarımızda oda sıcaklığına getirildi. Protein ölçümleri yapılan numunelerden yeterli protein miktarına sahip olan numuneler seçilip çalışmaya dahil edildi. Seçilen numuneler ELISA kit protokolüne uygun bir şekilde çalışıldı. Standart grafiği çizilerek her bir örneğin değeri protein miktarları ile hesaplandı. İstatistiksel analizleri yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya katılan vaka-kontrol grupları arasında cinsiyet ve yaş ortalaması olarak anlamlı fark yoktu. Sitokinler cinsiyetler arasında karşılaştırma yapıldığında anlamlı fark yoktu. Vaka grubunda tedavi öncesi ve sonrası sonuçlar arasında sadece IFN-Gamma'da anlamlı yükseklik vardı. Diğer sitokinler arasında anlamlı bir fark yoktu. Tedavi öncesiyle kontrol grubu sonuçları arasında IL-4 ve ECP düzeylerinde anlamlı yükseklik vardı. Tedavi sonrasıyla kontrol grubu sonuçları arasında IL-4, ECP, IFN-Gamma'da anlamlı fark vardı. IL-10 sonuçlarında, hiçbir grupta anlamlı fark gözlenmemiştir. IL-4, ECP, IFN-Gamma ve IL-10 düzeyleriyle Total IgE ve eozinofil yüzdesi arasında korelasyon yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: IL-4 ve ECP hasta grupta sağlıklı gruptan daha yüksek olması alerjik inflamasyonda Th2 kaynaklı IgE aracılı tip 1 reaksiyonu ve eozinofilik infiltrasyona bağlı gelişen alerjik inflamasyonu desteklemektedir. Tedaviye yanıtı değerlendirmede yeterli parametreler olmadıklarını gözlemledik. Tedavi sonrası klinik düzelme olmasına rağmen IL-4, ECP düzeylerinin sağlıklı gruptan yüksek olması konjonktivada hala devam eden bir subklinik inflamasyonun olabileceğini düşündürmektedir. IFN-Gamma'nın alerjiyi kanıtlamada etkin bir parametre olmadığını, alerjik inflamasyonun Th1 kaynaklı sitokinleri baskıladığını, Th2 orjinli alerjik inflamasyon, tedavi ile baskılandığı zaman IFN-Gamma düzeylerinin yükseldiğini ve böylece terapötik yanıtı değerlendirmede anlamlı bir test olabileceğini gözlemledik.

ANAHTAR KELİMELER: Alerjik Konjonktivit, Gözyaşı, IFN-Gamma, IL-4, IL-10, Eozinofilik Katyonik Protein

Tablo 1: Vaka ve kontrol gruplarının laboratuvar parametreleri.

	Kontrol Grubu Medyan (Min.-Maks.)	Vaka Grubu Tedavi Öncesi Medyan (Min.-Maks.)	Vaka Grubu Tedavi Sonrası Medyan (Min.- Maks.)
ECP (pg/mL)	25,26 (14,30- 146,61)	38,02 (24,88- 62,68)	38,71 (27,99- 135,84)
IL-4 (pg/mL)	22,55 (11,97- 134,31)	33,74 (16,96- 100,71)	40,62 (14,76- 142,38)
IL-10 (pg/mL)	1,39 (0,86- 4,49)	1,81 (0,58- 3,43)	1,67 (0,93- 4,67)
IFN-Gamma (pg/mL)	1,77 (0,45- 5,69)	2,78 (1,05- 8,81)	3,90 (1,36- 30,85)
Total IgE (IU/mL)		214,70 (33,2- 2874,0)	
Eozinofil %		6,26 (0,35- 12,4)	

Tablo 2: Vaka grubu tedavi öncesi ile tedavi sonrası sitokin değerleri.

	Vaka Grubu Tedavi Öncesi Medyan (Min.-Maks.)	Vaka Grubu Tedavi Sonrası Medyan (Min.- Maks.)	p
ECP (pg/mL)	38,02 (24,88- 62,68)	38,71 (27,99- 135,84)	0.274
IL-4 (pg/mL)	33,74 (16,96- 100,71)	40,62 (14,76- 142,38)	0.986
IL-10 (pg/mL)	1,81 (0,58- 3,43)	1,67 (0,93- 4,67)	0.741
IFN-Gamma (pg/mL)	2,78 (1,05- 8,81)	3,90 (1,36- 30,85)	0.039

Wilcoxon Signed Ranks Test

Tablo 3: Vaka grubu tedavi öncesi ve kontrol grubu sitokin değerleri.

	Kontrol Grubu Medyan (Min.-Maks.)	Vaka Grubu Tedavi Öncesi Medyan (Min.-Maks.)	p
ECP (pg/mL)	25,26 (14,30- 146,61)	38,02 (24,88- 62,68)	0.017
IL-4 (pg/mL)	22,55 (11,97- 134,31)	33,74 (16,96- 100,71)	0.007
IL-10 (pg/mL)	1,39 (0,86- 4,49)	1,81 (0,58- 3,43)	0.145
IFN-Gamma (pg/mL)	1,77 (0,45- 5,69)	2,78 (1,05- 8,81)	0.145

Mann-Whitney U Test

Tablo 4: Kontrol grubu ve vaka grubu tedavi sonrasında sitokin değerleri.

	Kontrol Grubu Medyan (Min.-Maks.)	Vaka Grubu Tedavi Sonrası Medyan (Min.- Maks.)	p
ECP (pg/mL)	25,26 (14,30- 146,61)	38,71 (27,99- 135,84)	0.003
IL-4 (pg/mL)	22,55 (11,97- 134,31)	40,62 (14,76- 142,38)	0.011
IL-10 (pg/mL)	1,39 (0,86- 4,49)	1,67 (0,93- 4,67)	0.253
IFN-Gamma (pg/mL)	1,77 (0,45- 5,69)	3,90 (1,36- 30,85)	0.003

Mann-Whitney U Test

Tablo 5: ECP, IL-4, IL-10 ve IFN-Gamma değerlerinin Total IgE ve Eozinofil yüzdesi ile korelasyonu.

		Total IgE	Eozinofil %
ECP	r	-0.342	-0.439
	p	0.130	0.047
IL-4	r	0.018	-0.255
	p	0.938	0.265
IL-10	r	-0.269	-0.031
	p	0.239	0.893
IFN-Gamma	r	-0.077	0.170
	p	0.741	0.461

Spearman Korelasyon

SS-010

Bildiri tam metin

2020-2021 Yıllarında Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Astım Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi

Betül Gemici Karaaslan¹, Oğuzhan Tin², Özge Kaynar², Sezin Aydemir¹, Cansu Durak³, Fatih Aygün³, Ayça Kıyıkım¹, Haluk Çokuğraş¹

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk İmmunoloji ve Allerji Bilim Dalı

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Astım tanısı olan hastaların tekrarlayan hastane ve yoğun bakım yatışları ciddi bir morbidite olarak karşımıza çıkmaktadır. Astım nedeniyle YBÜ yatışı olan hastaların ortak özelliklerinin belirlenmesi, tekrarlayan yatışların önüne geçebilir. Uluslararası astım kılavuzunda yoğun bakım yatışı astım için olumsuz risk faktörü olarak tanımlanmıştır, fakat bununla ilgili yeterince çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada 2020-2021 yıllarında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde astım tanısı ile takip edilen hastaların prospektif olarak klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: 2020-2021 yıllarında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde astım ön tanısı ile takip edilen 60 hastanın taburculuk sonrası izlemlerinde prospektif olarak klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilerek, izlemde ortaya konan etiyolojilerin, astım tanısı aldılar ise risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmaktadır.

Bulgular: 60 hastanın 37'si erkek 23'ü kız idi. Yaş ortalaması 58 aydı. Ortalama semptom başlangıç yaşı 19,5 aydı. Yoğun bakımda yatış yaşı ortalama 46 ay (min: 5ay, max:175ay) idi. Hastaların %50'sinde atopi öyküsü mevcuttu. Yoğun bakım yatışı öncesinde 4 hastanın IKS , 2 hastanın montelukast kullanımı , 3 hastanın besin allerjisi mevcuttu. Başvuru anında hastaların 4'ünün ateş yüksekliği, 45'inin CRP yüksekliği saptanmıştı. 13 hastanın ilk atağıydı. Bunlardan 3 tanesi astım , 5 tanesi ise astım dışı akciğer hastalıkları açısından tetkik edildi. Solunum fonksiyon testi yapılabilen 4 hastanın 3'ünün SFT'si astım ile uyumlu bulundu. 23 hasta DPT ile değerlendirildi. 6 hasta nonatopik, 7 hastanın ev tozu, 2 hastanın alternaria , 8 hastanın ot-polen-ev tozu, hayvan ve küf olmak üzere çoklu aeroallerjen duyarlılığı pozitif. Ter testi yapılan 3 hastadan 1'inin sonucu şüpheli saptanması üzerine CTRF gen analizi gönderildi. PPD yapılan 5 hastanın 1'inin sonucu pozitif gelmesi üzerine akciğer tüberkülozu açısından tetkikleri planlandı.

Tartışma ve Sonuç : Astım, 339 milyon insanı etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Yapılan çalışmalar astım nedeniyle YBÜ yatışı olan hastaların daha sık ve kısa sürede astım atak geçirdiğini göstermektedir. Hastaların risk faktörlerini belirlemek ve yönetebilmek morbiditenin önlenmesinde çok önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Astım, risk faktörleri, yoğun bakım

SS-011

Bildiri tam metin

Jüvenil sistemik lupus eritematozusta kalıcı hasarın organlara göre dağılımı ve olası risk faktörleri ile ilişkisinin incelenmesi

Muhammed Alperen Eravşar¹, Kaan Can Demirbaş³, Sezgin Şahin², Elif Kılıç Könte², Esmâ Aslan², Aybüke Günalp², Fatih Haşlak², Mehmet Yıldız², Amra Adrovic Yıldız², Kenan Barut², Nur Canpolat⁴, Salim Çalışkan⁴, Özgür Kasapçopur²

¹ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

² İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Romatolojisi Bilim Dalı

³ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi

⁴ İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Nefrolojisi Bilim Dalı

Giriş: Sistemik Lupus Eritematozus (SLE) çoklu organ tutulumu ve organlarda kalıcı hasar bırakma riski olan sistemik otoimmün bir hastalıktır. Olguların %20 kadarı 18 yaş altında başlar ve jüvenil SLE (jSLE) olarak isimlendirilir. Hasarın ve organ dağılımının değerlendirilmesi için PedSDI hasar indeksi kullanılmaktadır. Hastalık sürecinin ve risk faktörlerinin iyi kontrol edilmesi, morbidite ve mortalitenin azaltılması için önem taşımaktadır. Çalışmamızda amacımız jSLE hastalarımıza ait demografik, klinik, laboratuvar verileri incelemek ve hasarla ilişkili risk faktörlerini belirlemektir.

Gereç ve Yöntemler: Kliniğimizde takip edilen 102 jSLE hastasının verileri hastalık başlangıcından itibaren tüm ziyaretleri içerecek şekilde retrospektif olarak toplanmıştır. Hasarın incelenmesi için PedSDI skorlaması kullanılmıştır. Skorlamaya göre hastalar hiç hasar olmayan grup (PedSDI=0), hasar gelişen grup (PedSDI ≥1) ve belirgin hasarı olan grup (PedSDI ≥2) olmak üzere 3 gruba ayrılmıştır.

Bulgular: Ortalama tanı alma yaşı 12.9 (±3.6), cinsiyet dağılımı F:M (5.4:1) olarak belirlendi. Ortalama her 3 hastamızın 1'inde kalıcı hasar olduğu görüldü (n=34, %33.4). Hasarın organlara dağılımına bakıldığında ilk 3 sırada renal (%11.8), nöropsikiyatrik (%8.8) ve cilt (%5.9) yer almaktaydı. Diğer organ sistemlerinde ise: Pulmoner (%3.9), göz (%3.9), kardiyovasküler (%2), kas ve iskelet (%1), prematür gonadal yetmezlik (%2), büyüme gelişme geriliği (%24) ve gecikmiş puberte (%2) olarak görüldü.

Hasar gelişimi açısından; fotosensitivite, serozit, nöropsikiyatrik tutulum, immünolojik tutulum, alopesi, hematolojik tutulum, ANA/anti-dsDNA pozitifliği ile beraber nefrit, hipertansiyon ve anti-RNP pozitifliği bulgularının varlığı anlamlı bulunmuştur. Bulgular içerisinde özellikle nöropsikiyatrik ve renal tutulum, belirgin hasar gelişmesi (PedSDI ≥2) ile ilişkili tespit edilmiştir.

Sonuç: Çalışmamızda her 3 jSLE hastasının 1'inde kalıcı hasar geliştiği, özellikle nöropsikiyatrik ve renal tutulumun hasar gelişimi ve belirgin hasar gelişmesi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğu gösterilmiştir. En sık hasar büyüme gelişme geriliği olup her 4 hastadan birinde saptanmıştır. Nöropsikiyatrik ve böbrek tutulumu olan hastalar, hasar gelişimi riski nedeniyle çok daha yakından izlenmelidir. jSLE hastalarının büyüme gelişmesi yakın takip edilerek büyümeyi olumsuz etkileyecek hastalık aktivitesi ve/veya tedavi ajanları sıkı kontrol edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: PEDSDI, Sistemik, Lupus, Eritematozus, jSLE, nefrit

SS-012

Pediyatrik İdyopatik Rekürren Perikarditler

Aybüke Günalp¹, Nujin Ulug Murt², Elif KILIÇ KÖNTE¹, Esmâ Aslan¹, Fatih Haşlak¹, Mehmet YILDIZ¹, Sezgin Sahin¹, Amra Adrovic Yildiz¹, Kenan Barut¹, Ozgur Kasapcopur¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji

GİRİŞ VE AMAÇ:Perikardiyal enflamasyon belirti ve bulgularının, bir akut perikardit atağını takip eden en az 4-6 haftalık semptomsuz bir dönemden sonra ortaya çıkması olarak tanımlanır. Otoimmün mekanizmaların bu hastalıkta önemli bir rol oynadığı düşünülmektedir. Amacımız pediyatrik rekürren perikardit olgularının tanıdan tedaviye seyrini değerlendirmek ve etyolojisi aydınlatılamamış olgularda genetik ve otoimmün mekanizmaları araştırmaktır.

YÖNTEM:Kliniğimizde takipli tekrarlayan perikardit atakları olan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri, tedavi yanıtları geriye dönük olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Kliniğimizde tanı almış tekrarlayan perikarditi olan 12 hasta incelenmiştir. Hastaların 9'u (%75) erkektir. Yaş ortalamaları: 13.3 (± 4.4) yıl, ortalama semptom başlangıç yaşı: 9.7 (± 4.2) yıl ve takip süreleri ortalama: 3.5 (±2.7) yıldır. Ataklarda hastaların 8 (% 66.7)'sinde ateş, 5 (%41.7)'inde omuz ağrısı, 5 (% 41.7)'inde sırt ağrısı, 3 (% 25) hastada bulantı ya da kusma, 3 (% 25) hastada karın ağrısı, 3 (% 25) hastada nefes darlığı ve 2 (%16.7) hastada çarpıntı gözlenmektedir. 1 hastada ek olarak minimal plevral efüzyon ilk atakta gözlenmiştir. Tüm hastaların otoinflamatuvar paneli incelenmiş olup; 8 (% 66.7) hastanın normal ve 4 (%33) hastanın da MEFV Ekzon 2'de heterozigot mutasyonu saptanmıştır. Başlangıç tedavileri tüm hastalarda kolşisin ve buna ek olarak 7 (% 58.3) hastada metil prednisolon ve 1 hastada prednisolon şeklindedir. Takibinde tekrarlayan atakları olan 8 (% 66.7) hastanın tedavisine anti-IL-1 eklenmiştir. Tüm hastalarda kolşisin tedavisine devam edilmekte ve ek olarak 4 (% 33.3) hastaya anakinra, 3 (% 25) hastaya kanakinumab başlanmıştır. Steroid tedavisi hala almakta olan 1 hastamız bulunmaktadır. Anti IL-1 kullanmaya başlayan 8 hastanın tedavi öncesi yıllık ortalama atak sayıları: 4.25 (± 2.6); anti IL-1 tedavi başladıktan sonraki yıllık ortalama atak sayıları: 1.38 (± 1.7) dir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Erişkinlerde yapılan çalışmalarda otoimmün ve genetik mekanizmaların tekrarlayan perikardit atakları etiopatogenezinde etkili olabileceğine dair kanıtlar gösterilmiştir. Bu konuda pediyatrik hasta grubunda yapılan çalışmalar sınırlıdır. Çok merkezli bir çalışma ile hastalıkla ilgili bilgi ve deneyimimizi güçlendirmeyi hedeflemekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Perikardit, MEFV, Otoenflamatuvar

SS-013

Bildiri tam metin

Magnetik Rezonans Görüntüleme ile Saptanmış Sakroileiti Olan Hastaların Tedavilerinin Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi

Hakan Demir¹, Mehmet Yıldız², Fatih Haşlak², Aybüke Günalp², Elif Kılıç Könte², Esmâ Aslan², Oğuzhan Tin¹, Amra Adrovic², Sezgin Şahin², Kenan Barut², Özgür Kasapçopur²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Amaç: Juvenil spondiloartritler, çocukluk çağında başlangıç gösteren ve aksiyel iskelet tutulumu gösteren bir grup hastalığı tanımlayan çatı tanımdır. Bu hastalarda aksiyel iskelette sakroiliak eklem sık bir tutulum bölgesi olup, erken ve etkin tedavi edilemezse uzun dönemde önemli morbiditelere neden olabilmektedir. Bu çalışmada, bir referans merkezde takip edilen ve magnetik rezonans görüntüleme(MRG) ile saptanmış sakroileiti olan hastaların tedavilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntemler: Kliniğimizde takip edilen ve magnetik rezonans görüntüleme ile saptanmış sakroileiti olan 141 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, klinik, laboratuvar, görüntüleme bulguları ve tedavileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 141 hastanın (erkek/kız: 95/46) ortalama yaşı 18.3± 3.87 yıl idi. Hastalar klinik ve laboratuvar bulguları ile ILAR kriterlerine göre değerlendirildiğinde; 85(%60.3)'i entezit ilişkili artrit, 5(%3.5)'i psöriatik artrit, 51(%36.1)'i sınıflandırılmayan juvenil idiyopatik artrit kriterlerini karşılamaktaydı. Hastaların 116(%82.3)'sı PRINTO kriterlerine göre entezit/spondilit ilişkili artrit kriterlerine uygundu. Hastaların ilk sakroiliak MRG'sinde 106(%75.2) hastada aktif sakroileit, 18(%12.8)'inde kronik sakroileit, 7(%5)'sinde aktif ve kronik sakroileit bulguları saptanmıştı. Takipte MRG'si tekrar edilen hastaların 27(%19.1)'sinde aktif sakroileit, 12(%8.5)'sinde kronik sakroileit, 2(%1.4)'sinde aktif ve kronik sakroileit bulguları saptanmıştı ve 44(%31.2) olgunun MRG'leri normal olarak değerlendirildi. Hastaların tercih edilen ilk konvansiyonel hastalık modifiye edici ajanlar (cDMARD) sırasıyla metotreksat [106(%82.1)], sülfosalazin [22(%17)] ve leflunamid [3(%2.3)] idi. Başlanılan cDMARD'ların 46(%35.6)'sına halen devam edilmekteydi, 36(%27.89)'sı remisyona nedeniyle kesilmişti, 22(%17.1)'sinde başka bir cDMARD'a geçilmişti ve geriye kalan olgularda cDMARD kesilerek bDMARD'a geçilmişti. Hastalarda kullanılan ilk bDMARD'lar etanersept [45 (%31.9)] ve adalimumab [31(%22)] idi. Başlanılan bDMARD'ların 59(%77.6)'una halen devam edilmekteydi. Biyolojik DMARD kullanılan hastaların 5(%6.6)'inde remisyona nedeniyle 12'sinde ise başka bir bDMARD'a geçildiği için tedavi sonlandırılmıştı. Biyolojik ajanlar arasında değişim yapılan hastaların 10(%83.3)'unda adalimumab, 1(%8.3)'inde inflixumab ve 1(%8.3)'inde tosilizumab tercih edilmişti.

Sonuçlar: MRG ile saptanmış sakroileiti olan hastaların tedavilerinin retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmamızda sakroileit tanılı hastaların uzun süren tedavi gereksinimlerinin olabildiğini ve hastaların çoğunda bDMARD kullanımı gereksinimi olabildiğini bildirmekteyiz.

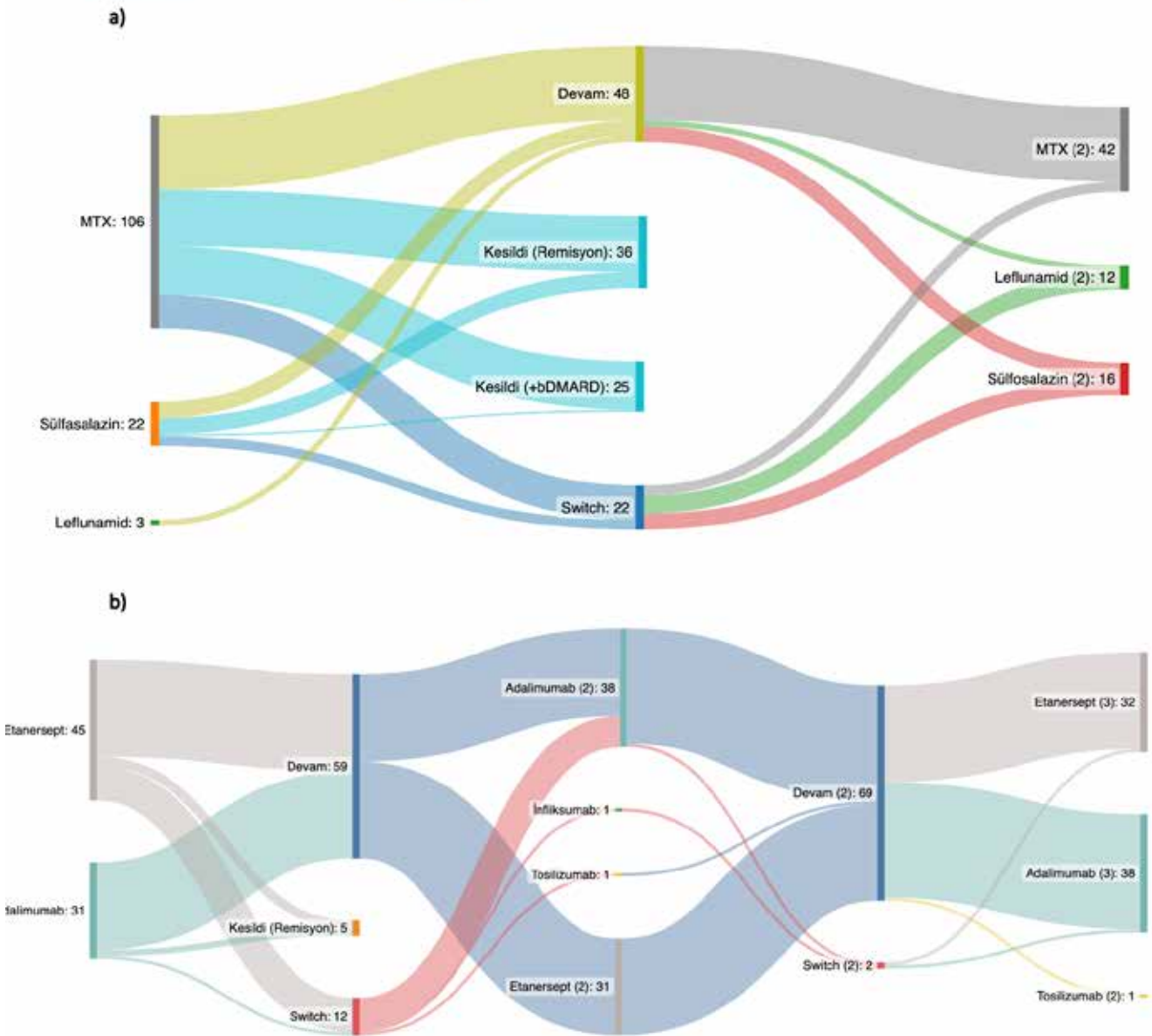
Anahtar Kelimeler: Sakroileit, Juvenil Spondiloartrit, DMARD

Kaynakça

Yıldız M, Haşlak F, Adroviç A, Şahin S, Barut K, Kasapçopur Ö. Juvenile spondyloarthropathies. Eur J Rheumatol. 2022 Jan;9(1):42-49. doi: 10.5152/eurjrheum.2021.20235. PMID: 34101576.

Akdeniz B, Akyel N, Yıldız M, Sahin S, Adrovic A, Koker O, Bektas S, Dede E, Barut K, Kurugoglu S, Kasapcopur O. Comparison of the efficacy of physical examination and radiological imaging in detecting sacroiliitis in patients with juvenile spondyloarthropathies. Clin Exp Rheumatol. 2020 Sep-Oct;38(5):1021-1028. Epub 2020 Mar 13. PMID: 32167879.

Resim 1: a) Magnetik rezonans ile saptanmış sakroileiti olan hastalarda konvansiyonel DMARD tercihimiz. **b)** Magnetik rezonans ile saptanmış sakroileiti olan hastalarda konvansiyonel DMARD tercihimiz.



SS-015

Bildiri tam metin

Çocuklarda Benign Ventriküler Aritmilerin Retrospektif Değerlendirilmesi

Merve Tosyalı¹, Feyza Koç², Reşit Ertürk Levent³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Ventriküler aritmilere çocukluk çağında sık rastlanılmaktadır ve çoğu benign niteliktedir. Sık tekrarlamayan, hemodinamik bozukluk yaratmayan, yapısal kalp hastalığı bulunmayan hastalardaki ventriküler ekstra vurular (VEV) benign olarak değerlendirilirler. Genellikle insidental olarak saptanırlar. Bu çalışmada çocuklardaki benign ventriküler aritmilerin tedavi yanıtları ve izlemdeki klinik bulgularının hastalık seyri üzerine olan etkisinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: 1995 - 2016 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı'nda benign ventriküler aritmi tanısıyla izlenen 60 hastanın poliklinik dosyaları, elektrokardiyografi, 24 saatlik ritim holter monitorizasyon (HM) kayıtları retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR: Olguların %45'i kız, %55'i erkekti ve yaş ortalaması $10,2 \pm 4,2$ yılı. Olguların %46,7'si asemptomatik olup rastlantısal tanı almışlardı. Semptomatiklerin en sık başvuru yakınması çarpıntıydı. Semptomatik olguların %27,2'sinin yakınmaları egzersizle artıyordu. Olguların %15'i tanı öncesi proaritmik bir ilaç kullanmaktaydı. HM'da saptanan VEV yüzdeleri ortalama % $8,7 \pm 6,4$ olup VT yüzdeleri ortalama % $0,66 \pm 1,1$ idi. VEV'lerin %56,7'si sağ, %43,3'ü sol ventrikülden köken almaktaydı. Tüm hastaların VEV morfolojisi monomorfikti ve %95'i unifokalite göstermekteydi. HM'larına bakıldığında sağ kökenli VEV gözlenen hastaların, sol kökenli VEV gözlenenlere göre daha yüksek oranda VT gözlenmekteydi ($p=0,06$). Hastaların %55'inde efor test pozitif saptandı ve bunların %73'ü sol orjinli VEV gözlenen hastalardı ($p=0,014$). Hiçbir olgunun ekokardiyografisinde yapısal kalp hastalığı saptanmadı. Hastaların $27,7 \pm 25$ ay süre ile izlemi sonrasında hiçbir hastada malign aritmi, ani kardiyak ölüm gelişmedi. İzlemde saptanan VEV yüzdelerindeki azalma oranına göre değerlendirildiğinde hastaların %16,7'sinde tam iyileşme gözlendi. Olguların %66,7'sine bir medikal tedavi verilmişti. Medikal tedavi alanlardan propafenon kullananların daha başarılı klinik yanıt sağladığı görüldü ($p=0,033$). Tedavisiz izlenen hastaların daha yüksek oranda tam iyileşme sağladığı görüldü ($p=0,07$). Tedavi alan almayan sağ ve sol orjinli VEV'leri olan hastalar karşılaştırıldığında tam klinik yanıt göstermesi açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu ($p=0,49$). Ancak tedavi almayan sağ orjinli hastaların izlemde tam klinik yanıt saptanma yüzdesi tedavi alanlara göre daha yüksekti ($p=0,012$). Medikal tedaviye dirençli 4(%6,7) hasta elektro fizyolojik çalışma için uygun merkeze yönlendirilmişti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yapısal kalp hastalığı bulunmayan çocuklarda gözlenen VEV'ler iyi prognozlidir. VEV'lerin köken aldığı odağın belirlenmesi hastanın prognozunun öngörülmesi için değerlidir. Benign ventriküler aritmi gözlenen hastalara hemen antiaritmik tedavi başlanmaması doğru bir yaklaşımdır. Sık VEV gözlenen hastalar malign aritmi ve sol ventrikül disfonksiyonu gelişme riski açısından izlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Ventriküler ekstra vuru, benign ventriküler aritmi, ani kardiyak ölüm

SS-016

Bildiri tam metin

Duchenne Müsküler Distrofi Tanılı Olgularda Genotip Farklılığının Kalp Tutulumuna Etkisi

Gizem Doğan¹, Ali Rahmi Bakiler², Figen Baydan³, Kayı Eliaçık⁴, Barış Güven²

¹Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Gaziantep

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İzmir

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İzmir

⁴Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Duchenne müsküler distrofi (DMD), ilerleyici ve ciddi kas güçsüzlüğü ile seyreden mortalitesi yüksek yaygın bir kas hastalığıdır. Mortaliteyi belirleyen en önemli durumlardan biri kalp tutulumudur. Distrofin genindeki mutasyon neticesinde meydana gelen bu hastalıkta genetik mutasyonların çeşitleri hastalığın kardiyak etkilenim düzeyleri üzerine etki göstermektedir.

YÖNTEM:Araştırma tek merkezli kesitsel tipte bir epidemiyolojik çalışma olup İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kas Hastalıkları Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Bu merkezde takip edilen 120 DMD tanılı hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Genetik analiz ve kardiyak değerlendirme raporları (EKO ve EKG) retrospektif incelenerek çalışma oluşturulmuştur. Olgular yaş grupları ve genetik analizlerine gruplara ayrılmıştır. Kardiyak değerlendirmede EF < %56 veya FS < %28 olması sistolik disfonksiyon, kardiyak etkilenme olarak kabul edilmiştir. Bunun dışında EKO ve EKG üzerinde ayrıntılı parametreler incelenmiştir. İzmir Tepecik EAH Girişimsel olmayan etik kuruldan yazılı izin alınmıştır. SPSS 21.0 programı başta olmak üzere bir çok istatistik yöntem kullanılmıştır.

BULGULAR:120 adet DMD hastasının incelendiği bu çalışmada vakaların tamamı erkek cinsiyetten oluşmaktaydı. Genetik analize göre % 76.7 delesyon, % 15.8 nokta mutasyon, % 7.5 duplikasyon saptandı. Saptanan mutasyonların % 65.8'i ekzon 44-54 arası, %17.5'i ekzon 1-18 arası, %5.8 non-sense mutasyon, %1.7'si >54. ekzondaydı. Ortalama kardiyak tutulum başlangıç yaşı 11.87 olarak saptandı. Ekzon 44-54 arasında yer alan grubun sol ventrikül arka duvar kalınlığı ve ventriküller arası septum kalınlığı daha fazlaydı. EKG verileri incelendiğinde ise en sık olan anomali sinüs taşikardisi saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamızda DMD hastaları için önemli bir konu olan kardiyak tutulumu etkileyecek gen mutasyonlarının saptanması ve erken evrede tarama ile önlemlerin alınması hedeflenmiştir. Literatür incelendiğinde az sayıda çalışma olması çalışmamızın yeni bilgiler üretme potansiyeli açısından önemini yansıtmaktadır. DMD hastaları için özellikle ekzon 44-54 arasında mutasyonu olan hastaların kardiyak tutulum açısından daha riskli olduğunu önermekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Duchenne müsküler distrofi, kardiyak tutulum, sistolik disfonksiyon

SS-017

Bildiri tam metin

Mitral kapak prolapsuslu çocuklarda elektrokardiyografi bulgularının ve 24 saat ritim holterde kalp hızı değişkenliği bulgularının değerlendirilmesi

Ezgi Tanburoğlu Çeliker¹, Özgür Kızılca², Burçin Nalbantoğlu¹, Nedim Samancı¹

¹Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

²Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Tekirdağ

Amaç: Mitral Kapak Prolapsuslu (MKP) çocuklarda elektrokardiyografi bulgularının ve 24 saat ritim holterde kalp hızı değişkenliği bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Araştırma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Kardiyoloji polikliniği tarafından, Ocak 2022-Temmuz 2022 tarihleri arasında mitral kapak prolapsusu tanısı almış olan 7-17 yaş arası 50 hasta ve çocuk kardiyoloji polikliniğine üfürüm şikayeti ile başvuran kardiyak patoloji saptanmayan 30 sağlıklı çocuğun verilerinin retrospektif olarak değerlendirilmesiyle yapılmıştır. Araştırma kapsamındaki hastalar başvuru yakınmaları, kardiyak fizik muayene bulguları, elektrokardiyografi bulguları, ekokardiyografi bulguları ve 24 saatlik ritim holter bulgularına göre ayrılarak incelenmiştir.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 11,04±2,81 yıl ve kontrol grubunun yaş ortalaması 10,80±3,14 yıldır (p>0,05). Hastaların 30'u kız (%60), 20'si erkek (%40) ve kontrol grubunun 19'u kız (%63), 11'i erkekti (%37) (p>0,05). Hasta ve kontrol grubunun ekokardiyografik özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p>0,05). 24 saatlik ritim holter incelemesinde 10 hastada nadir ventriküler ekstra vuru (<%1), 2 hastada hafif ventriküler ekstra vuru (%1-10 arası), 4 hastada nadir atrial erken vuru ve 1 hastada 2. derece atrioventriküler blok saptandı. Hasta ve kontrol grubu arasında kalp hızı değişkenliği ölçümleri hasta grupta sağlıklı kontrollere kıyasla düşük olarak bulunmuş olmasına rağmen istatistiksel açıdan fark yoktu (p>0,05). Hasta grubunda 30 hastada minimal mitral yetmezlik (%60), 13 hastada hafif-orta mitral yetmezlik (%26), 7 hastada orta -ağır mitral yetmezlik (%14) olduğu görüldü ve kalp hızı değişkenliği açısından incelendiğinde mitral yetmezlik derecesi arttıkça kalp hızı değişkenliğinin azaldığı görülmüş olmasına rağmen istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yoktu (p>0,05).

Sonuç: Mitral kapak prolapsuslu hastalarda kontrol grubuna göre kalp hızı değişkenliğinin azaldığı ve hastalarda mitral yetmezlik derecesi arttıkça kalp hızı değişkenliğinin azaldığı görülmüş olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar kelimeler: Mitral Kapak Prolapsusu, Mitral Yetmezlik, Kalp Hızı Değişkenliği

	Hasta (n=50)	Kontrol (n=30)	P değeri
Ortalama kalp hızı (atım/dakika)	84,55±6,17	88,93±13,30	0,09
SDNN (ms)	132,98±34,05	135,00±52,63	0,84
SDANN (ms)	91,11±21,65	95,64±34,83	0,49
SDNNidx (ms)	86,91±29,06	90,11±51,31	0,73

Değerler ortalama±standart sapma olarak ifade edildi.
n: hasta sayısı

	Kontrol (n=30)	Minimal/hafif MY(n:30)	Hafif-Orta MY (n=13)	Orta-Ağır MY(n=7)	P değeri
Ortalama kalp hızı (atım/dakika)	88,93±13,297	84,59±6,785	83,38±5,895	86,57±3,599	p>0,05
SDNN (ms)	135,00±52,627	133,76±34,541	137,62±39,540	121,14±19,22	p>0,05
SDANN (ms)	95,64±34,826	93,59±24,560	87,00±15,453	87,29±17,433	p>0,05
SDNNidx (ms)	90,107±51,311	86,207±22,493	94,831±44,347	75,143±12,62	p>0,05

Değerler ortalama±standart sapma olarak ifade edildi.
n: hasta sayısı

SS-018

Vücut bileşimi ve iştah düzenleyici hormonların idiyopatik santral puberte prekokstaki rolü ve GnRH analog tedavisi sırasındaki değişimleri

Gürkan Tarçın¹, Elvan Bayramoğlu¹, Didem Güneş Kaya², Hasan Karakaş¹, Hande Turan¹, Olcay Evliyaoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Pubertenin başlangıcında ve ilerlemesinde enerji homeostazının etkisinin olabileceği klinik olarak gözlemlenmiş olup iştah düzenleyici hormonların rolü araştırılmaktadır. İdiyopatik santral puberte prekoks (İSPP) tanısıyla GnRH analog tedavisi başlanan hastaların vücut bileşimlerinde değişiklik olduğunu bildiren az sayıda çalışma bu ilişkiyi desteklemektedir. Çalışmamızda İSPP tanılı kızların tedavi öncesi ghrelin, leptin, peptid YY (PYY) ve nöropeptid Y (NPY) düzeylerinin prepubertal kızlar ile karşılaştırılması, löprolid asetat (LA) tedavisi ile bu hormonların düzeylerindeki ve vücut bileşimlerindeki değişimin değerlendirilmesi amaçlandı.

YÖNTEM:Prospektif, kesitsel planlanan çalışmaya İSPP ve izole prematür telarş (İPT) tanılı olgular, kontrol grubu olarak prepubertal sağlıklı kızlar alındı. Tüm çocukların başvuruda antropometrik ölçümleri, vücut bileşimi analizi, iştah düzenleyici hormonların (ghrelin, leptin, PYY, NPY) ölçümü yapıldı. İSPP tanısıyla LA tedavisi başlanan olguların puberte muayeneleri, antropometrik ve biyokimyasal ölçümleri 6. ve 12. aylarda tekrarlandı.

BULGULAR:İSPP (n=20), İPT (n=28) ve kontrol (n=21) gruplarında yaş, beden kütle indeksi (BKİ) ve yağ oranı benzerdi (p=0,135, p=0,738 ve p=0,707). Gruplar arasında ghrelin, leptin, PYY, NPY düzeyleri açısından fark saptanmadı. İSPP, İPT ve kontrol gruplarında leptin ile BKİ ve yağ oranı arasında anlamlı korelasyon saptandı (sırasıyla p<0,001 r=0,606, p<0001 r=0,640). İSPP grubunun izleminde tedavi ile tüm olgularda telarş evresi geriledi ve GnRHa testinde LH baskılandı. 0.-6.-12. aylarda BKİ SS'ları arasında fark saptanmamasına rağmen (p=0,407) yağ oranları ilk 6 ayda belirgin artış gösterdi. Tedavi süresince ghrelin düzeylerinde anlamlı bir değişim saptanmaz iken 0-6 ay arasında leptin düzeylerinde anlamlı artış, PYY ve NPY düzeylerinde anlamlı azalma saptandı (Tablo).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Her üç grupta ghrelin, leptin, PYY ve NPY düzeylerinin benzer olması ön planda bu hormonların puberteden bağımsız olarak yağ dokusuyla ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Diğer yandan İSPP olgularında tedavinin ilk 6 ayında leptin düzeyleri ve yağ dokusu artarken NPY ve PYY düzeylerinin azalması ve puberte baskılandıktan sonraki dönemdeyse (6-12 ay) anlamlı değişiklik göstermemesi, bu hormonların puberte başlangıcında ve düzenlenmesinde rol alan önemli faktörler olduğunu desteklemektedir. Olası mekanizmalar tartışılacaktır.

Anahtar Kelimeler: ghrelin, leptin, nöropeptid Y, peptid YY, puberte prekoks

İştah düzenleyici hormonlar, beden kütle indeksi standart sapması ve yağ oranının 3 grup arasında ve löprolid asetat tedavisi alan grupta izlem sırasındaki değişimi

	İSPP	İPT	Kontrol	p*	İSPP 6. ay	İSPP 12. ay	p**
Ghrelin (ng/mL)	8,10 (4,12-13,97)	8,66 (3,54-14,37)	7,91 (2,01-13,42)	0,511	7,37 (2,81-11,90)	7,54 (4,10-16,59)	0,216
Leptin (ng/mL)	2,79 (0,40-13,40)	2,95 (0,45-24,07)	3,85 (0,16-14,67)	0,639	4,85 (0,91-17,87)	5,67 (0,90-17,72)	0,022***
Peptid YY (pg/mL)	46,23 (9,74-161,27)	56,07 (17,60-136,83)	55,11 (27,36-124,63)	0,414	32,05 (3,58-110,19)	32,48 (5,02-63,36)	<0,001***
Nöropeptid Y (pg/mL)	2644,93 (692,18-14349,27)	3065,63 (484,56-17803,11)	2621,91 (252,89-11339,69)	0,466	1991,42 (330,48-7999,09)	1322,13 (585,12-4325,23)	<0,001***
BKİ SS	1,00±0,86	1,05±1,12	0,79±1,43	0,738	1,06±0,96	1,15±0,93	0,407
Yağ oranı (%)	25,81±6,05	26,73±7,34	25,16±5,99	0,712	27,94±5,07	29,17±6,35	<0,001***

*Kruskal Wallis/Tek yönlü ANOVA (İSPP-İPT-kontrol arasında) **Friedman testi/Tekrarlı ölçümler ANOVA (İSPP-İSPP 6. ay-İSPP 12. ay arasında) ***0.-6. ay ve 0.-12. ay ölçümleri arasında anlamlı İSPP: idiyopatik santral puberte prekoks, İPT: izole prematür telarş, BKİ SS: beden kütle indeksi standart sapması

SS-019

Bildiri tam metin

Hangi Bazal Serum Kortizol Seviyesi ile Adrenal Yetmezlikten Şüphelenelim?

Buşra Gürpınar Tosun¹, Didem Helvacıoğlu¹, Tülay Güran¹

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet BD

Amaç: Düşük doz adrenokortikotropik hormon stimülasyon testi (DDAST), adrenal yetmezlik hastalarının değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (1, 2). DDAST'ye yeterli yanıtı öngörebilen ve böylece test ihtiyacını ortadan kaldıran basit bir parametre bulmak için girişimlerde bulunulmuştur. Adrenal yeterliliği öngörmeye hem spesifik hem de sensitif bazal sabah kortizol eşik değeri saptanmaya çalışılmış, ancak bu çalışmaların çoğu hastanede yatan hastalarda değil ayaktan hastalarda yapılmıştır (3). Kortizol ölçümünün zamanlaması, tetkik değişkenliği gibi nedenlerden dolayı; Adrenal yetmezliği doğrulamak veya dışlamak için bazal sabah kortizol değerinin kullanılması tartışmalı olmaya devam etmektedir (4-12). Bununla birlikte, bazal kortizolün DDAST performansını öngörme gücü net değildir. Bu çalışmanın amacı pozitif veya negatif DDAST 'yi öngören uygun bazal serum kortizol cut off değerlerini belirlemektir.

Yöntem: 1 µg sentetik ACTH'nin intravenöz uygulamasından sonra monoklonal antikor immunoassay ile başlangıç, 40. ve 60. dakika kortizol konsantrasyonlarını ölçen DDAST'lerini araştırmak için tek merkezli retrospektif olarak yapılan çalışmada; Kasım 2016 ile Şubat 2022 arasında Adrenal yetmezlik (AY) olduğundan şüphelenilen hastaların tüm DDAST 'leri dahil edildi. Pozitif bir DDAST (AY'yi düşündüren), uyarılmış tepe kortizol seviyesinin <18.1 µg/dL (500 nmol/L) olması olarak tanımlandı. DDAST 'deki serum bazal ve pik kortizol seviyeleri arasındaki ilişkiler analiz edildi ve bazal serum kortizol konsantrasyonlarının DDAST performansı için tanısal kesinliği ROC analizi ile değerlendirildi.

Bulgular: 537 hastada (237 Kız, ortalama yaş 9.2±5.8 yıl) 646 DDAST gerçekleştirildi, 215 'inde test pozitif (%33.3), 431 'inde (%66.8) negatif olarak bulundu. Negatif ve pozitif DDAST'de bazal kortizol ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmaktaydı [(9.9±4.7µg/dL (273±129.6 nmol/L); 6.0±3.7 µg/dL (165.5±102 nmol/L) (p<0,0001)]. Ortalama bazal ACTH düzeyi test negatif grupta 28.0±22.0 pg/mL, pozitif grupta 30.0±26.0 pg/mL idi ve bu ilişki istatistiksel olarak anlamsızdı (p=0.31). Negatif DDAST sonucunu öngören bazal kortizol değeri >6.8 µg/dL (189.5 nmol/L) olarak belirlendi ve duyarlılığı %70 idi. Bu eşğin üzerindeki değerler, %82.3'lük bir negatif öngörü değerine sahipti.

Sonuç: Pediatrik popülasyonda yürütülen büyük örneklemli bu çalışmanın sonucunda, adrenal yetmezliği (AY) daha az invaziv olarak doğrulamak veya dışlamak için kullanılabilecek serum bazal kortizol değerini belirledik. Bazal kortizolün değerlendirilmesi DDAST ihtiyacını azaltıp maliyet ve zamandan tasarruf sağlayabilir.

Anahtar Kelimeler: adrenal yetmezlik, adrenokortikotropik hormon stimülasyon testi, serum bazal kortizol

1. Rasmuson S, Olsson T, Hagg E. A low dose ACTH test to assess the function of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Clin Endocrinol (Oxf). 1996;44(2):151-6.
2. Weintrob N, Sprecher E, Josefsberg Z, Weininger C, Aurbach-Klipper Y, Lazard D, et al. Standard and low-dose short adrenocorticotropin test compared with insulin-induced hypoglycemia for assessment of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in children with idiopathic multiple pituitary hormone deficiencies. J Clin Endocrinol Metab. 1998;83(1):88-92.
3. Bloomfield R, MacMillan M, Noble DW. Corticosteroid insufficiency in acutely ill patients. N Engl J Med.

2003;348(21):2157-9.

4. Grinspoon SK, Biller BM. Clinical review 62: Laboratory assessment of adrenal insufficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 1994;79(4):923-31.
5. May ME, Carey RM. Rapid adrenocorticotrophic hormone test in practice. Retrospective review. *Am J Med.* 1985;79(6):679-84.
6. Schmidt IL, Lahner H, Mann K, Petersenn S. Diagnosis of adrenal insufficiency: Evaluation of the corticotropin-releasing hormone test and Basal serum cortisol in comparison to the insulin tolerance test in patients with hypothalamic-pituitary-adrenal disease. *J Clin Endocrinol Metab.* 2003;88(9):4193-8.
7. Hägg E, Asplund K, Lithner F. Value of basal plasma cortisol assays in the assessment of pituitary-adrenal insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf).* 1987;26(2):221-6.
8. Karaca Z, Tanriverdi F, Atmaca H, Gokce C, Elbuken G, Selcuklu A, et al. Can basal cortisol measurement be an alternative to the insulin tolerance test in the assessment of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis before and after pituitary surgery? *Eur J Endocrinol.* 2010;163(3):377-82.
9. Kalaria T, Buch H, Agarwal M, Chaudhari R, Gherman-Ciolac C, Chopra R, et al. Morning serum cortisol is superior to salivary cortisone and cortisol in predicting normal adrenal function in suspected adrenal insufficiency. *Clin Endocrinol (Oxf).* 2022;96(6):916-8.
10. Karangizi AHK, Al-Shaghana M, Logan S, Criseno S, Webster R, Boelaert K, et al. Glucocorticoid induced adrenal insufficiency is common in steroid treated glomerular diseases - proposed strategy for screening and management. *BMC Nephrol.* 2019;20(1):154.
11. Laulhé M, Dumaine C, Chevenne D, Leye F, Faye A, Dozières B, et al. Glucocorticoid induced adrenal insufficiency in children: Morning cortisol values to avoid LDSST. *Front Pediatr.* 2022;10:981765.
12. Yo WS, Toh LM, Brown SJ, Howe WD, Henley DE, Lim EM. How good is a morning cortisol in predicting an adequate response to intramuscular synacthen stimulation? *Clin Endocrinol (Oxf).* 2014;81(1):19-24.

SS-020

Bildiri tam metin

KÖTÜ KONTROLLÜ TİP 1 DİABETES MELLİTUSLU ADÖLESANLARDA İNSÜLİN TEDAVİSİNE METFORMİN EKLENMESİNİN YARARLILIĞI

Sevcan Bilen¹, Gülay Karagüzel², Ayşe Nur Ökten²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatri Ana Bilim Dalı

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Endokrinoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Diabetes Mellitus (DM),başlıca klinik tipleri insülin eksikliği ile seyreden tip 1 DM ve insülin direnci (İD) ile seyreden tip 2 DM olan,kronik metabolik bir hastalık grubudur.Tip 1 DM'lu adölesan hastaların çoğunda metabolik kontrolü sağlamada zorluk yaşanmaktadır.Çalışmamızda tahmini glukoz kullanım oranı (eGDR) İD'nin gösterilmesinde belirteç olarak kullanılarak,hastaların metabolik kontrollerini sağlamadaki zorlukta İD'nin rolünün araştırılması ve insülin tedavilerine metformin eklenmesinin yararlılığının saptanması amaçlandı.

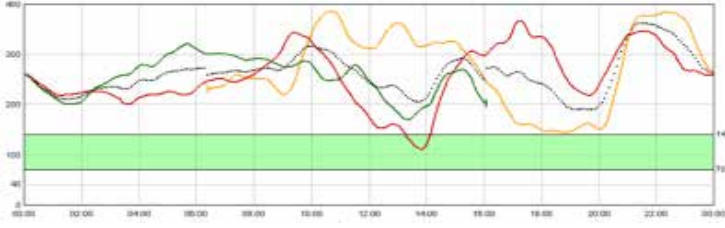
YÖNTEM:Endokrin polikliniğimizde en az bir yıldır DM tanısıyla takipli,yaşı 10 ve üzeri,pubertal evresi 2'nin üstünde ve HbA1c düzeyi % 8'den fazla olan,22'si kız, 8'i erkek,toplam 30 hasta araştırmaya alındı.Hastalara Sürekli Glukoz Ölçüm Cihazı takıldı,glukoz düzeyleri kayıt altına alındı.Üç ay süreyle,aylık kontrollerinde boy, kilo,vücut kitle indeksi (VKİ),bel ve kalça çevresi,tansiyon ölçümleri tekrarlandı,kan örnekleri (HbA1c, açlık kan şekeri, lipid profili) alındı,kan şekeri ölçüm takipleri yapıldı.Tüm değerlerin başvuruda ve üçüncü ayın sonundaki karşılaştırılmaları yapıldı.Bu araştırma KTÜ Tıp Fakültesi,Pediatrik Endokrinoloji BD polikliniğinde 01.02.2013-01.11.2013 tarihleri arasında gerçekleştirildi.İstatistiksel analiz için SPSS 13.01 paket programı kullanıldı.

BULGULAR:Çalışmada HbA1c,günlük insülin dozu,açlık kan şekeri,kan şekeri ortalamaları,sistolik tansiyon ölçümlerinin metformin başlanmadan önce ve 3 ay kullandıktan sonra karşılaştırılan değerleri arasında istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı.Tüm aylar karşılaştırıldığında,HbA1c için $p=0,005$,günlük insülin dozu için $p=0,00$,açlık kan şekeri için $p=0,015$,kan şekeri ortalaması için $p=0,00$ idi.Tansiyon ölçümleri kıyaslandığında aylara göre 3. ayın sonunda sistolik tansiyon ölçümlerinde istatistiksel olarak anlamlı düşüş saptandı ($p<0,001$). Çalışma öncesi ile ilaç kullanımı süresince aylık bakılan lipid düzeyleri kıyaslandığında 0. ay ortalama değerlerine oranla 3. ayda LDL ve TG düzeylerinde düşüş,HDL düzeylerinde ise artış izlendi,bu farklar istatistiksel açıdan anlamlı olarak saptanmadı(LDL için $p=0,514$, TG için $p=0,092$, HDL için $p=0,375$).Çalışmamızın başlangıcına oranla eGDR ortalamalarının 3.ay sonunda yükseldiği görüldü($p=0,006$).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Bulgularımız kötü metabolik kontrollü tip 1 DM'lu hastalarda İD'nin olabileceğini ve bu dirence yönelik ilaç kullanılmasının HbA1c,günlük insülin dozu gibi parametrelerin düzeylerinin düşmesinde ve metabolik kontrolü sağlamada faydalı olabileceğini düşündürmektedir.Ancak İD'nin fizyopatolojisinin daha net anlaşılabilmesi ve böylece etkin tedavi yöntemlerinin geliştirilmesi konusunda yeni çalışmaların yapılması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler:Tip 1 diabetes mellitus,metformin,insülin direnci

Kan Şekeri Genellikle Yüksek Seyirli Hastanın Sürekli Glukoz Ölçümleri



Çalışma Öncesi ve Sonrası HbA1c, Günlük İnsülin Dozu, Açlık Kan Şekeri ve Kan Şekeri Ortalamaları

	Ortalama ± SD 0. ay	Ortalama ± SD 3. ay	p
HbA1c (%)	11,87 ± 2,01	10,83 ± 1,40	0,005
İnsülin dozları (ü/kg/g)	1,02 ± 0,24	0,92 ± 0,23	0,00
Açlık kan şekeri (mg/dl)	302,13 ± 107,87	247,17 ± 101,24	0,015
Kan şekeri ortalamaları (mg/dl)	206,83 ± 48,6	177,23 ± 40,7	0,00

SS-022

Tip 1 diyabetli çocuklarda neopterin ve triptofan yolları: Endotel disfonksiyonun göstergesi olarak izoksantopterin

Yavuz Özer¹, Ertuğrul Kıyıkım², Mehmet Şerif Cansever², Hande Turan¹, Elvan Bayramoğlu¹, Dilek Bingöl Aydın¹, Emre Ceyhan³, Esra İşat², Tanyel Zubarioğlu², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek², Olcay Evliyaoğlu¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji BD, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma ve Beslenme BD, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Tip 1 diyabet (T1D), pankreasta β hücrelerinin hasarı ile karakterize kronik bir otoimmün hastalıktır. Neopterinler ve kinüreninin/triptofana oranlanmasıyla gösterilen indolamin 2,3-dioksijenaz (IDO) aktivitesi hücre immünitenin düzenlenmesinde gösterge olarak kullanılabilirler. Ksantin oksidoredüktaz tarafından üretilen oksidatif stresin vasküler endotel disfonksiyonu ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Ksantin oksidaz aktivitesini ölçmek için, pterinin izoksantopterine dönüşümünü kullanır. Çalışmamızda, T1D'li çocuklarda serum ve idrarda pteridin deriveleri ile serumda triptofan ve kinürenin analiz ederek sağlıklı olgularla karşılaştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Çalışma kapsamında, serumda ve idrarda 6-biopterin, neopterin, monapterin, pterin, izoksantopterin ve pterin-6-karboksilik asit ile serumda triptofan ve kinürenin seviyeleri analiz edilip sağlıklı kontrollerle karşılaştırıldı. Pteridin ve triptofan derivelerinin analizi için yüksek performanslı sıvı kromatografisi yöntemleri kullanılmıştır.

BULGULAR:Çalışmaya ortanca yaşları 14,0 (12,7-17) yıl olan, 93 (43 kız, 77 pubertal) T1D'li ve ortanca yaşları 14,0 (10-15) yıl olan, 71 (38 kız, 51 pubertal) sağlıklı çocuk alındı. Gruplar arasında yaş, cinsiyet ve puberte açısından fark yoktu. Ortanca tanı yaşı 9,0 (6,2-12,2) yıl olup, izlem süresi ortanca 4,0 (1-7,15) yıldır. T1D'li çocuklarda kontrol grubuna kıyasla serum neopterin, monapterin, 6-biopterin ve pterin seviyeleri yüksek bulundu, ancak istatistiksel fark anlamlı değildi. Tip 1 diyabetli çocuklarda izoksantopterin yüksekliği ($p=0.01$) ve pterin-6-karboksilik asit düşüklüğü ($p<0.001$) istatistiksel olarak anlamlı idi. Tip 1 diyabetli çocuklarda kontrol grubuna kıyasla idrar neopterin, monapterin, izoksantopterin, pterin-6-karboksilik asit, 6-biopterin ve pterin seviyeleri yüksek bulundu, ancak istatistiksel fark anlamlı değildi ($p>0.05$). Tip 1 diyabetli çocuklarda kontrol grubuna kıyasla serum triptofan seviyeleri istatistiksel olarak anlamlı olarak yüksek iken ($p=0.021$), yüksek serum kinürenin seviyelerindeki yükseklik anlamlı değildi. Gruplar arasında IDO aktivitesi farklı değildi ($p>0.05$). Serum neopterin seviyesi ile diyabet süresi arasında korelasyon vardı ($p=0,045$, $r=0,209$). İdrarda neopterin/kreatinin ve izoksantopterin/kreatinin seviyesi ile HbA1c düzeyi arasında korelasyon vardı ($p=0,005$, $r=0,305$; $p=0,021$, $r=0,249$, sırasıyla).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tip 1 diyabet pteridin ve kinürenin yollarında değişikliklere neden olabilir. Vasküler endotel disfonksiyonu göstergesi olması nedeniyle izoksantopterin, Tip 1 diyabetin komplikasyonlarını öngörmede biyobelirteçler olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 diyabet, pteridin, triptofan, izoksantopterin, ksantin oksidaz

SS-023

Bildiri tam metin

GRAVES HASTALIĞINDA KLİNİK ÖZELLİKLER: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Dilek Bingöl Aydın¹, Mehmet Emre Bayram², Hande Turan¹, Elvan Bayramoğlu¹, Olcay Evliyaoğlu¹, Oya Ercan¹

1-İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı

2-İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş: Hipertiroidi çocukluk çağının nadir görülen endokrin bozukluklarından birisidir. Çocuklarda ve gençlerde hipertiroidin en sık nedeni Graves Hastalığıdır (GH).Çocukluk çağında hipertiroidin tedavisinde medikal tedavi yanında radyoaktif iyod tedavisi ve cerrahi(definitif tedaviler) de uygulanabilir. Bu çalışmamızda kliniğimizde takip edilen GH tanılı olguların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Son onbeş yılda kliniğimize hipertiroidi ile başvuran ve GH tanısı alan olgulardan bilgilerine ulaşılabilenler değerlendirildi. Takip dosyalarından olguların antropometrik incelemeleri, tetkik ve görüntüleme sonuçları ve tedavi modaliteleri incelendi.

Bulgular: Çalışmaya 36 olgu dahil edildi. Olguların %69.4'ü(n=25) kızdı. Ortalama başvuru yaşları 12.7±3.29 yılı. Başvuru anında %94.4'inde (n=34) çarpıntı yakınması vardı ve en sık başvuru yakınması idi. Bunu sırasıyla boyunda şişlik %44, el titremesi %19.4, kilo kaybı %16.6, terleme %16.6, sinirlilik %16.6, güçsüzlük %16.6, diyare %8.3, saç dökülmesi %5 yakınmaları izlemekteydi. %44.4'nde ailede tiroit hastalığı öyküsü mevcuttu. Olgularda TRAK pozitifliğine eşlik eden %55.5 oranında anti-TPO ve %75 oranında anti-TG pozitifliği vardı. %83.3'ne metimazol, %16.6'sına propiltiurasil tedavisi başlanmıştır.Tedavi sırasında %5 olguya L-tiroksin eklendi. %11.1 olguda oftalmopati vardı. Metimazol kullanan olgulardan %25'inde minör yan etki, PTU kullanan olgulardan %83.3'ünde(5 olgu) önemli yan etki nedeniyle ilaç değişikliğine gidildi. Remisyon sağlanamayan 5 olguya radyoaktif iyot tedavisi verildi ve 9 olgu total tiroidektomi operasyonu geçirdi.

Sonuç: Genel olarak olgularımızın klinik özellikleri literatürle uyumlu olup, aile öyküsünün, erkek/kız, definitif tedavi oranın beklenenden yüksek olduğu dikkati çekmiştir. Bulgularımız GH medikal tedavisi sırasında ilaç yan etkilerinin dikkatli bir şekilde araştırması gerektiğini bir kez daha göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Graves, hipertiroidi, pediatri

SS-024

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu-Bileşik Görünüm Tanılı Erkek Çocukların Görev Tabanlı Kranial Fonksiyonel Manyetik Rezonans Görüntüleme Bulgularının Sağlıklı Erkek Çocuklar ile Karşılaştırılması

Mehmet görkem aksoy¹, Eyüp Sabri Ercan²

¹Ege Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (DEHB), çoğunlukla çocukluk evresinde ortaya çıkan ve dikkat problemleri, hareketlilikte artma ve dürtüsellik ile ilgili belirtilerle kendini gösteren bir nörogelişimsel bozukluktur. Bireylerin toplumsal etkileşimlerinde, aile ilişkilerinde ve akademik becerilerinde sorunlar yaratabilir. Çalışmamızın temel amacı yanıt inhibisyonu temelli Go/No-Go taskı sırasında çekilen kranial fonksiyonel manyetik rezonans görüntüleme (fMRG) bulguları açısından DEHB-Bileşik Görünüm (DEHB-BG) tanılı erkek çocuklarla sağlıklı kontroller arasındaki farklılıkların karşılaştırılmasıdır.

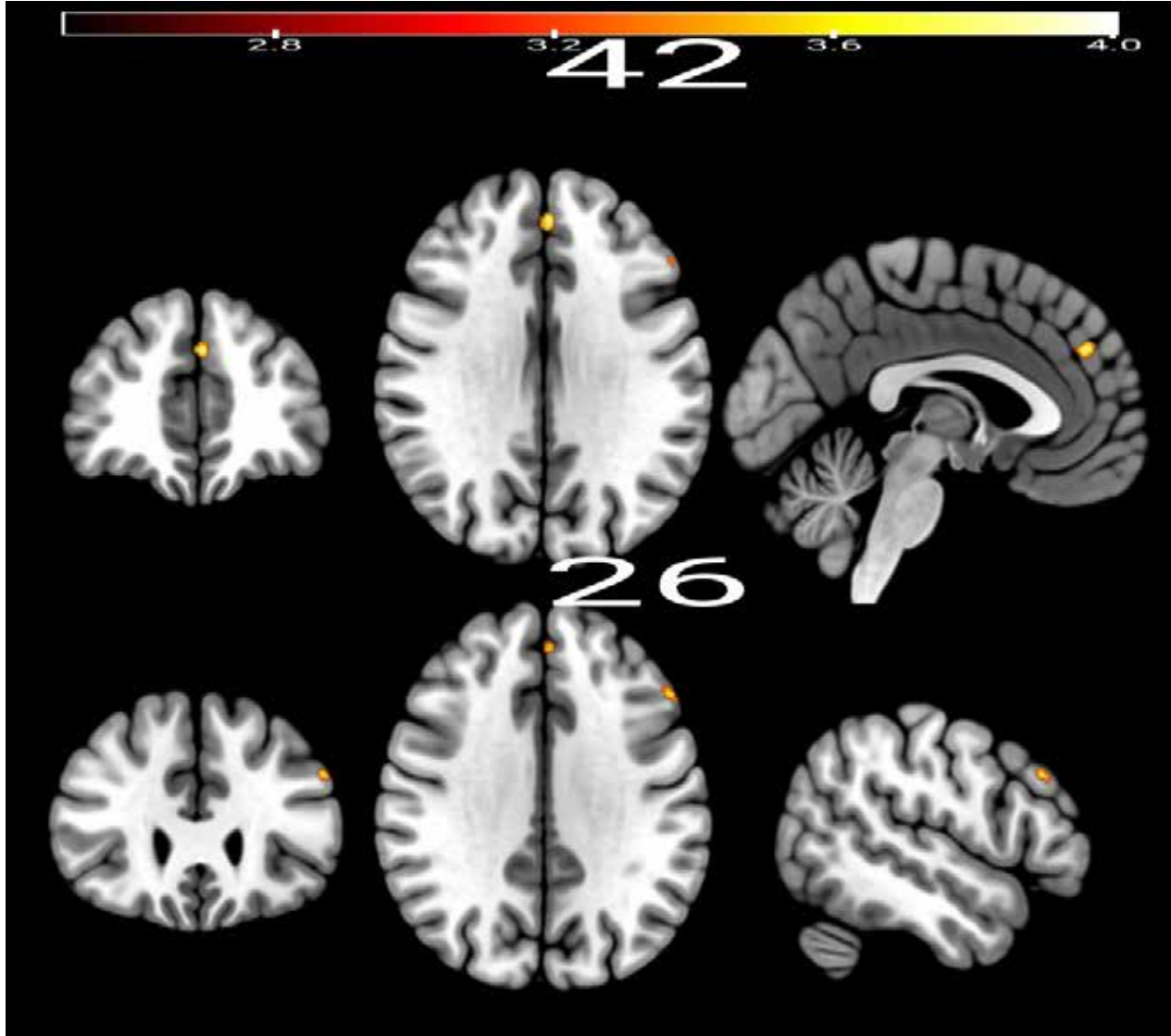
YÖNTEM:Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 7-14 yaş aralığındaki erkek cinsiyetteki 30 DEHB-BG tanılı olgu ve benzer sosyodemografik özelliklere sahip 18 erkek cinsiyette olan sağlıklı olgu çalışmamıza dahil edilmiştir. Olgular, DEHB-BG tanısı ve komorbid psikiyatrik tanıları tespit etmek amacıyla Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli-Türkçe Uyarlaması (ÇDŞG-ŞY-T) ile değerlendirilmiştir. Çalışma için uygun olan olguların ailelerine ve öğretmenlerine Turgay DEHB Ölçeği doldurtulmuştur. Ayrıca, olguların öğretmenlerine Öğretmen Bilgi Formu verilmiştir. Olguların ve ebeveynlerin sosyodemografik bilgileri sosyodemografik veri formuna not alınmıştır. Olguların yanıt inhibisyonunu inceleyen Go/No-Go taskı sırasında 3 Tesla MRG cihazı ile kranial fonksiyonel manyetik rezonans görüntülemeleri çekilmiştir.

BULGULAR:Go>Baseline kontrastında sağlıklı kontrol grubunda sağ dorsolateral prefrontal korteks (t=3,85)'te anlamlı düzeyde aktivasyon saptanmıştır (p<0,001). No-Go>Baseline kontrastında, sağlıklı kontrol grubunda sağ dorsolateral prefrontal korteks (t=4,07) ve sol dorsolateral prefrontal kortekste (t=3,42) anlamlı düzeyde aktivasyon artışı olduğu görülmüştür (p<0,001). No-Go>Go kontrastında sağlıklı kontrollerde sol dorsolateral prefrontal kortekste (t=3,91, t=3,75) anlamlı düzeyde aktivasyon artışı olduğu görülmüştür (p<0,001). DEHB-BG grubundaki olgularda, Go>Baseline, No-Go>Baseline ve No-Go>Go kontrastları esnasında sağlıklı kontrol grubu olgularına kıyasla anlamlı bir aktivasyon saptanmamıştır (p>0.001).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sonuç olarak yanıt inhibisyonu, çalışma belleği, organizasyon ve planlama becerileri gibi birçok yürütücü işlev açısından fonksiyonu bulunan dorsolateral prefrontal korteksin DEHB-BG tanılı olgularda sağlıklı kontrol olgularına göre aktivasyon açısından düşük kaldığı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: fMRG, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu, yanıt inhibisyonu, dorsolateral prefrontal korteks

Sağlıklı çocuklarda hiperaktif alanlar



Fonksiyonel MRG çekimi sonrası görev esnasında sağlıklı erkek çocuklarında DEHB-BG tanılı çocuklara göre hiperaktivasyon saptanan alanlar

SS-025

COVID-19 Pandemisi Adölesanlarda Özkıyım Profilini ve Özkıyım Girişim Sıklığını Değiştirdi mi? Kesitsel Bir Araştırma

Saadet Nur Bozgeyik¹, Caner Turan², Ali Yurtseven², Sezen Köse³, Eylem Ulaş Saz²

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Özkıyım adölesan nüfusta önde gelen ölüm nedenlerinden biri olup; özellikle 10-19 yaş arasında en sık üçüncü ölüm nedenidir. Anksiyete/depresyon bozuklukları ana risk faktörleridir. Pandemiyle birlikte adölesanlarda anksiyete/depresyon bozukluklarında artış olduğu bildirilse de özkıyım sıklığını ve profiline etkisi tartışmalıdır. Amacımız, pandeminin adölesanların özkıyım girişimi sıklığına ve psikiyatrik profile etkisini araştırmaktır.

YÖNTEM:Pandemi öncesi, sırasında ve sonrasındaki 1 yıl boyunca çocuk acil servise (AS) özkıyım girişimi/düşüncesi nedeni ile başvuran adölesanlar (12-18 yaş) retrospektif olarak çalışmaya alınmıştır. Demografik veriler, AS'e başvuru şekli-zamanı, özkıyım girişim tipi, değerlendirme sırasında DSM-5 kriterlerine göre psikiyatrik tanı ve psikiyatrik komorbiditeleri, aile öyküsü kaydedildi. AS izlem süreleri, prognozları ve terapötik anlaşma durumları ve süreleri analiz edildi.

BULGULAR:Toplam 451 özkıyım girişimi yapan adölesan çalışmaya alındı. Ortanca yaş 15.0 yıl olup %78.5'i kızdı. Hastaların %69.6'sı nöbet koşullarında başvururken;%37.3'ü pandemi öncesi, %36.4'ü pandemi sırasında ve %26.4'ü ise sonrasındaydı. Pandeminin özkıyım girişimi yapan hastaların yaşı üzerine etkisi yoktu($p=0.165$). Ambulans kullanım oranı %43.5 olup mesai dışında ambulans kullanım sıklığı anlamlı derecede daha fazlaydı($p=0.01$). En sık özkıyım girişim şekli, sırasıyla, ağızdan ilaç alımı(%70.1), kesi(%13.3) ve yüksekten atlatma(%4.0) iken;%7.3'ünde özkıyım düşüncesi mevcuttu. Pandemi öncesinde-sırasında-sonrasındaki özkıyım girişim tipleri arasında fark yoktu($p=0.129$). Başvuru sırasında anksiyete bozukluğu pandemi döneminde daha sık görülürken;pandemi öncesi ve sonrasına göre anlamlı farklılık yoktu (sırasıyla, %50, %34 ve %16). İlk kez özkıyım yapan hastaların sayısı pandemi öncesi ve sonrasındaki dönemde anlamlı derecede fazlayken($p<0.001$);pandemide %71.9'unun daha önce de özkıyım girişimi mevcuttu. Hastaların AS izlem süreleri ve terapötik anlaşma süreleri üzerine pandemi etkisinin olmadığı görüldü (sırasıyla, ortanca, 8-9-8 saat ve 4-4-4 saat). AS izleminde %2.7'sine antidot verilirken;%22.6'sına hiçbir medikal tedavi uygulanmamıştı. Çalışma süresince %74.5 hasta taburcu edilirken, %3.8'i yoğun bakıma yatırıldı ve %11.2 hasta ise AS'i izinsiz terk etmişti.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Pandemi ile birlikte özellikle daha önce özkıyım yapanlarda tekrar girişim sıklığı artmış olsa da anksiyete bozukluğu ve ilk kez özkıyım girişimi sıklığı pandemi öncesi-sırası ve sonrası dönemlerde benzerdi.

Anahtar Kelimeler: pandemi, özkıyım, adölesan, suisid, anksiyete

SS-026

Bildiri tam metin

10-18 Yaş Ergenlerde LDL Kolesterol Düzeyleri Ve Etkileyen Faktörler

Uzm. Dr. Zeynep İzem Peker Bulğan¹, Doç.Dr.Dilek Orbatu¹

¹S.B.Ü.İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri Kliniği, İzmir

Giriş ve Amaç: Kardiyovasküler hastalıklar mortalite ve morbiditenin önemli sebeplerinden biridir. Özellikle LDL kolesterol düzeylerinin yükselmesi ile birlikte kardiyovasküler hastalık riski artmaktadır. Bu çalışmada 10-18 yaş arası ergenlerde LDL kolesterol düzeyleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışmada, S.B.Ü. İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastanesi'ne 2019-2021 yılları arasında başvuran 10-18 yaş arası 542 ergen yaş, cinsiyet, çinko, serum D vitamini, demir, ferritin, kalsiyum, sodyum ve fosfor düzeyleri ile LDL kolesterol düzeyleri retrospektif olarak değerlendirildi. LDL kolesterol düzeyi <110mg/dL normal, 110-129 mg/dL sınırda yüksek, ≥130mg/dL yüksek olarak kabul edildi.

Bulgular : Çalışma sonucunda, yaş ortalaması 13.64±2.63 yaş olup ergenlerin % 60.1'i kız ve % 39.9'u erkek idi. LDL kolesterol düzeyinin ergenlerin % 21.6'sında yüksek olduğu saptandı. Kızlarda LDL ortalaması 106.92±48.23mg/dL (min=8-max=302), erkeklerde 96.42±40.29mg/dL (min=6-max=209) olup cinsiyete göre kızlarda anlamlı yüksektir. (p<0.05). Yaş gruplarına göre LDL kolesterol ortalaması incelendiğinde 10-12 yaş ergenlerde 104.73±48.67mg/dL (min=6-max=302) ve ortancası 95mg/dL, 13-15 yaş ergenlerde 103.85±43.37 mg/dL (min=33-max=263) ve ortancası 96mg/dL ve 16-18 yaş ergenlerde 98.84±43.14mg/dL (min=8-max=280) ve ortancası 90mg/dL'dir. Ergenlerin yaş gruplarına göre LDL ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (p>0.05). Çalışmaya dahil edilen değişkenlerin LDL kolesterol düzeyindeki değişimin % 2.8'ini açıkladığı, tek tek incelendiğinde ise sadece çinko düzeyinin tek başına anlamlı şekilde LDL kolesterol düzeyini etkilediği saptandı. LDL kolesterol düzeyi normal olan ergenlerin çinko ortalamaları 88.81±19.62 µgr/dl, sınırda yüksek ergenlerin çinko ortalamaları 93.41±24.90µgr/dl ve LDL kolesterol düzeyi yüksek olan ergenlerin çinko ortalamaları 97.09±21.12µgr/dl idi. Ergenlerin LDL kolesterol düzeylerine göre çinko ortalamaları arasında fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0.001).

Sonuç: LDL kolesterol yüksekliği ile serum çinko düzeyleri arasında bilinen doğrudan bir ilişki yoktur. Çalışmamızda LDL kolestererol seviyeleri arttıkça çinko düzeyin arttığı saptandı. Çinko önemli bir eser element olup pek çok metabolik reaksiyonda yer alan önemli bir kofaktördür. Çinkonun LDL kolesterol seviyelerini nasıl etkilediği konusunda daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler : Ergen, LDL kolesterol, çinko

SS-027

Çocuklarda Akdeniz Diyetine Uyumun Vücut Kompozisyonu ve Kardiyometabolik Risk Faktörlerine Etkisi

Didem Güneş Kaya¹, Hande Turan², Elvan Bayramoğlu²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Endokrinolojisi

GİRİŞ VE AMAÇ:Akdeniz Diyeti, besin ögesi içerikleri açısından dengeli ve eksiksiz olması nedeniyle en sağlıklı beslenme modellerinden biri olarak kabul edilir. Literatürde genel olarak, mevcut araştırmalar Akdeniz Diyeti' ne daha fazla bağlılık ile ölüm riski, kanser, Tip 2 diyabet, metabolik sendrom, obezite, nöropsikolojik hastalıklar ve kardiyovasküler hastalıklar gibi kronik hastalıkların insidansı arasında negatif bir ilişki olduğunu öne sürmektedir. Bu çalışmanın amacı Akdeniz Diyeti 'ne bağlılığın çocuk ve adolesanlarda vücut kompozisyonu ve kardiyovasküler hastalık riski üzerine olumlu etkisinin olup olmadığını araştırılmasıdır.

YÖNTEM:Çocuk Endokrinolojisi Polikliniği'nde takipli çocuk ve adolesanlardan rutin poliklinik kontrolü için başvuran ve çalışma için gönüllü olan 465 olgu çalışmaya dahil edilmiştir. Gönüllülerin antropometrik ölçümleri biyokimyasal bulguları poliklinik dosyalarından alınmıştır. Olgulara yüz yüze anket yöntemi ile "Akdeniz Diyeti Uyum Ölçeği (Kid-Med)" uygulanmıştır. Olguların vücut kompozisyonları Biyoelektrik impedans cihazı ile ölçülmüştür. Kardiyovasküler hastalık riski açısından, dislipidemi değerlendirmesi için National Cholesterol Education Program (NCEP) kriterleri ve visseral adipozite indeksi kullanılmıştır.

BULGULAR:Çalışmaya alınan 465 olgunun(273K, 192E) ortalama yaşı $12,9\pm 35$ tir. Ortalama ağırlık, boy ve vki sds-leri sırasıyla $1,1\pm 4,6$ $0,4\pm 8,8$ $0,97\pm 4,9$ dur. Olguların ortalama yağ kilogramalrı ve yüzdeleri sırasıyla $18,5\pm 12,8$ ve $29,1\pm 10,2$ dir. Olguların 141'inde(%30) dislipidemi saptanmıştır. Ortalama KidMed puanları ise $5,07\pm 2,6$ olarak saptanmış olup orta uyum gözlenmiştir. Tüm olguların 130u kötü, 232si orta 103'ü ise iyi uyuma sahiptir ve cinsiyetler arası fark saptanmamıştır. KidMed puanı, yağ kilogramı ve yağ yüzdesi ve visseral adipozite indeksi arasında negatif korelasyon saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Akdeniz Diyetine uyumun artması hem ağırlık kontrolü üzerinde hem de vücut kompozisyonu üzerinde olumlu etkiye sahiptir. KidMed puanı arttıkça vücut kompozisyonu iyileşmektedir. Vücut ağırlığının yanı sıra daha iyi bir vücut kompozisyonu daha sağlıklı bir vücut anlamına gelmektedir. Akdeniz Diyet Modeli'ne uyumunun arttırılması, sağlıklı nesillerin yetiştirilmesinde ve kardiyovasküler hastalıklardan korunmada basit ancak etkili bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: KidMed, Obezite, Visseral Adipozite İndeksi,

SS-028

Metabolik Sendromlu Hastalarda Optik Koherens Tomografi ile Retina Kalınlığının Değerlendirilmesi

Halil Uğur Hatipoğlu¹, Mahmut Çivilibal¹, Ala Üstyol¹, Murat Elevli¹, Mine Öztürk², Nilgün Selçuk Duru¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haseki SUAM, Göz Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Obezite ve ilişkili sorunları günümüzün en önemli halk sağlığı problemi olarak kabul edilmektedir. Metabolik sendrom bu sorunların başında gelir. Bu çalışmada metabolik sendrom tanısı alan ve oftalmoskopik fundus muayenesinde retinopati saptanmayan çocuklarda retina kalınlığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Bu amaçla fazla kilo yakınması ile polikliniğimize başvuran ve IDF'nin çocuklar için uyarlanmış metabolik sendrom tanı kriterleri ile tanı alan 33 çocuk ve adolesan ile kontrol grubu olarak yaş ve cinsiyetleri benzer, yakınması olmayan 30 sağlıklı çocuk ve adolesan incelendi. Tüm olguların antropometrik ölçümleri ve ofis kan basıncı ölçümleri yapıldıktan sonra glukoz (mg/dl), total kolesterol (mg/dl), trigliserid (mg/dl), HDL kolesterol (mg/dl), LDL kolesterol (mg/dl), insülin (mU/l) düzeyleri ölçüldü. Hasta ve kontrol grubundaki tüm çocuklara OKT ile santral fovea ILM-RPE kalınlığı ölçümü ve ayaktan kan basıncı monitorizasyonu (AKBİ) yapıldı.

BULGULAR:Metabolik sendrom grubunun tartı, vücut kitle indeksi (VKİ), VKİ z skoru, bel çevresi, bel/boy oranı değerleri kontrol grubuna göre anlamlı olarak yüksekti. Biyokimyasal parametreleri karşılaştırıldığında; hastaların serum total kolesterol, LDL kolesterol, trigliserid, insülin ve HOMA-IR indeksi kontrol grubuna göre yüksek; HDL kolesterol düzeyleri düşük bulundu.

Çalışmamızda metabolik sendromlu çocukların AKBİ ile belirlenen tüm gün ve uykuda ölçülen limit üstü SKB ölçüm yüzdeleri ile tüm gün, gündüz ve gece ölçülen SKB SDS'leri sağlıklı çocuklara kıyasla anlamlı düzeyde yüksekti. Hasta grubunun santral fovea ILM-RPE kalınlıkları kontrol grubuna göre anlamlı olarak inceydi ($p<0,001$). Yapılan korelasyon analizinde santral fovea ILM-RPE kalınlığı ile VKİ z skoru, bel/boy oranı, insülin, HOMA-IR, total kolesterol, trigliserid, LDL, ofis SKB SDS ve ofis DKB SDS değerleri arasında negatif yönlü bir ilişki saptandı. Bu değişkenlerden hangisi veya hangilerinin santral fovea ILM-RPE kalınlığını etkileyen bağımsız risk faktörleri olduğunu saptamak için yapılan regresyon analizinde hiçbir bağımsız belirleyici risk faktörü bulunamadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sonuç olarak; metabolik sendromlu çocuklarda santral fovea ILM-RPE kalınlığı sağlıklı çocuklara kıyasla daha incedir. Bu durumda rol oynayan asıl belirleyici etkenleri saptamak için yeni çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Metabolik sendrom, Obezite, Retinopati, Optik koherens tomografi

Tablo 1

	Hasta Grubu (n=33)	Kontrol Grubu (n=30)	P değeri
Erkek/Kız	16/17	14/16	0,885
Yaş (yıl)	13,1±2,0	13,0±2,4	0,931
Ağırlık (kg)	79,7±21,6	44,7±12,7	<0,001
Boy (cm)	157,4±12,4	153,1±13,2	0,190
VKİ z skoru	2,2 (2,1-2,6)	-0,3 ((-0,9)-0,2)	<0,001
Bel Çevresi (cm)	98 (90,5-109)	65 (54,8-67)	<0,001
Bel/boy oranı	0,6±0,1	0,4±0,0	<0,001
Ofis SKB SDS	2,7±1,2	0,5±0,1	<0,001
Ofis DKB SDS	1,8±0,8	0,6±0,7	<0,001
Açlık Glukoz (mg/dl)	97,6±14,4	91,4±7,0	0,205
Açlık insülin (mU/l)	23,9±9,4	5,7±1,6	<0,001
HOMA-IR	5,8±2,6	1,3±0,4	<0,001
Total kolesterol (mg/dl)	182,0±36,7	150,6±23,3	<0,001
Trigliserid (mg/dl)	159,0±60,2	73,7±24,3	<0,001
HDL (mg/dl)	42,6±8,5	52,7±12,8	0,001
LDL (mg/dl)	107,8±32,6	83,3±19,2	0,001
Santral fovea ILM-RPE kalınlığı Sağ Göz (µm)	223,8±16,3	241,0±14,3	<0,001
Santral fovea ILM-RPE kalınlığı Sol göz (µm) Santral fovea ILM-RPE kalınlığı Sol göz (µm)	225,9±22,2	240,6±16,9	<0,001

Metabolik Sendromlu çocuklarla kontrol grubunun karakteristik özelliklerinin karşılaştırılması.

Tablo 3

	Santral fovea ILM-RPE kalınlığı	Santral fovea ILM-RPE kalınlığı	Santral fovea ILM-RPE kalınlığı	Santral fovea ILM-RPE kalınlığı
	Sağ Göz n=33	Sağ Göz n=33	Sol Göz n=33	Sol Göz n=33
	Rho	p	Rho	p
VKİ z skoru	-0,564	<0,001	-0,512	<0,001
Bel/boy oranı	-0,450	<0,001	-0,341	0,006
İnsülin	-0,512	<0,001	-0,389	0,002
HOMA-IR	-0,505	<0,001	-0,356	0,004
Total kolesterol	-0,427	<0,001	-0,339	0,007
Trigliserid	-0,356	0,004	-0,297	0,018
LDL	-0,396	0,001	-0,305	0,015
Ofis SBP SDS	-0,541	<0,001	-0,377	0,002
Ofis DBP SDS	-0,509	<0,001	-0,450	<0,001

Santral fovea ILM-RPE kalınlığı ile metabolik parametrelerin korelasyonu

SS-029

Human Bocavirüs ve Human Metapnömovirüs ile İzlenen Çocuk Olguların Değerlendirilmesi

İlhan Şafak Yalçınkaya¹, Onur Karagöz¹, Sercan Öztürk¹, Güneş Özçolpan², Soner Sertan Kara³

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın

²Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın

³Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Aydın

GİRİŞ VE AMAÇ:Human bocavirüs (hBoV) ve human metapnömovirüs (hMPV) özellikle küçük çocuklarda ağır klinik bulgularla seyreden solunum ve gastrointestinal sistem hastalıklarına neden olabilmektedir. Bu çalışmada kliniğimizde yatırılarak izlenen hBoV ve hMPV enfeksiyonu olan çocukların incelenmesi amaçlanmıştır

YÖNTEM:Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde, 01.01.2017 – 31.12.2022 tarihleri arasında alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla izlenen ve solunum yolu viral panelinde (multipleks PCR) hBoV ve hMPV saptanan çocuklar çalışmaya dahil edildi. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, laboratuvar sonuçları, yatış süreleri ve komplikasyonları retrospektif olarak değerlendirildi. hBoV ve hMPV tespit edilen çocuklar klinik ve laboratuvar özellikleri açısından birbirleriyle karşılaştırıldı

BULGULAR:Çalışmada 101 olgu değerlendirilmiş olup yaş ortancası 16 (0,5-120) aydı ve %67,3'ü (n=68) kızdı. Genel olarak olguların %56,4'ünde (n=57) hBoV, %43,6'sında hMPV izole edildi. Bunların %28,7'sinde (n=29) Bocavirüs, %27,7'sinde (n=28) Bocavirüs ve diğer virüsler birlikte, %20,8'inde (n=21) hMPV ve %22,8'inde (n=23) hMPV ve diğer virüsler birlikte saptandı. hBoV ve hMPV'nin birlikte saptandığı olgu yoktu. En sık semptom öksürüktü, solunum sıkıntısı hBoV grubunda daha sıklıkla (%78,9 vs %70,5; p=0,002), diğer semptomlar arasında farklılık yoktu (Tablo 1). Son üç ayda hastane başvurusu hMPV grubunda daha sıklıkla (%65,1 vs %30,4; p<0,001). Nötrofil sayısı hBoV grubunda daha yüksek saptandı (7000 (1000-22000)/mm³ vs 5000 (1000-17000)/mm³; p=0,003). Yoğun bakıma yatış ve solunum desteği gereksinimi hBoV grubunda daha sıklıkla (sırasıyla %50,8 vs %22,7; p=0,004; %41,1 vs %18,2; p=0,014).

TARTIŞMA VE SONUÇ:hMPV enfeksiyonu olan çocukların son üç ayda hastane başvurusu hBoV grubuna göre daha sıklıkla. Ancak hBoV enfeksiyonu olan çocukların nötrofil sayılarının daha yüksek olduğu ve solunum ve yoğun bakım izlem gereksinimlerinin diğer gruba göre daha fazla olduğu görüldü

Anahtar Kelimeler: Bocavirüs, Human Metapnömovirüs, üst solunum yolu enfeksiyonu

Human Bocavirüs ve Human Metapnömovirüs Enfeksiyonu Olan Çocukların Karşılaştırılması

Tablo 1. Human bocavirüs (hBoV) ve human metapnömovirüs (hMPV) enfeksiyonu olan çocukların karşılaştırılması			
	hBoV	hMPV	p
	% (n) / ortanca (min-max)	% (n) / ortanca (min-max)	
Kız	66,7 (19)	68,2 (14)	0,872
Term	64,1 (25)	59,4 (19)	0,683
Semptomlar			
Öksürük	87,7 (50)	88,6 (39)	0,888
Ateş	71,9 (41)	70,5 (31)	0,871
Solunum sıkıntısı	78,9 (45)	50 (22)	0,002
Burun akıntısı	49,1 (28)	38,6 (17)	0,293
Boğaz ağrısı	12,3 (7)	7 (3)	0,508
Son 3 ayda hastane başvurusu	30,4 (17)	65,1 (28)	<0,001
Akciğer grafisi tutulumu	74,5 (41)	60,5 (23)	0,151
Laboratuvar			
Lökosit (/mm ³)	12.000 (0-29.000)	10.000 (2000-25000)	0,097
Lenfosit (/mm ³)	3100 (1000-14000)	4000 (1000-16000)	0,259
Nötrofil (/mm ³)	7000 (1000-22000)	5000 (1000-17000)	0,003
Hemoglobin (g/dL)	11 (8-16)	11 (7-16)	0,713
Trombosit (/mm ³)	384.000 (1000-880.000)	302.000 (33.000-691.000)	0,124
CRP değeri (g/dL)	14,5 (0,8-205,0)	9,0 (1,0-298,0)	0,482
Sedimentasyon (mm/sa)	57 (12-102)	30 (13-54)	1,000
ALT (U/L)	15 (6-329)	17,5 (5-194)	0,335
AST (U/L)	32,5 (15-524)	34,5 (18-184)	0,407
Üre (mg/dL)	18,5 (1-37)	17 (5-42)	0,932
Kreatinin (mg/dL)	0,5 (0,3-0,6)	0,4 (0,3-0,6)	0,066
Kan kültüründe üreme yok*	90,2 (46)	100 (26)	0,161
Solunum desteği	50,8 (29)	22,7 (10)	0,004
Yoğun bakıma yatış	41,1 (23)	18,2 (8)	0,014
Serviste yatış süreleri (gün)	4 (0-38)	6 (0-19)	0,135
*Kan kültüründe izole edilen etkenler: S. Epidermidis (2), Koagülaz Negatif Stafilokok (2), K. pneumoniae			

SS-030

Postpandemik dönemde Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları servisinde yatan olguların solunum yolu etkenleri ve klinik bulgularıyla değerlendirilmesi

Duygu Tuğba Demir¹, Sercan Öztürk¹, İlknur Çağlar², Soner Sertan Kara²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE) çocukluk çağındaki en önemli mortalite nedenlerinden biridir. Burada 2022-2023 sezonunda Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları (ÇEH) servisimizde ASYE (pnömoni/bronşiolit) tanısıyla izlenen olgular sunulmuştur.

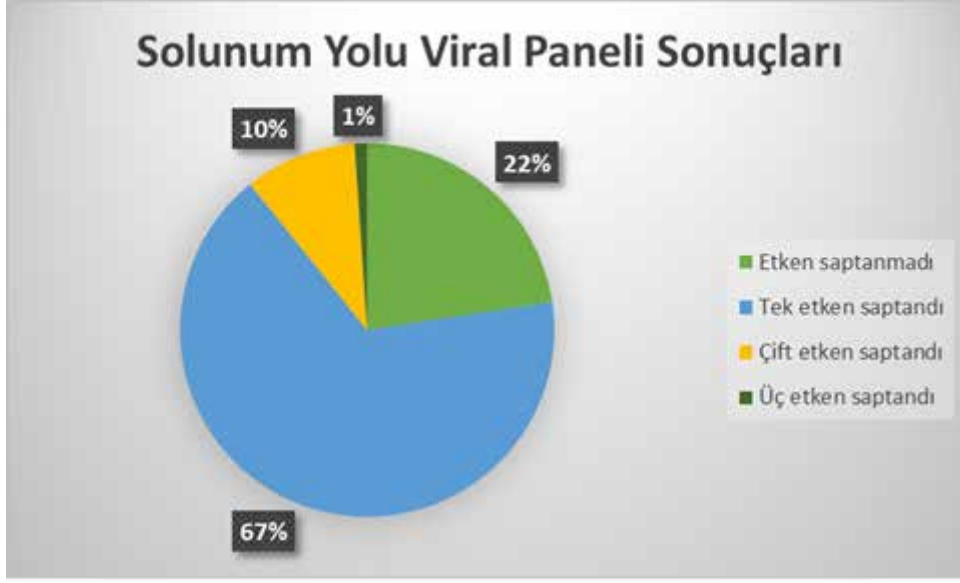
YÖNTEM:Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Hastanesinde Eylül 2022-Mart 2023 tarihleri arasında ÇEH'de izlenen 361 olgudan solunum yolu viral panel gönderilmiş olan 83'ü (%23,0) çalışmaya alındı. Hastaların verileri hastane bilgi sisteminden ve arşiv dosyalarından geriye dönük toplandı.

BULGULAR:Olguların yaş ortancası 46,0 (1-213) ay, %57,8'i (n=48) kızdı, %57,8'inin (n=48) kronik hastalığı, %50,6'sının (n=42) tekrarlayan akciğer enfeksiyonu vardı. Olguların %74,7'sinde (n=62) solunum yolu viral panelinde etken saptandı. Bunların %83,9'unda (n=52) tek etken saptanırken; %14,5'inde (n=9) iki, %1,6'sında (n=1) üç etken bir arada saptandı (Şekil-1). Toplam 73 etken içinde en sık RSV saptandı (Şekil-2). Olgularda ortanca lökosit 10670(2730-59020)/mm³, CRP 36,6(2,0-370,4) mg/L'di ve %75,9'unda (n=63) akciğer grafisinde patoloji vardı (Tablo-1). Otuz dokuz (%47) olgunun oksijen ihtiyacı vardı, %6,0'sında (n=5) yüksek akışlı nazal kanülle oksijen tedavisi ihtiyacı oldu. Olgulara en sık uygulanan inhaler tedavi (%60,2, n=50) salbutamoldü, 75 (%90,4) olguya antibiyotik tedavisi başlandı. Ortanca parenteral antibiyotik süresi 6 (3-32) gündü. En sık kullanılan antibiyotik seftriakson/sefotaksimdi (%83,1, n=69). On beş (%18,1) olguya vankomisin/teikoplanin eklendi, 13 (%15,7) olgu klaritromisin, 11 (%13,3) olgu da oseltamivir aldı. Ortanca toplam yatış süresi 6(3-32) gündü, altısında (%7,2) çocuk yoğun bakım ihtiyacı oldu ve ÇYBÜ yatış süresi 6(4-6) gündü. Etken saptanan ve saptanmayan olgular karşılaştırıldığında etken saptanan olgularda yaş daha küçük (41[5-213] vs 77[1-213] ay; p=0,010), trombositleri daha yüksek (315.000[135.000-851.000]/mm³ vs 263.000[128.000-484000]/mm³; p=0,040), akciğerde plevral efüzyon oranı daha az (%3,2 vs %28,6; p=0,003) ve ÇYBÜ yatış oranları daha azdı (%3,2 vs %19,0; p=0,033). İncelenen diğer değişkenler arasında fark saptanmadı (p>0,05) (Tablo-1).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Yatırılarak izlenen ASYE'li hastalarda en sık RSV saptandı. Etken saptananların daha küçük yaşta, trombositlerinin daha yüksek, plevral efüzyon ve ÇYBÜ yatış oranlarının daha az olduğu görüldü.

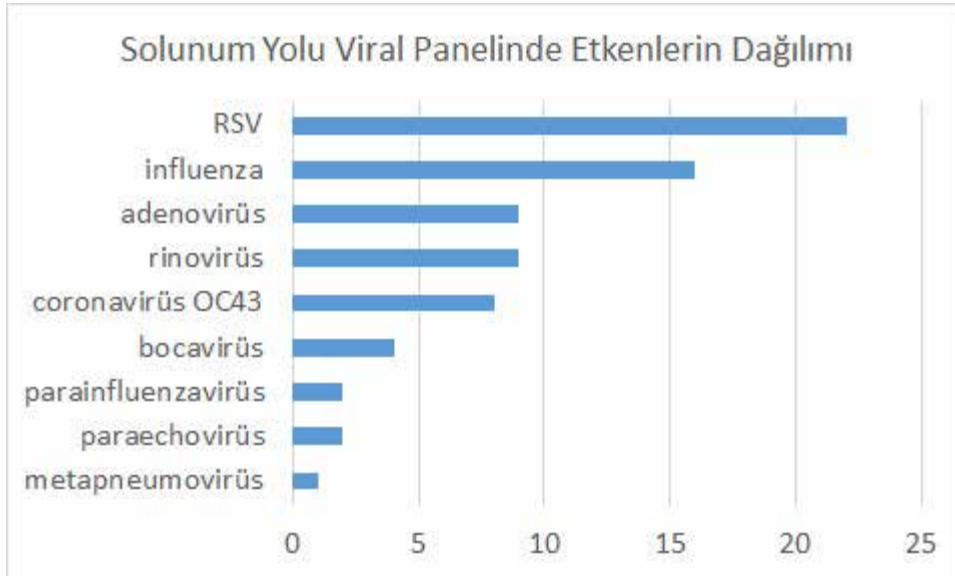
Anahtar Kelimeler: influenza, rinovirüs, RSV, solunum yolu viral panel

Şekil 1. Solunum Yolu Viral Paneli Sonuçları



Bir olguda parainflenzavirüs, RSV, coronavirusOC43
İki olguda influenzavirüs, parechovirüs
Bir olguda rinovirüs, adenovirüs
Bir olguda rinovirüs, metapneumovirüs
Bir olguda influenzavirüs, coronavirusOC43
Bir olguda influenzavirüs, adenovirüs
Bir olguda RSV, parainflenzavirüs
Bir olguda RSV, bocavirüs
Bir olguda RSV, rinovirüs

Şekil 2. Solunum Yolu Viral Panelinde Etkenlerin Dağılımı



Tablo 1. Solunum Yolu Viral Panelinde Etken Saptanan ve Saptanmayan Olguların Demografik, Klinik, Laboratuvar ve Akciğer Grafisi Bulgularının Karşılaştırılması

Tablo 1. Solunum Yolu Viral Panelinde Etken Saptanan ve Saptanmayan Olguların Demografik, Klinik, Laboratuvar ve Akciğer Grafisi Bulgularının Karşılaştırılması				
	Tüm Olgular (n=83) % (n)/ortanca (min-max)	Etken Saptanmayan (n=21) % (n)/ortanca (min-max)	Etken Saptanan (n=62) % (n)/ortanca (min-max)	p
Yaş (ay)	46,0 (1-213)	77 (1-213)	41 (5-213)	0,010
Kız	57,8 (48)	52,4 (11)	59,7 (37)	0,558
Erkek	42,2 (35)	47,6 (10)	40,3 (25)	
Kronik Hastalık Varlığı	57,8 (48)	66,7 (14)	54,8 (34)	0,343
Tekrarlayan Akciğer Hastalığı	50,6 (42)	47,6 (10)	51,6 (32)	0,752
Laboratuvar				
Lökosit (/mm ³)	10670 (2730-59020)	10960 (3780-59020)	10525 (2730-36660)	0,726
Hemoglobin (g/dL)	11,3 (9,3-14,2)	11,1 (9,7-13,6)	11,4 (9,3-14,2)	0,652
Trombosit (/mm ³)	303.000 (128.000-851.000)	263.000 (128.000-484.000)	315.000 (135.000-851.000)	0,040
CRP (mg/L)	36,6 (2,0-370,4)	80 (2-307)	27 (2-370)	0,056
Akciğer grafi bulguları				
İnfiltrasyon	75,9 (63)	71,4 (15)	77,4 (48)	0,579
Bilateral Tutulum	25,4 (16)	40,0 (6)	20,8 (10)	0,177
Plevral Efüzyon	9,6 (8)	28,6 (6)	3,2 (2)	0,003
Oksijen İhtiyacı	47,0 (39)	42,9 (9)	48,4 (30)	0,661
Antibiyotik Tedavisi	90,4 (75)	85,7 (18)	91,9 (57)	0,411
Yoğun Bakıma Yatış İhtiyacı	7,2 (6)	19,0 (4)	3,2 (2)	0,033
Serviste Yatış Süresi (gün)	6 (3-32)	7 (4-32)	6 (3-23)	0,205

SS-031

Bildiri tam metin

5 YAŞ ALTI MENENJİT ÖN TANISI İLE TETKİK EDİLEN ÇOCUKLARIN EPİDEMİYOLOJİK, KLİNİK VE MİKROBİYOLOJİK ÖZELLİKLERİNİN İNCELENMESİ

Aslı Yeter Baş Can¹, Aysel Vehapoğlu²,

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri

Giriş ve Amaç: Bakteriyel menenjit çocuklarda mortalite ve morbiditenin yüksek olduğu, meninkslerin akut iltihabıdır. Hızlı tanı ve tedavi için etken olan en yaygın mikroorganizmaların bilinmesi ve tedavinin ona göre yönlendirilmesi hayati önem taşır (1). Çalışmamızın amacı ülkemizde 5 yaş altı çocuklarda bakteriyel menenjitin en sık görülen mikrobiyal etkenleri hakkında bilgi toplamak, klinik özelliklerini, laboratuvar bulgularını, tedavilerini, komplikasyon ve sekel gibi özelliklerini incelemektir.

Gereç -Yöntem: Bu çalışmada, Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi'nde Ocak 2012- Eylül 2020 tarihleri arasında menenjit ön tanısıyla lomber ponksiyon yapılan 5 yaş altı 226 çocuk retrospektif olarak incelendi. BOS kültüründe bakteri saptanması veya klinik ve BOS bulguları bakteriyel menenjit ile uyumluken kan kültüründe bakteri saptanması, kanıtlanmış bakteriyel menenjit olarak kabul edildi (2). Kültür sonuçlarına göre 13'ü kanıtlanmış menenjit, 213'ü şüpheli menenjit olmak üzere iki gruba ayrıldı. Hastaların demografik özellikleri, başvuru şikayetleri, başvuru öncesi antibiyotik kullanımı, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları (C-reaktif protein, prokalsitonin, beyaz küre sayısı, mutlak nötrofil ve lenfosit sayısı, trombosit, hemoglobin, hematokrit değerleri, glukoz) kan kültürü üremeleri, BOS bulguları (hücre sayısı, BOS kültürü, BOS glukoz ve protein düzeyleri), kraniyal görüntüleme bulguları, yatış sırasında alınan antibiyoterapileri, yatış süreleri, komplikasyon ve sekel gibi özellikleri retrospektif olarak elektronik veri tabanı üzerinden incelendi ve iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Bakteriyel menenjit tanılı 13 hastamızın 10'u BOS kültüründe üreme olması ile 3'ü ise kan kültüründe üreme olması ile kanıtlanmış bakteriyel menenjit olarak kabul edildi. BOS kültüründe üreme olan 10 hastanın, 4'ünde (%31) Streptococcus pneumoniae, 3'ünde (%23) Neisseria meningitidis görülürken, 1'inde (%7.7) Streptococcus pyogenes, 1'inde (%7.7) Salmonella typhimurum, 1'inde (%7.7) Streptococcus agalactiae üremeleri bulundu. Klinik ve BOS bulguları ile bakteriyel menenjit tanısı konulan 3 (%23) hastanın BOS kültüründe üreme görülmedi ancak kan kültüründe üreme tespit edildi (2 hastada Streptococcus pneumoniae, 1 hastada Escherichia coli). Aynı zamanda kanıtlanmış bakteriyel menenjit hastalarımızın 7'sinde hem BOS kültüründe hem de kan kültüründe aynı etkenler üredi (3 hastada Neisseria meningitidis, 3 hastada Streptococcus pneumoniae, 1 hastada Salmonella typhimurum). Kanıtlanmış bakteriyel menenjit grubundaki hastalarda erkek cinsiyet hakimiyeti (%54) görüldü ve medyan yaşı 8 ay (2-28) olarak saptandı. Kanıtlanmış bakteriyel menenjit grubundaki hastalarda en sık gözlenen semptom ve bulgular ateş (%100), kusma (%46), bilinç değişikliği (%46), meningeal irritasyon bulguları (%38) ve infantlarda fontanel bombeliği (%56) olarak saptandı. Bu klinik bulgular, kanıtlanmış menenjitli olgularda şüpheli menenjitli olgulara göre anlamlı olarak daha yüksekti. Kanıtlanmış menenjitli olgularda CRP, prokalsitonin, BOS protein ve BOS lökosit sayısı şüpheli menenjitli olgulara göre anlamlı yüksek bulunurken (sırasıyla p=<0.001, p=0.005, p=<0.001, p=<0.001) serum lenfosit sayısı, BOS glukoz ve BOS glukoz/serum glukoz oranı anlamlı olarak düşük bulundu (sırasıyla p=0.009, p=<0.001, p=<0.001). Kanıtlanmış bakteriyel menenjit grubundaki hastalarda ampirik antibiyotik tedavisinde 3 ay altındaki hastalarda en sık Ampisilin+ Sefotaksim tercih edilirken 3 aydan büyük hastalarda en sık Seftriakson tercih edildi ve antibiyotik süresi ortanca 14 gün olarak tespit edildi. Kanıtlanmış bakteriyel menenjit grubundaki hastalarda yatış süresi medyan 18 gün olarak tespit edildi. Salmonella menenjitinde yatış süresinin diğer etkenlere daha uzun olduğu görüldü. Kanıtlanmış bakteriyel menenjitli 13 hastamızın 4'ünde komplikasyon veya sekel gelişti. Bunlardan 1 hastada subdural empiyem, 1 has-

tada subdural ampiyem ve serebrovasküler anormallik, 1 hastada subdural efüzyon komplikasyonu görülürken, 1 hastada epilepsi ve mental retardasyon sekeli gelişti.

Tablo 1. Menejit Durumuna Göre Hastaların Cinsiyet, Yaş, Semptom ve Ön Tedavi Durumunun Karşılaştırılması

Özellikler	Menejit		p-değeri
	Kanıtlanmış, N = 13	Şüpheli, N = 213	
Cinsiyet, n (%)			0.556 ¹
Erkek	7 (54)	136 (64)	
Kadın	6 (46)	77 (36)	
Yaş, ay			0.953 ²
Ortalama ± ss	17 ± 21	12 ± 14	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	8 (2-28)	7 (2-15)	
Ateş, n (%)	13 (100)	201 (94)	>0.999 ¹
Baş ağrısı (>24 ay hastalar), n (%)	1 (25)	3 (12)	0.454 ¹
Kusma, n (%)	6 (46)	23 (11)	0.002 ¹
Nöbet, n (%)	2 (15)	83 (39)	0.138 ¹
Döküntü, n (%)	1 (7.7)	5 (2.3)	0.302 ¹
Bilinç değişikliği, n (%)	6 (46)	14 (6.6)	<0.001 ¹
Huzursuzluk, n (%)	3 (23)	27 (13)	0.389 ¹
Febril konvulziyon (>6 ay hastalar), n (%)	0 (0)	55 (48)	0.016 ¹
Fizik muayene, n (%)			<0.001 ¹
Normal	3 (23)	177 (84)	
Patolojik	10 (77)	33 (16)	
Fontanel bombeliği (<18 ay hastalar), n (%)	5 (56)	19 (12)	0.003 ¹
Meningeal irritasyon bulguları, n (%)	5 (38)	14 (6.7)	0.002 ¹
Lomber ponksiyon öncesi ön tedavi alma, n (%)	2 (15)	32 (15)	>0.999 ¹

¹Fisher's exact test

²Wilcoxon rank sum test

Tablo 2. Kanıtlanmış Bakteriyel Menejit Hastalarının Kan ve BOS Kültürü Sonuçlarına Göre Komplikasyon ve Sekel Dağılımları

Özellikler	Streptococcus pneumoniae, N = 6 ¹	Neisseria meningitidis, N = 3 ¹	Salmonella typhimurum, N = 1 ¹
Subdural efüzyon	0 (0)	0 (0)	1 (100)
Subdural ampiyem	1 (17)	1 (33)	0 (0)
Serebrovasküler anormallik	0 (0)	1 (33)	0 (0)
Epilepsi	1 (17)	0 (0)	0 (0)
Mental retardasyon	1 (17)	0 (0)	0 (0)

¹n (%)

Tablo 3. Menenjit Durumuna Göre Hastaların Kan Parametrelerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Menenjit		p-değeri
	Kanıtlanmış, N= 13	Şüpheli, N = 213	
WBC, 10³/μL			0.705 ¹
Ortalama ± ss	15 ± 10	14 ± 8	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	13 (7-22)	12 (8-18)	
Nötrofil, 10³/μL			0.152 ¹
Ortalama ± ss	11.3 ± 8.5	7.4 ± 6.0	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	10.8 (3.7-16.8)	5.6 (3.3-10.1)	
Lenfosit, 10³/μL			0.009¹
Ortalama ± ss	2.71 ± 1.83	4.55 ± 2.99	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	2.33 (1.48-2.76)	3.98 (2.48-5.90)	
Platelet, 10³/μL			0.940 ¹
Ortalama ± ss	376 ± 228	345 ± 129	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	301 (264-413)	330 (261-414)	
Hemoglobin, g/dL			0.859 ²
Ortalama ± ss	10.59 ± 1.31	10.66 ± 1.25	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	11.00 (9.80-11.44)	10.70 (9.80-11.40)	
Hematokrit, %			0.928 ²
Ortalama ± ss	32.0 ± 4.3	31.9 ± 3.6	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	33.0 (29.2-34.8)	32.0 (29.3-34.3)	
CRP, mg/dL			<0.001¹
Ortalama ± ss	13.5 ± 7.9	3.8 ± 5.9	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	12.3 (9.2-15.9)	1.3 (0.3-4.9)	
PCT, ng/mL			0.005¹
Ortalama ± ss	54 ± 76	7 ± 22	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	31 (7-56)	1 (0-2)	
Glukoz, mg/dL			0.940 ¹
Ortalama ± ss	100 ± 27	99 ± 20	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	98 (83-116)	95 (86-110)	
Kan kültürü, n (%)			<0.001³
Negatif	3 (23)	160 (75)	
Pozitif	10 (77)	13 (6.1)	
Yok	0 (0)	40 (19)	

Tablo 4. Menenjit Durumuna Göre Hastaların BOS Parametrelerinin Karşılaştırılması

Özellikler	Menenjit		p-değeri
	Kanıtlanmış, N = 13	Şüpheli, N = 213	
BOS glukoz, mg/dL			<0.001¹
Ortalama ± ss	19 ± 20	60 ± 12	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	5 (5-28)	59 (53-66)	
BOS glukoz, n (%)			<0.001³
<40 mg/dL	10 (77)	3 (1.4)	
≥40 mg/dL	3 (23)	204 (99)	
BOS protein, mg/dL			<0.001¹
Ortalama ± ss	187 ± 116	35 ± 30	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	174 (90-242)	25 (18-41)	
BOS protein, n (%)			<0.001³
<100 mg/dL	4 (31)	200 (97)	
≥100 mg/dL	9 (69)	6 (2.9)	
BOS glukoz/Serum glukoz, %			<0.001¹
Ortalama ± ss	23 ± 25	62 ± 14	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	9 (4-39)	61 (53-69)	
BOS glukoz/Serum glukoz, n (%)			<0.001³
<%50	10 (83)	27 (15)	
≥%50	2 (17)	153 (85)	
BOS lökosit, /mm³			<0.001¹
Ortalama ± ss	4,174 ± 7,240	8 ± 17	
Ortanca (25.-75. çeyrekler)	404 (173-3,875)	2 (0-6)	
BOS lökosit, n (%)			<0.001³
<100/mm ³	2 (15)	209 (100)	
≥100/mm ³	11 (85)	1 (0.5)	
¹ Wilcoxon rank sum test			
² Welch Two Sample t-test			
³ Fisher's exact test			

Sonuç: Menenjit etkeninin kültür veya diğer yöntemlerle doğrulanması ve etkene spesifik antibiyoterapinin başlanması ile etkin tedavi sağlanabilmekte ve gereksiz antibiyotik kullanımının önüne geçilebilmektedir. Bizim çalışmamızda 5 yaş altı çocuklarda Streptococcus pneumoniae, kültür yöntemiyle doğrulanan en sık bakteriyel menenjit etkeni olarak bulundu.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel menenjit, çocukluk, mikrobiyolojik özellikler.

Kaynaklar

1. Thigpen, M. C., Whitney, C. G., Messonnier, N. E., Zell, E. R., Lynfield, R., Hadler, J. L., Harrison, L. H., Farley, M. M., Reingold, A., Bennett, N. M., Craig, A. S., Schaffner, W., Thomas, A., Lewis, M. M., Scallan, E., Schuchat, A., & Emerging Infections Programs Network (2011). Bacterial meningitis in the United States, 1998-2007. The New England journal of medicine, 364(21), 2016–2025
2. Nakamura, T., Cohen, A. L., Schwartz, S., Mwenda, J. M., Weldegebriel, G., Biey, J. N. M., Katsande, R., Ghoniem, A., Fahmy, K., Rahman, H. A., Videbaek, D., Daniels, D., Singh, S., Wasley, A., Rey-Benito, G., de Oliveira, L., Ortiz, C., Tondo, E., Liyanage, J. B. L., Sharifuzzaman, M., ... Serhan, F. (2021). The Global Landscape of Pediatric Bacterial Meningitis Data Reported to the World Health Organization-Coordinated Invasive Bacterial Vaccine-Preventable Disease Surveillance Network, 2014-2019. The Journal of infectious diseases, 224(12 Suppl 2), S161–S173.

SS-032

Bildiri tam metin

Pediyatrik Septik Artrit ve Osteomyelit Olgularının Retrospektif Değerlendirilmesi

Uygar Erken¹, Nidai Dalokay¹, Mahmut Can Kızıllı², Yalçın Kara², Ömer Kılıç²

¹Eskişehir osmangazi üniversitesi tıp fakültesi, çocuk sağlığı ve hastalıkları bilim dalı,eskişehir

²Eskişehir osmangazi üniversitesi tıp fakültesi, çocuk enfeksiyon hastalıkları bilim dalı,eskişehir

Giriş: Çocukluk çağı septik artrit ve osteomyeliti tedavisiz kaldığı takdirde etkilenen eklemde geri dönüşümsüz hasarlara yol açarak günlük yaşam fonksiyonlarını ciddi şekilde bozabilme potansiyeline sahip, acil bir klinik durumdur. Klinik ve laboratuvar bulgularıyla septik artriti taklit edebilen diğer monoartrit nedenleri, septik artrit tanısını zorlaştırmaktadır. Bu çalışma ile septik artrit ve osteomyelit ile başvuran çocuk hastaların, klinik ve epidemiyolojik özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya 2017-2022 yılları arasında Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesinde septik artrit ve osteomyelit sebebiyle takip edilen çocuk olgular dahil edildi. Olguların epidemiyolojik,klinik özellikleri ve laboratuvar tetkikleri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 23 çocuk olgunun, yaş ortalaması 102(13-204) aydı. Olguların 15'i (%65) erkek, %45'i(%35) kızdı. Olguların 13'ünde septik artrit, 10'unda osteomyelit mevcuttu. Olguların %78'inde eklemde şişlik, %48'inde eklemde kızarıklık, %45'inde hareket kısıtlılığı, %42'sinde ateş şikayeti mevcuttu. Septik artrit olgularının, %61'i diz eklemde, %30'unda kalça eklemde, %9'unda ise dirsek eklemde tutulum mevcuttu. Osteomyelit olgularının ise, %50'sinde ayak bileği, %30'unda diz eklemi, %20'sinde ise kalça eklemde tutulum mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde; lökosit; 9800(5830-22900) u/ml, C-reaktif protein: 44(2.3-161) mg/dl, sedimantasyon 42(8-84) mm/saatti. 13 septik artrit olgunun 9'üne eklem ponksiyonu yapılırken, eklem sıvısı 5'inde pürülan, 4'ü seröz vasıftaydı, eklem sıvısı lökosit sayısı 67.340(8000-146.000) /mm³ idi. Eklem ponksiyonu yapılan 9 olgunun, gram boyama incelemesinde, 5'inde gram pozitif kok, 1'inde gram negatif basil görülürken, 2 olguda asit-rezistan boyama pozitif saptandı.Üç olguda ise bruselloz saptandı. Septik artrit olgularının, eklem sıvı kültüründe, 2 olguda Staphylococcus aureus, 2 olguda ise mycobacterium tuberculosis üremesi mevcuttu. Osteomyelit olgularının ise kültürlerinde; 1 olguda Staphylococcus aureus,1 olguda S.pyogenes, 1 olguda enterobacter üremesi mevcuttu. On üç septik artrit olgunun, hepsine eklem ultrasonografisi çekilirken, 11 olguya mangnetik-rezonansı çekildi. 23 olgunun hepsine antibiotik tedavisi verilirken, 3 olguya bruselloz tedavisi, 2 olguya anti-tüberkuloz tedavi verildi. Ortalama tedavi süresi, parenteral 14 gün(7-28), oral 21(7-42) gündü. En sık kullanılan antibiotikler ise sefazolin, seftriakson, teikoplanın ve ampisilin-sulbaktamdı. 8 olguya ise cerrahi tedavi uygulandı.

Sonuçlar: Çocuklarda septik artrit ve osteomyelit hızlı tanı ve tedavi gerektiren, aksi takdirde büyüme plağı hasarı ve deformite gibi kalıcı patolojilere yol açabilen acil durumdur. Bu sebeple özellikle monoartrit ile başvuran çocuklarda, mutlaka septik artrit ve osteomyelit akılda tutulmalı, tanı ve tedavisi hızlı bir şekilde yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: septik artrit, osteomyelit, çocuk

SS-033

Erken Neonatal Sepsis Tanısında Eskimeyen Dost: Hemogram Parametreleri

Tahir Aydın¹, Ahsen Güler, Nazife Mengi¹, Kamil Şahin¹, Derya Büyükkayhan¹, Murat Elevli¹

¹S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Erken neonatal sepsis tanısında bulguların hastalığa özgü olmaması nedeniyle karşılaşılan en büyük zorluklardan biri erken ve doğru tanı koyabilmektir. Erken tanı için basit ve güvenilir testlere ihtiyaç vardır. Yardımcı tanı yöntemleri olarak çeşitli hematolojik parametreler kullanılabilir. Çalışmamızda sepsisin erken tanısında hemogram parametrelerinin önemini araştırdık.

YÖNTEM: Çalışmamıza 107 sepsis tanılı hasta ile 107 sağlıklı yenidoğandan oluşan 214 bebek alındı. Her iki grubunun demografik özellikleri, doğumdan sonraki 6. saatte alınan tam kan sayımı parametreleri, sepsis grubunun enfeksiyon belirteçleri ve anne - bebek kültür üremeleri hastane bilgi sisteminden taranarak kaydedilmiştir.

BULGULAR: Hastaların laboratuvar değerlerinden Ortalama trombosit hacmi (MPV), Plateletcrit (PCT), Nötrofil, Lenfosit istatistiksel olarak anlamlı düşük bulundu ($p<0,05$), (tablo 1). ROC analizinde MPV, PCT, Nötrofil, Lenfosit parametrelerinin tanıda anlamlı olduğu fakat tek başına yeterli özgüllüğe ve duyarlılığa sahip olmadığı görüldü (şekil 1), (tablo 2). Ayrıca 4 parametre birlikte değerlendirildiğinde duyarlılığın %100 e ulaştığı görüldü (tablo 3).

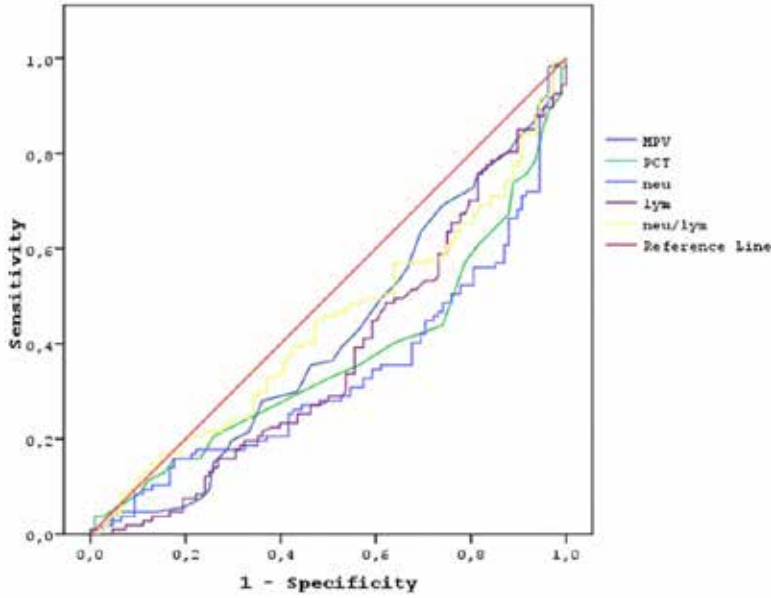
TARTIŞMA VE SONUÇ: Doğumdan sonraki 6. saatte alınan hemogram değerlerinin erken neonatal sepsisi öngörmede tanısız değeri vardır. Yapılan çalışmalarda nötrofil sayısı ve MPV değeri anlamlı olarak yüksek bulunmuş ayrıca MPV' nin mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. PCT değeri ise şüpheli sepsislerde sağlıklı gruba göre anlamlı olarak düşük saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda PCT, MPV, Nötrofil ve Lenfosit düzeylerini anlamlı olarak düşük tespit ettik. MPV değerlerini literatürün aksine olarak düşük bulmamızın nedenini ilk haftalarda MPV düzeylerinin sinüzoidal bir eğri çizmesine bağlıyoruz.

Çalışmamızda kontrol grubuna göre anlamlı olarak farklı bulduğumuz hemogram parametrelerinin yenidoğan sepsisi erken tanısında yol gösterici olabileceğini, duyarlılık ve özgüllükleri CRP'den düşük olmasına rağmen sepsisi öngörmede yardımcı parametreler olarak kullanılabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Erken Neonatal Sepsis, Hemogram Parametreleri, Yenidoğan

ROC Eğrisi



Roc Eğrisi

Tablo 2

	AUC	SE	P Değeri	95% CI	95% CI
MPV	0,413	0,039	0,027	0,337	0,489
PCT	0,366	0,038	0,001	0,291	0,441
NEU	0,335	0,037	0,000	0,262	0,408
LYM	0,374	0,038	0,001	0,299	0,448
NEU/LYM	0,435	0,039	0,098	0,358	0,512

Tanı Testlerinin Üstünlüğü

Tablo 3

		Duyarlılık	Özgüllük	PPV	NPV	Doğru Bilirlik
MPV	<9,55	57,0%	56,5%	56,5%	57,0%	56,7%
PCT	<0,235	64,5%	55,5%	58,5%	61,6%	59,9%
NEU	<13100	65,4%	61,8%	62,5%	64,8%	63,6%
LYM	<4475	66,4%	56,4%	59,7%	63,3%	61,3%
Herhangi Birinin Pozitifliği		100,0%	11,8%	52,5%	100,0%	55,3%

Tanı Testlerinin Duyarlılık ve Özgüllükleri

Tablo1

	Hasta Grubu	Kontrol Grubu	P Değeri
PCT	0,22±0,08	0,25±0,06	0,001
MPV	9,51±0,89	9,81±0,98	0,027
NEU	11530,7±5612,7	14496,2±5135,9	<0,001
LYM	4071,8±1176,5	4774,8±1513,8	0,001

SS-034

Bildiri tam metin

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE İZLENEN ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL BEBEKLERDE SADECE ANNE SÜTÜYLE BESLENMENİN PRETERM MORBİDİTELERİNİN ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse Özer Bekmez, Aslıhan Köse Çetinkaya, Fatmanur Sarı, Evrim Alyamaç Dizdar

Ankara Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Kliniği

Amaç: Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin beslenmesinde öncelikle anne sütü tercih edilmektedir. İmmunomodülatuar ve özellikle immatür bağırsak bariyerini koruyucu etkileri ile sadece anne sütüyle beslenme yoğun bakımda izlenen çok düşük doğum ağırlıklı prematüre bebeklerin morbiditelerini etkileyebilir. Bu çalışmada hastanede yatış süresince sadece anne sütüyle beslenmenin preterm morbiditeleri ve mortalite üzerine etkisi değerlendirildi.

Yöntem: Ünitimizde izlenen ≤ 32 hafta ve < 1500 g doğan preterm bebeklerin kayıtları analiz edildi. Kontrendikasyonu olmayan tüm preterm bebeklere yaşamın ilk gününde itibaren trofik beslenme başlandı. 72 saatte anne sütü temin edilemeyen bebeklere formula ile beslenme başlandı. Enteral beslenme verileri hemşire gözlemlerinden elde edildi. Hastalar sadece anne sütü alan ve formula±anne sütü ile beslenen olarak iki gruba ayrıldı. Hasta grupları, prematüre morbiditeleri ve mortalite açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamıza toplam 496 bebek dahil edildi. Bunların 258'i (%52) sadece anne sütü ile beslenirken kalan 238 hasta karışık beslenen gruptaydı. Ortanca gestasyon haftası her iki grupta 28 (27-29) hafta saptandı. Doğum ağırlığı ise sadece anne sütü alan grupta 1087 (930-1250) g iken diğer grupta 1100 (887-1250) g olarak kaydedildi. Yatışı süresince sadece anne sütü alan grupta intraventriküler kanama, beslenme intoleransı, geç neonatal sepsis ve düzeltilmiş 36. haftada solunum desteği alma oranı diğer gruba kıyasla anlamlı olarak düşük saptandı. Mortalite oranları her iki grupta benzerdi. Lojistik regresyon analizinde sadece anne sütü ile beslenmenin geç sepsis oranını azaltmada bağımsız risk faktörü olduğu tespit edildi (OR 0,6 CI 0,34-0,83 p=0,007).

Sonuç: Hastanede yattığı süre boyunca sadece anne sütü alan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde diğerlerine kıyasla kanıtlanmış geç neonatal sepsis sıklığının azaldığı görüldü. Anneler, yenidoğan yoğun bakım yatışı sürecinde mutlaka anne sütünün gerekliliği konusunda bilgilendirilmeli ve desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: anne sütü, gec sepsis, prematürite

Tablo 1. Grupların demografik ve klinik özellikleri

	Sadece anne sütü grubu (n=258)	Anne sütü±formula grubu (n=238)	p
Gestasyon haftası, hafta *	28 (27-29)	28 (27-29)	0,40
Doğum ağırlığı, g *	1087 (930-1250)	1100 (887-1250)	0,26
Erkek cinsiyet, n %	116 (49)	90 (47)	0,40
Normal vajinal doğum, n %	32 (14)	30 (16)	0,30
Hemodinamik anlamlı duktus arteriozus, n %	93 (40)	90 (48)	0,058
Intraventriküler kanama, n %	153 (65)	140 (75)	0,02
Beslenme intoleransı, n %	13 (52)	120 (64)	0,013
Geç neonatal sepsis, n %	125 (53)	122 (65)	0,011
Kanıtlanmış sepsis, n %	56 (24)	73 (39)	0,001
Bronkopulmoner displazi, n %	77 (34)	73 (41)	0,08
Mortalite, n %	15 (6)	15 (8)	0,33

*ortanca (25p-75p)

SS-035

Yenidoğan Konvülziyonlarının Etiyolojik Nedenlerinin ve Prognozunun Araştırılması

Nurdeniz Karadurmuş¹, Yalçın Çelik², Ayşen Orman², Çetin Okuyaz³, Ezgi Çağlar³

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Mersin

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, Mersin

³Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Mersin

GİRİŞ VE AMAÇ:Yenidoğan konvülziyonları, santral sinir sistemini tutan hastalıklar başta olmak üzere, çok sayıda hastalığın önemli belirtilerinden biridir. Yenidoğan nöbetlerinin getirdiği mortalite riski ve uzun dönemde gelişebilecek nöromotor gelişme geriliği gibi durumlar bu alanda çalışmaların yoğunlaşmasına sebep olmuştur. Bu çalışmada Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Yenidoğan Bilim Dalı yoğun bakımına 01.01.2008- 16.09.2020 tarihleri arasında yatışı olan ve yatışı sırasında konvülziyon geçirme öyküsü olan hastalar tarandı, etiyolojik faktörler ve prognozları değerlendirildi

YÖNTEM:Yenidoğanların, doğum bilgileri (doğum ağırlığı, gebelik haftası, doğum şekli, APGAR skoru, resüsitasyon ihtiyacı), yenidoğan yoğun bakımdaki yatış sırasındaki özellikleri (nöbet zamanı ve tipi, serebral görüntüleme, EEG bulguları, aldıkları tedavileri) ve etiyolojik faktörleri değerlendirildi.

EEG Bulgularının Sınıflandırılması

1. Normal

2. Hafif anormallik

- Frekansın azalması ve yokluğu
- Artmış/fokal keskin aktivite
- Aşırı uzamış düşük voltaj periyotları /yaşa göre voltaj periyotlarının azalması

3. Orta derece anormallik

- Santral dikenler
- Voltaj asimetrisi, frekans asimetrisi, fokal baskılı voltaj
- Yaşa göre asenkroni

4. Ağır derecede anormallik

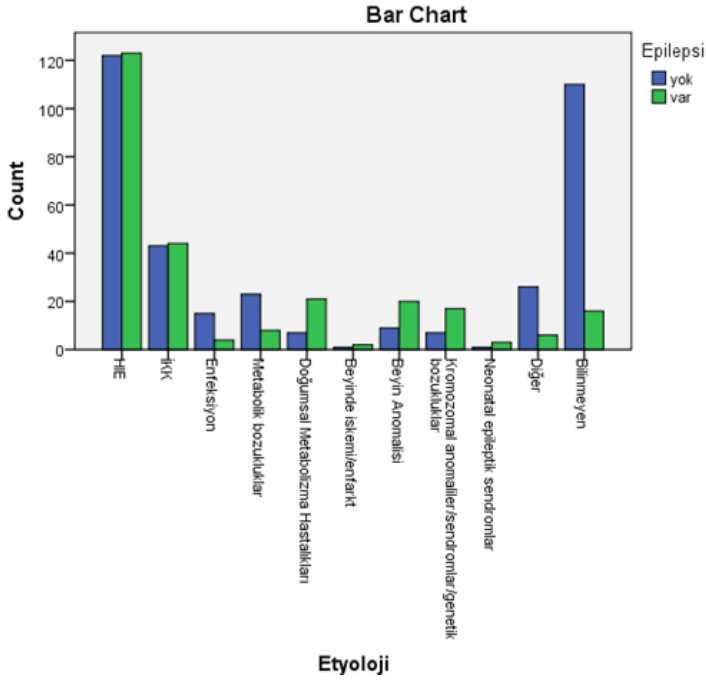
- İzoelektrik düşük voltaj
- Burst supresyon paterni

BULGULAR:Hastalarımızın %38'inde etiyolojik faktör hipoksik iskemik ensafalopatiydi ve en sık görülen sebep olarak saptandı. %15 hastada sebep intrakranial kanama iken, hastaların %19.2'sinde etiyolojik neden belirlenemedi. Takiplerde hastaların %13.6'sı ölüm ile sonuçlandı. Epilepsi gelişme oranı %42, CP gelişme oranı %32.9, görme bozukluğu %27, işitme bozukluğu %13.4 ve mikrosefali %10.5 oranında saptandı. Denver-II Gelişim Testi yapılan hastaların %83.3'ünde anormal gelişim saptandı

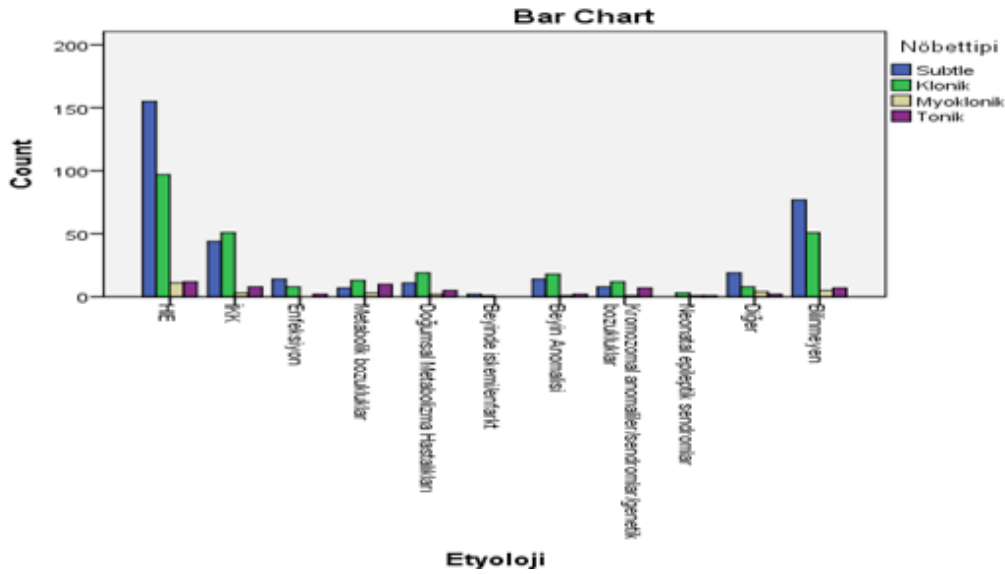
TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamızda etiyolojik nedenlerin oransal dağılımı, risk faktörlerinin etkisi, epilepsi ve CP gelişimi literatür ile uyumlu bulundu. Gelişim testi anormalliği literatürden daha yüksek oranda bulundu. Bu sonuç, gelişim testi yapılabilen hasta sayısının az olması ve normal gelişim gözlenen hastaların takiplerine düzenli devam etmemesi ile ilişkilendirildi.

Anahtar Kelimeler: yenidoğan konvülziyonu, epilepsi, serebral palsy

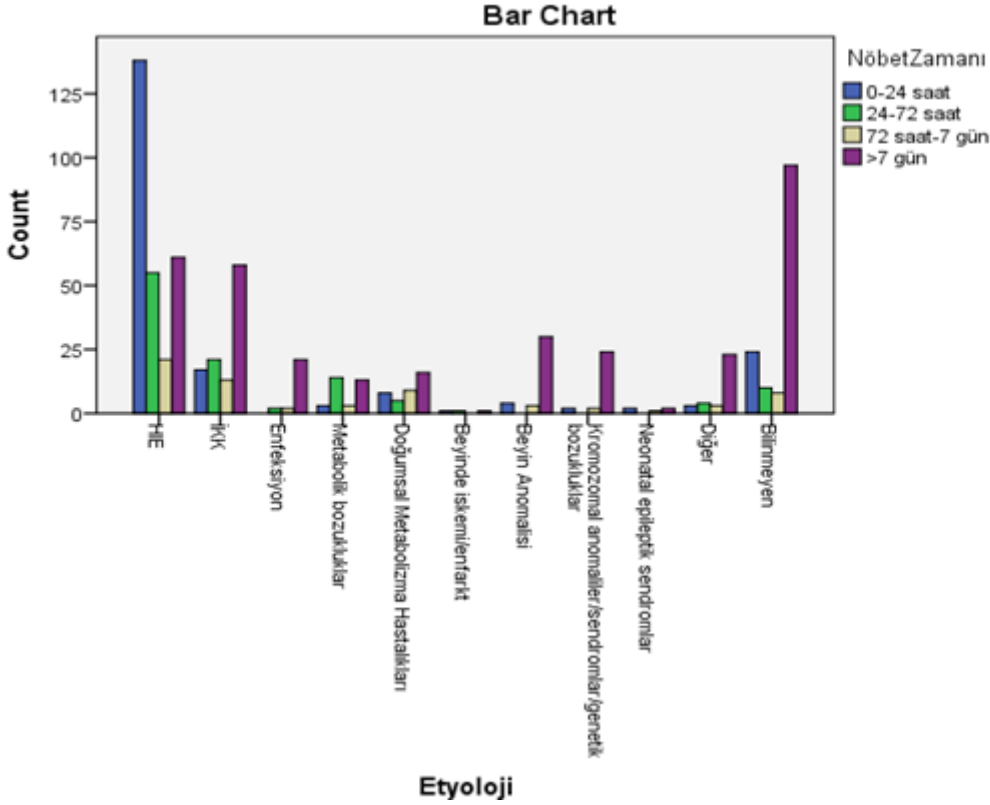
Epilepsi Gelişimi ve Etiyolojik Faktör İlişkisi



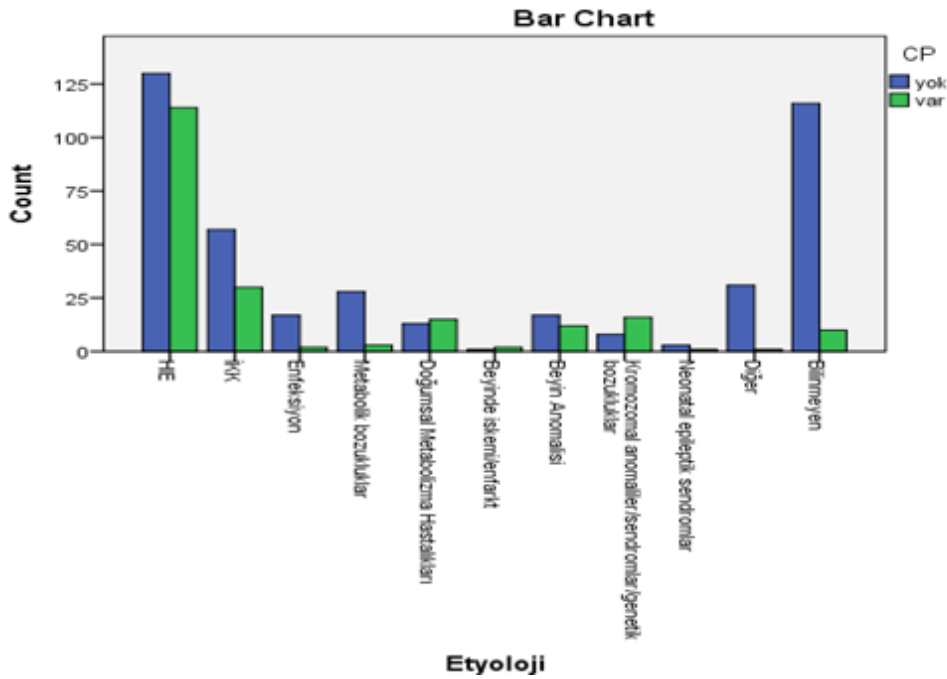
Etiyoloji ve Nöbet Tipi İlişkisi



Etiyoloji ve Nöbet Zamanı İlişkisi



Serebral Palsi ve Etiyolojik Faktör İlişkisi



SS-036

32 Haftadan küçük prematüre bebeklerin doğum saatleri ile mortalite ve morbiditeleri arasındaki ilişkinin değerlendirilmesi

Mustafa Şenol Akın¹, Ufuk Çakır¹

¹Bilkent Şehir Hastanesi, Yenidoğan Ünitesi, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Prematüre bebekler hayata geldiklerinde, immatürite nedeniyle bir çok morbidite riski taşımaktadırlar. Prematüre morbiditelerinin ve mortalitesinin yenidoğan yoğun bakım şartları ile birebir ilişkili olduğu iyi bilinmektedir. Yenidoğan yoğun bakımlarda mesai saatleri içinde ve mesai saatleri dışında arasında başta personel sayısı olmak üzere hizmet verimliliği açısından farklılıklar olabilmektedir. Bu çalışmada mesai saatleri içinde ve mesai saatleri dışında doğan prematüre bebeklerin mortalite ve morbiditeleri arasındaki fark değerlendirilmiştir.

YÖNTEM: Tek merkezli, retrospektif, gözlemsel kohort olan bu çalışmada, <32 hafta doğan bebekler doğum günleri ve doğum saatlerine göre iki gruba ayrılmışlardır. Birinci grupta hafta içinde mesai saatlerinde doğan bebekler yer alırken, ikinci grupta ise hafta içi mesai saatleri dışında ve hafta sonunda doğan bebekler yer aldı. Her iki grup morbiditeler ve mortalite açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR: 32 haftadan küçük doğmuş toplam 572 hastanın verisi değerlendirildi. Mesai içi grupta 137 (%24), mesai dışı grubunda 435 (%76) bebek incelendi. Gruplar arasında doğum haftası (27.4 ± 2.8 ve 27.7 ± 2.7), doğum ağırlığı (1132 ± 459 ve 1064 ± 450), cinsiyet (%53.2 ve % 55.4 erkek), antenatal steroid, preeklampsi ve doğum şekli açısından fark saptanmadı ($p > 0.05$). Doğum salonunda pozitif basınçlı ventilasyon, entübasyon ve Apgar değerleri arasında da iki grup arasında fark saptanmadı. Erken sepsis (%16.7 ve %20.4) ve pnömotoraks (%3.6 ve %5.2) mesai dışı saatlerde doğan hastalarda daha fazla olmasına rağmen istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı. İlk 24 saat içindeki mortalite mesai içi grupta daha fazla olmasına rağmen total mortalitede (%45.2 ve %44.5) iki grup arasında anlamlı fark saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Yenidoğan yoğun bakım hizmet şartları mesai içi ve mesai dışında değişmektedir. Bu çalışmada mesai içinde doğan prematüre bebeklerle mesai dışında doğanların morbidite ve mortaliteleri arasında anlamlı fark saptanmadı. Merkezimizde mesai dışı ve mesai içi dönemde aynı hizmet sunulması fark saptanmasını açıklayabilir.

Anahtar Kelimeler: Prematürite, Mesai dışı, Doğum saati

Tablo-1, Demografik veriler

	Mesai içi saatler (n=137)	Mesai dışı saatler (n=435)	p
Gebelik haftası	27.4±2.8	27.7±2.7	0.081
Doğum ağırlığı	1132±459	1064±450	0.127
Anne yaşı	29.5±6.6	28.7±6.1	0.228
Maternal diyabet, n(%)	8 (5.8)	31 (7.1)	0.586
Maternal preeklampsi, n(%)	22 (16.1)	62 (14.2)	0.613
Antenatal steroid, n(%)	95 (69.3)	327 (75.1)	0.177
Sezaryen, n(%)	115 (83.9)	370 (85.1)	0.674
Erkek Cinsiyet, n(%)	73 (53.2)	241 (55.4)	0.666
SGA, n(%)	23 (16.7)	70 (16.1)	0.271
Apgar 1. dakika	5 (3)	5 (3)	0.117
Apgar 5. dakika	7 (3)	7 (3)	0.054
CRIB skoru	3 (7)	2 (6)	0.268
Yatış vücut ısısı	36.1±0.8	36.1±0.9	0.559

Tablo-2, Morbideteler ve Mortalite

	Mesai içi saatler (n=137)	Mesai dışı saatler (n=435)	p
Doğum salonu entübasyon, n(%)	18 (13.1)	31 (7.1)	0.059
RDS, n(%)	88 (64.2)	271 (62.3)	0.399
Pnömotoraks, n(%)	5 (3.6)	23 (5.2)	0.398
Erken sepsis, n(%)	23 (16.7)	89 (20.4)	0.324
Geç sepsis, n(%)	37 (27.4)	119 (27.3)	0.936
IVH evre ≥3, n(%)	10 (7.2)	27 (6.2)	0.387
Hemodinamik PDA, n(%)	46 (33.5)	144 (33.1)	0.753
NEK evre ≥2, n(%)	4 (2.9)	21 (4.8)	0.316
ROP tedavi, n(%)	6 (4.3)	10 (2.3)	0.120
Orta/ağır BPD, n(%)	33 (24.1)	89 (20.4)	0.190
NICU yatış süresi, gün	65.1±26.1	56.9±27.4	0.089
Mortalite, n(%)	62 (45.2)	194 (44.5)	0.893

SS-037

Bildiri tam metin

Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Yenidoğanlarda Kafein Uygulaması ile Akut Böbrek Hasarı Gelişimi Arasındaki İlişki

Gülay Sönmez Demir, Musa Turgut, Yücel Pekal, Ece Koyuncu, Özmert M.A. Özdemir

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Neonatoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş: Yenidoğan yoğun bakım alanında yaşanan gelişmelerle birlikte; çok daha düşük gebelik yaşı ve/veya doğum ağırlıklı bebeklerin mortalite oranları azalırken, bu bebeklerde görülen morbiditeler değişmemekte ya da sağkalım artışıyla artabilmektedir. Akut böbrek hasarı (ABH) çok düşük doğum ağırlıklı yenidoğanlarda yaygın olarak görülür ve artmış morbidite ve mortalite ile ilişkilidir ve ABH'nı önlemek veya iyileştirmek için spesifik bir yöntemi bulunmamaktadır. Metilksantinler, adenozin reseptör antagonisti ilaçlardır. Metilksantinlerin, perinatal hipoksi/iskemi, prematüre ve kalp ameliyatı geçirenler de dahil olmak üzere yüksek riskli yenidoğanlarda ABH'nı önlediği veya böbrek fonksiyonlarını iyileştirdiğini bildiren çok az sayıda klinik çalışma mevcuttur. Günümüzde kafein, yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde tüm metilksantinler arasında ilk tercih edilendir. Ancak, kafein ve ABH arasındaki ilişkiyi araştıran klinik çalışmalar oldukça yetersizdir.

Bu çalışmada, 1250 gramın altında doğan prematüre bebeklerde profilaktik kafein uygulananlar ile uygulanmayanlar arasında kafeinin ABH ile ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Gereç ve yöntemler: Retrospektif yapılan bu çalışmada; Grup 1 (n:78); 1 Kasım 2010 - 1 Kasım 2013 yılları arasında kafein ve/veya metilksantin tedavisi almamış, Grup 2 (n:78); 1 Kasım 2019 - 1 Kasım 2022 tarihleri arasında profilaktik kafein tedavisi almıştır. Grupları oluşturan bebekler Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde takip edilmiş, gebelik haftası ≤ 30 ve doğum ağırlığı ≤ 1250 gr doğan toplam 156 bebeği içermektedir. Tüm veriler bilgisayar ortamında geriye yönelik olarak kaydedilmiştir. Doğumdan 2 gün veya daha uzun süre sonra kabul edilen bireyler, konjenital böbrek hastalığı, onarım gerektiren doğuştan kalp hastalığı, ölümcül kromozomal anomalisi saptanan bebekler ve doğumdan sonraki 14 gün içinde kaybedilen bebekler çalışmaya dahil edilmemiştir. Çalışmaya alınan yenidoğanlardaki ABH evrelemesi KDIGO (Kidney Disease: Improving Global Outcomes) sınıflandırması kullanılarak kreatinin değerlerine göre yapılmıştır.

Bulgular: Kafein alan hastaların %10'unda ABH saptanırken, kafein almayan hastaların %28'inde (%26 stage 1, %1 stage 2, %1 stage 3) ABH saptandı. Hastaların doğum haftası, doğum kilosu ve cinsiyet gibi demografik verileri arasında anlamlı bir farklılık görülmedi. Kafein alan yenidoğanlarda ABH gelişme riskinin anlamlı oranda daha az meydana geldiği saptandı (P:0.004). Stage 1 ABH kafein alan grupta %10 oranında görülürken, kafein almayan grupta %26 oranında görülmüştür.

Sonuç: Profilaktik kafein alan çok düşük doğum ağırlıklı prematürelere ABH gelişme riski (özellikle stage 1), kafein almayanlara göre çok daha düşük oranda saptandı.

Anahtar Kelimeler: Akut böbrek hasarı, Kafein, Metilksantin, Preterm

SS-038

Bildiri tam metin

Besin Proteini İlişkili Alerjik Proktokolitte Toleransın Gecikmesinde ve İzlemede Alerjik Hastalık Gelişmesinde Etkili Risk Faktörleri

Özge Kudu Akça¹, Şükrü Çekiç², Yakup Canitez², Nihat Sapan²

¹Kahramanmaraş Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Kahramanmaraş

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji Bilim Dalı, Bursa

Amaç: Besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP) genel durumu iyi olan bebeklerde en sık görülen non-IgE aracılı besin alerjisidir. Hastalıkta tolerans zamanı 1 yaş civarı olarak kabul edilmekte, gecikmiş toleransta etkili faktörler net olarak bilinmemektedir. Çalışmamızda BPIAP prognozunu ve toleransın gecikmesinde etkin risk faktörlerini belirlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Uludağ Üniversitesi Çocuk Alerji Polikliniği'ne Haziran 2015-Haziran 2020 tarihleri arasında başvuran ve BPIAP tanısı alan hastalar retrospektif olarak incelendi. Standart anket ile hastaların demografik, klinik özellikleri ve laboratuvar sonuçları kaydedildi. Geç tolerans ve izlemede ek alerjik hastalık gelişmesiyle ilgili risk faktörleri çok değişkenli lojistik regresyon analizi (ÇDLRA) ile saptandı.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen toplam 91 hastanın 46(%50,5)'sı erkekti. Semptomların başlangıç zamanı ortalama 2,1±1,5 ay, düzelme zamanı ortanca 14(8:20) aydı. Hastaların 77(%84,6)'si anne sütüyle beslenmekteydi. Başvuru şikayetlerinde kanlı dışkılamaya, mukuslu gaita %84,6, ishal %41,8, huzursuzluk/kolik %13,2, kusma %13,2 eşlik etmekteydi. En sık sorumlu tutulan besin inek sütüydü. Sezeryanla doğum 32(%35,2), prematürite 10(%11), ailenin ilk çocuğu olunması 42(%46,2) tolerans gelişim zamanı ile karşılaştırılmalı incelendiğinde, gecikmiş tolerans açısından istatistiksel anlamlı bulunmuştur ($P=0,004$, $P=0,015$, $P=0,035$). Total IgE hastaların 24(%27,6)'ünde yüksek (>15kIU/L) ve tamamında izlemede ek alerjik hastalık gelişti. Tanı anında doktor tanılı olarak atopik dermatit 20(%22),ürtiker 3(%3,3), 1 kez hışıltı atağı 4 (%4,4), atopik dermatit ve hışıltı atağı 2(%2,2) öyküsü mevcuttu. Rotavirüs aşısı sonrası hastaların 10(%11)'unda kanlı dışkılama şikayeti vardı. ÇDLRA'yle, BPIAP tanılı hastalarda sezeryanla doğum (odds ratio [OR]: 2,92, 95% güven aralığı [GA]:1.42-5,98, $P=0.004$), total IgE yüksekliği (OR:4,07, 95%[GA]:1.16-14,26, $P=0.028$), tanı anında alerjik hastalık varlığı (OR:4,40, 95%[GA]:1.25-15,47, $P=0.021$), rotavirüs aşısı sonrasında kanlı dışkılama öyküsü (OR:19,41, 95%[GA]:1.54-244,66, $P=0.022$) toleransta gecikme yaratacak risk faktörleri olarak belirlenmiştir. Hastaların 48(%55)'inde eozinofili (>400/UI) saptandı. İzlemede doktor tanılı atopik dermatit(%25,2), hışıltı(%19,3), besin alerjisi(%17,6), alerjik rinit(%17,3), ürtiker(%5,5) gelişti. ÇDLRA'yle izlemede alerjik hastalık gelişimi risk faktörü olarak eozinofili (OR:3,69, 95%[GA]:1.47-9,24, $P=0.005$) saptanmıştır.

Sonuç: BPIAP hastalarında sezeryanla doğum, total IgE yüksekliği, tanı anında alerjik hastalık varlığı toleransta gecikme yaratacak risk faktörleridir. Özgeçmişte rotavirüs aşısı sonrası kanlı dışkılama şikayeti, gecikmiş toleransla ilişkilidir. Ailenin ilk çocuğu olunması, prematürel tolerans gelişiminde gecikmeye sebep olabilir. İzlemede ek alerjik hastalık gelişmesinde eozinofili risk faktördür. Total IgE yüksekliği takibi yapılması ve yüksekliğinde ek alerjik hastalık gelişimi açısından izlem önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: BPIAP, besin alerjisi, non-IgE, tolerans, risk faktörü

SS-039

Bildiri tam metin

Çocuklarda akut spontan ürtikerin kronik spontan ürtikere progresyonunda etkili olabilecek klinik ve laboratuvar parametrelerin araştırılması

Ercan Albayrak¹, Ebru Arık Yılmaz²

¹Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Denizli

Giriş ve Amaç: Ürtiker fiziksel bir tetikleyici olmadan 6 haftadan kısa sürerse Akut Spontan Ürtiker (ASÜ); uzun sürerse kronik spontan ürtiker (KSÜ) olarak tanımlanır. Bu iki tablo patogenez, tetikleyici ve prognoz açısından farklılık gösterir. Çocuklarda ürtikerin kronikleşmesine etki eden faktörlerle ilgili çalışmalar oldukça sınırlıdır. Çalışmamızda ASÜ ile başvuran çocuklarda takipte KSÜ gelişimini etkileyebilecek faktörlerin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz pediatri polikliniklerinde 01.03.2022-01.03.2023 tarihleri arasında ASÜ tanısı alan çocukların başvuruda demografik özellikleri ve Ürtiker Aktivite Skoru (ÜAS) not edildi. Ürtiker patogenezinde ve prognozunda rol oynayabilecek laboratuvar parametreleri için kan alındı. Birinci ve altıncı haftanın sonunda telefon görüşmeleri ile hastaların ürtikerlerinin devam edip etmediği sorgulandı. Altıncı haftanın sonunda ürtikeri devam eden hastalar KSÜ tanısı aldı. ASÜ ve KSÜ'lü hastaların başlangıç klinik ve laboratuvar parametreleri karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 211 [112 (%53) kız] hastanın başvuru yaşları ortanca 6,2 yıldır. Ürtiker aktivite skoru ortanca değeri 3'tü. Toplam 7 hasta (%3,3) KSÜ; 204 hasta (%96,7) ASÜ kabul edildi. KSÜ grubunda ASÜ grubuna göre başvuru ÜAS benzerken; başvuruda antihistaminik kullanımı (p=0,034); daha önce benzer şikayetin varlığı (p=0,001); fiziksel ürtikerin eşlik etme oranı (p<0,001); yedinci gün ürtikerin devam etme oranı (p<0,001); anti-tiroglobulin otoantikor pozitifliği (p=0,004), ANA pozitifliği (p=0,035) belirgin olarak daha fazlaydı. Periferik kan lökosit sayısı ise ASÜ grubunda KSÜ grubuna göre daha yüksekti (p=0,021). Serum PAF, IL-6 düzeyleri benzerdi (p=0,898 ve p=0,451). Serum triptaz düzeyi ASÜ grubunda KSÜ grubuna göre daha yüksekti ancak fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı (4,1 vs. 2,7 µg/L, p=0,055). Çok değişkenli lojistik regresyon analizinde kronikleşmeyi etkileyen en önemli faktörlerin yedinci gün ürtikerin devam etmesi (p=0,003) ve daha önce benzer şikayetin olması (p=0,023) olduğu görüldü.

Sonuç: Çalışmamız ASÜ ile başvuran hastaların %3,3'ünün takipte KSÜ tanısı aldığını ve daha önce herhangi bir zamanda ürtiker yaşamış veya başvurunun yedinci gününde ürtikeri devam eden çocuklarda kronikleşmenin belirgin olarak arttığını göstermiştir. Başvuruda serum triptaz düzeyinin düşük olması KSÜ için umut vadeden bir belirteç olabilir.

Anahtar Kelimeler: Akut spontan ürtiker, Alerji, Kronik spontan ürtiker, PAF, Triptaz, Ürtiker

SS-040

Bildiri tam metin

İnek Sütü Alerjisi Olan Hastalarda Solunum Yolu Alerjik Hastalık Gelişiminin Değerlendirilmesi

Büşra Demirci¹, İrem Turgay Yağmur², Özge Yılmaz Topel², Emine Dibek Mısırlıoğlu²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı

GİRİŞ: İnek sütü protein alerjisi (İSPA) yaşamın erken döneminde en sık görülen besin alerjisidir ancak İSPA tanısı alan infantların çocukluk çağında solunum yolu alerjileri gelişimi ile ilgili veriler kısıtlıdır. Çalışmamızın amacı, yaşamın ilk iki yılında İSPA tanısı alan hastaların İSPA oluş mekanizmasına göre çocukluk çağında solunum yolu alerjik hastalıkların gelişiminin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: Çalışmaya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Alerji Kliniğinde yaşamın ilk iki yılında İSPA tanısı almış ve çalışma süresinde 5 yaşını doldurmuş olan hastalar dahil edildi. Hastaların sosyo-demografik özellikleri, İSPA klinik ve laboratuvar bulguları veri toplama formuna kaydedildi. Hastaların solunum yolu alerjik hastalık geliştirme durumları için hastaların aileleri telefon ile aranarak ISAAC anketi uygulandı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 301 hastanın %60,5'i erkekti. Hastaların %26,9'u IgE aracılı, %28,9'u miks, %28,9'u non-IgE aracılı ve %15,3'ü birden fazla mekanizmaya sahip İSPA tanısı ile takip edilmişti. IgE aracılı İSPA tanısı ile izlenen hastalarının %73'ü ürtiker anjiyoödem, %21,6'sı anafilaksi ve %5,4'ü bronkospazm kliniğindedi. Miks tip İSPA hastalarının hepsi atopik dermatit kliniğinde ve non IgE aracılı İSPA tanılı hastaların %6,7'si BPIES, %93,3'ü proktokolitdi. Hastaların %60,5'inde sadece İSPA varken %39,5'inde bir besine daha alerji vardı. Hastaların %27,5'inde yaşamın ilk yılında, %46,1'inde 12-24 ay arasında, %17,9'unda iki yaşından sonra süt tüketebilmekteydi. Hastalarımızın %8,3'ünde 5 yaşından sonra İSPA devam etmekteydi. ISAAC anketi göre İSPA tanılı hastaların; %31,2'sinde doktor tanılı alerjik rinit, %27,9'unda doktor tanılı astım ve %50,8'inde doğumdan itibaren en az bir kez hışıltı atağı vardı. IgE aracılı İSPA tanılı hastaların %37'sinde, miks tip İSPA tanılı hastaların %27,6'sında, non IgE aracılı İSPA tanılı hastaların %19,5'inde, birden fazla mekanizmaya sahip İSPA tanılı hastaların ise %28,3'ünde doktor tanılı astım geliştiği görüldü. İSPA oluş mekanizmalarına göre doktor tanılı astım gelişme durumu karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark saptanmadı.

SONUÇ: İSPA oluş mekanizmasına göre astım/alerjik rinit görülme sıklığı açısından fark bulunmadı. İSPA hastalığında alerjik yürüyüşü ve İSPA oluş mekanizmasına göre farklılığın değerlendirildiği daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: İnek sütü protein alerjisi, astım, alerjik rinit, alerjik yürüyüş

SS-041

Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü Trakeobronşial Yabancı Cisim Aspirasyon Tanılı Olguların Değerlendirilmesi

Beren Ayhan¹, Figen Gülen², Gökçen Kartal Öztürk², Meral Barlık², Zafer Dökümcü³

¹Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ege Üniversitesi Çocuk Göğüs Bilim Dalı

³Ege Üniversitesi Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocuklarda yabancı cisim aspirasyonu genellikle 1-3 yaş aralığında görülür. Ani başlayan solunum sıkıntısı ile başvuruda yabancı cisim aspirasyonundan şüphelenilmelidir. Bu çalışmanın amacı, yabancı cisim aspirasyonu görülen hastaların klinik özelliklerinin belirlenmesi ve bronkoskopi bulgularının değerlendirilmesidir.

YÖNTEM:Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Göğüs Hastalıkları polikliniğinde 2016-2021 yılları arasında yabancı cisim aspirasyonu tanısı ile takibe alınan 71 olgu dahil edildi.

BULGULAR:Hastaların %56,3'ünü (n=40) erkekler, %43,7'sini (n=31) kızlar oluşturmaktaydı. Üç yaş altı 60 hasta üç yaş üzeri 11 hasta olduğu görüldü. Başvuruda gecikmesi olan 26 hastanın gecikme nedenleri sıklık sırasıyla %36,7 (n=11) bronşiolit tedavisi, %33,3 (n=10) ailenin geç başvurusu, %23,3 (n=7) tekrarlayan akciğer enfeksiyonu, %6,7 (n=2) bronkoskopi onayı verilmemesi gösterildi. Başvuru semptomlarının sırasıyla çoktan aza doğru görülme sıklığı öksürük %85,9'unda (n=61), dispne %39,4'ünde (n=28), siyanoz %35,2'sinde (n=25), ateş %8,5'inde (n=6) ve nöbet %1,4'ünde (n=1) görüldü. Parçalı aspirasyonda öksürük yakınması anlamlı derecede fazla görüldü (p=0,027). Öksürük yakınması olan hastalarda entübasyon anlamlı daha az görüldü (p=0,021). Çalışmamızda hastaların fizik muayene bulguları sıklık sırası ile tek taraflı solunum sesleri (SS) azalması %71,8 (n=51), çift taraflı solunum sesleri azalması %12,7 (n=9), normal %8,4 (n=6), çift taraflı ral/ronküs %5,6 (n=4), hışıltı %8,5 (n=6) sıklıkta görüldü. Hastaların akciğer grafisi bulguları incelendiğinde normal grafi bulguları %33,8'inde (n=24), tek taraflı hava hapsi %46,4'ünde (n=33), mediastinal şift %21,2'sinde (n=15), atelektazi %7'sinde (n=5), konsolidasyon %12,6'sında (n=9), pnömomediastinum %7'sinde (n=5), pnömotoraks %2,2'sinde (n=2), yabancı cisim %2,2'sinde (n=2) görüldü. Aspirasyon materyallerinin anatomik lokalizasyona göre dağılımında sıklık sırası ile sağ ana bronş %43,6 (n=31), sol ana bronş %35,2 (n=25), bilateral %11,2 (n=8), trakea %7 (n=5) izlendi. Organik materyal aspirasyonu %92,9 (n=66), inorganik materyal aspirasyonu %7,04 (n=5) görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Yabancı cisim aspirasyonu tanısında en önemli nokta klinik şüphedir. Ani başlayan solunum sıkıntısı ile başvurularda klinik şüphe var ise fizik muayene, akciğer grafisi sonrasında bronkoskopi yapılması yabancı cisim aspirasyonunun erken tanınması; hastane yatışlarının ve geri dönüşümsüz akciğer hasarının önlenmesi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Trakeobronşial yabancı cisim aspirasyonu, dispne, öksürük, tek taraflı havalanma artışı, bronkoskopi

SS-042

Prematüre bebeklerin timus boyutlarındaki gerileme oranı ile prematüre morbiditeleri arasındaki ilişki

Mustafa Şenol Akın¹, Ali Ulaş Tuğcu¹, Ufuk Çakır¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Prematüre bebekler intrauterin dönemdeki doğal süreci yaşamadan dünyaya gelmektedirler. Prematüre bebeklerin vücutlarındaki değişikliklerin izlenmesi, antenatal ve postnatal dönemdeki morbiditeler hakkında önemli bilgiler sağlayabilmektedir. Timus bezinin boyutlarındaki değişiklikler ile prematüre morbiditeleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Tek merkezli, prospektif, gözlemsel kohort olan bu çalışmada, <34 hafta doğan bebeklerin birinci, 7. Ve 14. Günlerde ultrasonografi ile timus boyutları ölçülmüştür. Her hasta için timik indeks (Ti=Timus hacmi/Vücut ağırlığı) hesaplanmıştır. Ti ile morbiditeler, hemogram parametreleri ve çekilen akciğer grafisi sayısı arasındaki ilişki değerlendirildi.

BULGULAR:Toplam 18 hastanın verisi değerlendirildi. Hastaların median (min-maks) doğum haftası ve doğum ağırlığı sırasıyla 31 hafta (23-34 hafta) ve 1650 gram (620-2380 gram) olarak saptandı. Cinsiyet ve antenatal steroid ile Ti arasında anlamlı ilişki saptanmadı ($p>0,05$). Ortalama Ti değerleri 1-7 ve 14. Günler için sırasıyla $4,05\pm 2,89$, $2,62\pm 1,85$ ve $3,06\pm 2,44$ olarak saptandı. Yedinci gün Ti değeri hem 1. Gün hem de 14. Günden anlamlı olarak düşük saptandı ($p=0,03$ ve $p=0,035$). Bir-7 ve 14. günler için, Ti'nin vücut ağırlığı ile yüksek pozitif korelasyon gösterdiği saptandı ($p<0,001$, $r=0,706$). Akciğer grafisi kümülatif dozu ile Ti arasında ise negatif korelasyon olduğu görüldü ($p<0,001$, $r=0,489$).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Prematüre bebeklerde timus volümü ilk hafta içinde azalırken ikinci hafta içinde artmaktadır. Çekilen direkt grafi sayısı arttıkça timus hacminin küçüldüğü gösterilmiştir. Antenatal dönemde timus hacminin küçülmeden sürekli büyüdüğü düşünüldüğünde, ilk haftadaki timus boyutundaki azalmanın etkilerinin incelendiği çalışmamızın ön sonuçları paylaşılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Prematürite, Timus, Radyografi

SS-043

Bildiri tam metin

Trombosit transfüzyonu prematüre retinopatisi gelişiminde bir risk faktörü müdür?

Sevdet Balık¹, Nilüfer Okur¹, Duygu Tunçel¹, Leyla Şero¹, Amed Diyar Yalçın¹, Muhammet Asena¹, Nurettin Okur²

¹SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Diyarbakır Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Premature retinopatisi (ROP), prematüre bebeklerde oküler morbiditenin en önemli sebebidir. Ayrıca çocukluk çağında gelişen ve önlenemez görme kaybının da en sık nedenidir (1).

Trombosit transfüzyonları da özellikle prematüre bebeklerde hem trombositopeninin hem de transfüzyon komplikasyonları açısından tartışmalıdır. Trombositlerin anti anjiyogenik, proinflatuar özelliklerinin olması da ROP ile ilişkilendirilen başka bir durumdur (2).

Bu çalışmanın amacı, trombosit transfüzyonu ile ROP gelişmesi arasındaki ilişkiyi araştırmaktır.

Yöntemler : Bu retrospektif çalışmada gestasyon yaşı 32 hafta altı olan prematüre bebekler ROP olan ve olmayan olarak gruplandırıldı. Her iki grup, demografik verileri açısından karşılaştırıldı. Hastaların kısa ve orta dönem morbiditeleri değerlendirildi. Eritrosit ve trombosit transfüzyon sayıları hasta dosyalarından geriye dönük olarak kaydedildi.. Tüm olası risk faktörlerini değerlendirmek için lojistik regresyon analizi yapıldı.

Bulgular: Ocak 2017-Ocak 2021 tarihleri arasında toplam 130 prematüre bebek çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik ve demografik özellikleri tablo 1 de gösterilmektedir. Eritrosit transfüzyonu hastaların 76'sına yapılmıştı. ROP olan hastaların %54'ü ROP olmayanların ise %22'sine eritrosit transfüzyonu yapılmıştı ve bu oran ROP saptanan hastalarda daha yüksekti.

Toplam 21 hasta trombosit transfüzyonu aldı. ROP grubunda trombosit transfüzyonu sayısı daha fazlaydı ($p<0.01$). Trombosit transfüzyon sayısı ile ROP tedavi ihtiyacı arasında korelasyon mevcuttu ($-0,21$, $p=0.016$).

Tartışma: Çalışmamızda trombosit transfüzyonu ile ROP gelişimi arasında korelasyon analizi dahil istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu.. Ancak literatürdeki önceki çalışmalarda da trombosit transfüzyonu ve ROP gelişimi arasında ilişki saptanmıştır (2).

Transfüzyona ihtiyaç duyan bebekler, prematüreliliğin yanı sıra ciddi hasta bebeklerdir. Bu hastalarda maternal hastalıklara bağlı neonatal komplikasyonlar, respiratuar distress nedeni ile mekanik ventilatörde kalış süresinin uzaması ve anne sütü ile beslenmenin gecikmesi gibi nedenlerle sepsis sıklığı artmaktadır. Geç neonatal sepsis ise hastanede yatan prematüre bir bebekte neonatal trombositopeninin sık nedenlerinden biridir (3). Trombositopeninin kendisi de bu hastalarda mortalite ve morbiditeleri artırmaktadır. Ayrıca yapılan çalışmalarda trombositopeni de ROP gelişimi ile ilişkili bulunmuştur (4,5).

Trombositler proinflatuar ve anti anjiyogenetik reaksiyonlara neden olabilmektedir. Trombosittransfüzyonu sitokinleri, VEGF'yi ve diğer immünomodülatörmediatörleri serbest bırakır ve enflatuar ve proliferatif süreçleri destekler (6). Bu nedenle özellikle antiinflatuar ve antioksidan yanıtları yetersiz olan prematüre bebeklerde transfüzyon öncesi dikkatle karar verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Prematüre, retinopati, trombosit transfüzyonu

Kaynaklar

1. Zin A, Gole GA. Retinopathy of prematurity-incidence today. *Clin Perinatol* 2013;40(02):185–200.
2. Stolla M, Refaai MA, Heal JM, et al. Platelet transfusion -the new immunology of an old therapy. *Front Immunol*. 2015;6:28. Published 2015 Feb 2. doi:10.3389/fimmu.2015.00028
3. Bancalari A, Schade R. Update in the Treatment of Retinopathy of Prematurity. *Am J Perinatol*. 2022;39(1):22-30. doi:10.1055/s-0040-1713181.
4. Teofili L, Papacci P, Bartolo M, et al. Transfusion-Free Survival Predicts Severe Retinopathy in Preterm Neonates. *Front Pediatr*. 2022;10:814194. Published 2022 Feb 10. doi:10.3389/fped.2022.814194
5. Gunnink SF, Vlug R, Fijnvandraat K, van der Bom JG, Stanworth SJ, Lopriore E. Neonatal thrombocytopenia: etiology, management and outcome. *Expert Rev Hematol*. 2014;7(3):387-395. doi:10.1586/17474086.2014.902301
6. Cakir B, Liegl R, Hellgren G, et al. Thrombocytopenia is associated with severe retinopathy of prematurity. *JCI Insight*. 2018;3(19):e99448. Published 2018 Oct 4. doi:10.1172/jci.insight.99448

Tablo 1. Hastaların klinik ve demografik özellikleri

	Rop gelişmeyen (N=50)	Rop gelişen (N=80)	p
Erkek/Kız n (%)	25/26	42/38	0,49
Sepsis, n(%)	23	42	0,41
İKK, n(%)	6	14	0,26
NEK n(%)	1	8	0,076
RDS, n(%)	41	73	0,064
BPD, n(%)	11	30	0,041
PDA, n(%)	33	44	0,179
Sümfaktan tedavisi, n(%)	37	61	0,39
Fototerapi, n(%)	43	35	0,36
TPN, n(%)	72	44	0,35
Diğer cerrahi, n(%)	0	8	0,016
Apgar, 5. dakika*	7 (1-10)	6 (2-9)	<0,01
Yatış süresi (gün)**	46±23	75±44	<0,01
Mekanik ventilasyonda kalma süresi	13±2,8	38±4,7	<0,01
Toplam oksijen süresi (gün)**	30 ±3,6	62 ±5,1	0,04
Platelet transfüzyonu, n (%)	2	21	<0.01
Eritrosit transfüzyonu, n (%)	22	54	<0.005

SS-044

Bildiri tam metin

Spinal kanal defekti olan yenidoğanlarda osteopeni

Sevdet Balık¹, Leyla Şero¹, Duygu Tunçel¹, Taner Aşkın¹, Muhammet Asena¹, Nilüfer Okur¹

¹SBÜ Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Giriş: Spina kanal defektleri (meningomyelosele , meningocele , ensefalosele) embriyogenez sırasında nöral tüp füzyonunun tamamlanamaması sonucu oluşan bir grup kompleks konjenital anomali grubudur (1). Spina kanal defektleri olan hastalarda kırık gelişimi; immobilizasyon, alt ekstremitelerde azalmış yük aktarımı ile duysal ve motor kontrol bozukluğu başta olmak üzere pek çok faktör ile ilişkilendirilmektedir (2). Çalışmamızda hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilen spina kanal defektli hastalarda osteopeni sıklığı ve eşlik eden faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma üçüncü düzey bir yenidoğan yoğun bakım ünitesinde retrospektif olarak gerçekleştirildi. Çalışmada 01 aralık 2020 ile 31 ocak 2023 tarihleri arasında yenidoğan yoğun bakım ünitemize spina kanal defekti tanısıyla yatırılarak opere edilen 91 olguların medikal kayıtları incelenerek retrospektif olarak değerlendirildi. Perinatal bulgular, eşlik eden ek anomaliler, yatış süresi, serum serbest tiroksin (fT4) ve tiroid stimüle edici hormon (TSH) düzeyleri hasta dosyalarından incelendi ve kaydedildi. Hastalarda serum kalsiyum, fosfor, alkalin fosfataz düzeyleri ve direk grafileri değerlendirildi. Yaşamın ilk 3 gününde kaybedilen spinal kanal defektli tanımlı hastalar çalışma dışı bırakıldı.

Bulgular: 01 aralık 2020 ile 31 ocak 2023 tarihleri arasında, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde izlenen toplam 89 spinal kanal defektli bebeğin verisi değerlendirildi. Hastaların demografik ve klinik bulguları tablo 1’de özetlenmiştir. Beş (%5.6) hastada tümü alt ekstremitelerde olmak üzere kırık saptanmıştır. ekstremitelerde kırıklarının tümü alt ekstremitelerde plejik olan hastalarda saptanmıştır.

Tablo 1. Spinal kanal defekti olan yenidoğan hastaların demografik ve klinik bulguları

	N=89
Gestasyon yaşı, hafta	38 (30-40)
Doğum ağırlığı, gram	3000(1800-4300)
Baş çevresi, cm	36 (27-54)
Anne yaşı	30 (16-44)
Cinsiyet (E),n, %	41 (46)
Doğum şekli (C/S),n, %	70 (78.6)
Parite	5 (1-12)
Kırık varlığı, n (%)	5 (5.6)
Maternal gestasyonel diyabet, n (%)	3 (3.4)
Nörolojik defisit varlığı, n (%)	77 (86)
Hastanede yatış süresi, gün	11(4-81)
Mortalite, n (%)	12 (13.5)

Tablo 2. Kırık olan hastaların demografik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi

	Kırık var (n=5)	Kırık yok (n=84)	p
Doğum ağırlığı, gram	2964±532	3289±746	0.24
Gestasyon yaşı, hafta	38±1	36.6±4.9	0.28
Kalsiyum (mg/dl)	9±0.7	8.8±1.4	0.72
Fosfor (mg/dl)	5.8±0.9	6±1.3	0.75
Alkalen fosfataz (IU/L)	257±91	228±118	0.63
Magnezyum (mg/dl)	1.9±0.28	2.6±1	0.81

Tartışma: Çalışmamızda 5 (%5.6) hastada ekstremitte kırığı saptandı. Bu kırıkların doğum sırasında değil, YBÜ’nde izlenirken olduğu tespit edildi. Kırık olan hastaların hepsinin alt ekstremitede plejisi vardı ve kırıklar alt ekstremitede idi. Spina bifidalı deneklerde, merkezi sinir sistemi ve periferik sinir sistemine ek olarak iskelet, deri, ürogenital sistem dahil olmak üzere değişen derecelerde duysal ve motor kayıp vardır. Değişken derecelerde fiziksel hareketsizlik (zorluk veya ayakta duramama veya yürüyememe) ve mesane ve barsak fonksiyonlarının istemli kontrolü nörolojik hasarın düzeyine bağlıdır (3). Sıklıkla, normal bir ambulasyonu bozan ve osteoporoz ve patolojik kırıkların gelişimine yol açan alt ekstremitte duysal ve motor kusurları vardır (4). Bu popülasyonda kırık insidansının %11,5 ile %30 arasında değiştiği bildirilmiştir (5).

Anahtar Kelimeler: Kırık, meningomyelose, yenidoğan

Kaynaklar

1. Mitchell LE, Adzick NS, Melchionne JM, Pasquariello PS, Sutton LN, Whitehead AS. Spina bifida. Lancet 2004;364:1885-95.
2. Marreiros H. Update on bone fragility in spina bifida. J Pediatr Rehabil Med 2018;11:265-81.
3. Dosa NP, Eckrich M, Katz DA, Turk M, Liptak GS. Incidence, prevalence, and characteristics of fractures in children, adolescents, and adults with spina bifida. J Spinal Cord Med 2007;30 (Suppl 1):S5-9.
4. Ausili E, Rigante D, Salvaggio E, Focarelli B, Rendeli C, Ansuini V et al (2012) Determinants of bone mineral density, bone mineral content, and body composition in a cohort of healthy children: influence of sex, age, puberty, and physical activity. Rheumatol Int 32:2737-2743.
5. Goulding A, Rockell JEP, Black RE, Grant AM, Jones IE, Williams SM (2004) Children who avoid drinking cow’s milk are at increased risk for prepubertal bone fractures. J Am Diet Assoc 104:250-253

SS-045

Aileler İçin Temel Yenidoğan Bakımı Hakkında Bilgi Kaynağı Olarak YouTube™ Videoları

Ceren Yapar Gümüş¹, Gözdem Kaykı²

¹Ordu Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Ordu

²Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:İnternet ve sosyal medya kullanımının artması ile beraber her türlü konu ile ilgili bilgiye ulaşımın daha hızlı ve kolay olması, sağlık ve hastalıklarla ilgili bilgi alma davranışlarını da değiştirmiştir. İnternette elde edilen bu bilgiler hız ve rahatlık sağlamakla beraber, yanlış bilgiye ulaşım ve bilgi karmaşasına da sebep olabilmektedir. Ülkemizde en yaygın kullanılan video içeren internet sitelerinin başında YouTube™ gelmektedir. Bu nedenle bu çalışmada yenidoğan bakımı ile ilgili YouTube™ videolarında ulaşılabilen bilgilerin kalitelerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Resmi YouTube™ internet sitesinde (<http://www.youtube.com>) arama terimleri olarak İngilizce “yenidoğan bakımı” ve “neonatal bakım” kelimeleri kullanıldı. İlk 200 video indirildi. Reklam içeren, yorumları kapalı olan, beğeni ve beğenmeme devre dışı bırakılan, süresi 1 dk’dan az olan, dili İngilizce olmayan, sessiz olan videolar dışlandı. Video yükleyicileri; doktor, hemşire, doktor ve hemşire dışı sağlık çalışanları, televizyon programları/haber ajansları, sağlık ve tıbbi bilgi web siteleri, diğer olarak gruplandırıldı. Videolar iki bağımsız eleştirmen tarafından incelendi. Modifiye DISCERN, JAMA ve Global Kalite Puanına göre videolar değerlendirildi.

BULGULAR:Toplam 29 video çalışmaya dahil edildi. Videoların 2’si (%6,8) sağlık dışı sitelerden elde edilmişti. Diğerleri sağlık kuruluşları ve veya sağlık çalışanları tarafından hazırlanmıştı. Videoların modifiye DISCERN puanı ortalaması 28 (±6) olarak bulundu. Bu videoların 11’i (%38) çok iyi, 10 tanesi (%34) iyi, 5’i (%17) makul ve 3’ü (%10) yetersiz olarak değerlendirildi. JAMA puanı ortalaması ise 1,0 (±0,9) olarak bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Büyük kısmını sağlık çalışanlarının ve sağlık kuruluşlarının yüklediği ve reklam içermeyen videolar %90 oranında yeterince bilgilendirici bulunmuştur. Sağlık ile ilgili güvenilir bilgiye ulaşmak için yükleyicilerin özenle seçilmesi kaliteli bilginin temini açısından son derece önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: video, yenidoğan bakımı, youtube

SS-046

Yenidoğanın Geçici Takipnesi Tanılı Hastalarda Sağ Kalp Fonksiyonlarının Değerlendirilmesi

Tuğba Soyyiğit İşleyen¹, Hakan Altın², Bayram Ali Dorum³, Murat Tutanç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Bursa

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:Yenidoğanın geçici takipnesi (YGT) her gestasyon haftasındaki bebekte olabilen, doğumdan kısa bir süre sonra ortaya çıkan, fetal alveolar sıvının rezorbsiyonundaki gecikme nedeniyle gelişen, pulmoner ödem ile karakterize, kendini sınırlayan parankimal akciğer hastalığıdır. Solunum sıkıntısı sağ ventrikül fonksiyonunu etkileyebildiği gibi, sağ ventrikül bozukluğu da solunum sıkıntısı ile seyredebilir. Bu çalışmada yenidoğan geçici takipnesinin sağ kalp fonksiyonları üzerine etkisi araştırılarak bu hastalarda tetkik ve tedavi sürecine katkı sağlamak amaçlanmıştır.

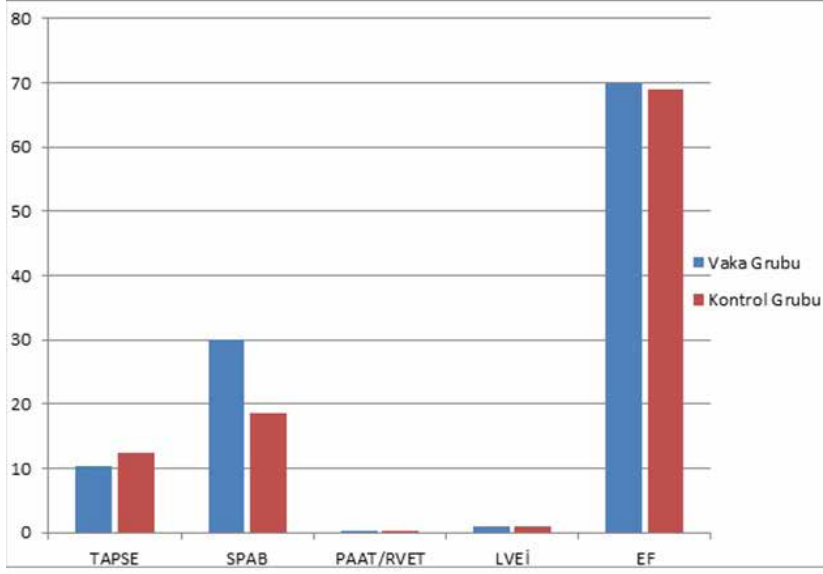
YÖNTEM:Çalışma Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde 50 YGT tanılı hasta ve 30 sağlıklı yenidoğan ile vaka ve kontrol grubu oluşturularak prospektif olarak yapıldı. YGT tanısı alan hastalar demografik bilgiler, risk faktörleri, fizik muayene bulguları ve laboratuvar parametreleri ile değerlendirildi. Vaka grubuna postnatal 12-24. saat aralığında ve taburculuk öncesi, kontrol grubuna ise postnatal 12-24. saatler arasında ekokardiyografik inceleme yapıldı. Bu veriler vaka ve kontrol grubu arasında karşılaştırıldı. Ayrıca bu ölçümler ile hastaların demografik bilgileri, risk faktörleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar bulguları, takipne süresi, yatış süresi ve tedavi şekilleri arasındaki ilişki de değerlendirildi.

BULGULAR:Vaka grubunun çoğunluğunu erkek ve C/S ile doğan hastalar oluşturmaktaydı. Vaka ve kontrol grupları arasında yapılan ekokardiyografik incelemeler karşılaştırıldığında YGT' de sağ kalp fonksiyonlarının bozulduğu ve taburculuk öncesi düzeldiği saptandı. Ekokardiyografik incelemede bakılan ölçümler ile kalp fonksiyonlarının vaka ve kontrol grubu arası karşılaştırılması tablo-1 ve şekil-1 deki grafikte gösterilmiştir. Ayrıca yapılan ölçümlerde fazla gebelik sayısının ve düşük 5. dk APGAR skorunun sağ kalp fonksiyonlarını kötü etkilediği gösterilmiştir. Solunum sayısı, Silverman – Anderson skoru ve Downes skoru yüksek, KTA düşük olanlarda ve glukoz düşüklüğü ile magnezyum yüksekliği saptananlarda sağ kalp fonksiyonlarının daha fazla etkilendiği bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamız YGT hastalarında sağ kalp fonksiyonlarını birçok faktör ile birlikte değerlendiren ilk çalışma olmuştur. Çalışmada YGT tanılı hastalarda takipne ile sağ kalp fonksiyonları arasındaki ilişki saptanmış olup, solunum sıkıntısı şiddetli olanlarda kardiyak etkilenmenin daha fazla olduğu dolayısıyla bu hastaların kardiyak açıdan da yakın takip edilmesi gerektiği gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Sağ kalp fonksiyonu, Solunum sıkıntısı, Yenidoğanın geçici takipnesi

Şekil-1: Vaka ve kontrol grubunda kalp fonksiyonlarını gösteren ekokardiyografik ölçümlerin karşılaştırılması



TAPSE (Triküspit anüler düzlem sistolik hareketi): Sağ ventrikül sistolik fonksiyonunu gösterir. **SPAB** (sistolik pulmoner arter basıncı), **PAAT**(pulmoner arter akselerasyon zamanı)/**RVET**(sağ ventrikül ejeksiyon zamanı), **LVEİ**(sol ventrikül eksantriklik indeksi): Pulmoner arter basıncını gösterir. **EF**(ejeksiyon fraksiyonu): Sol ventrikül sistolik fonksiyonunu gösterir

Tablo-1: Vaka ve kontrol grubunda kalp fonksiyonlarını gösteren ekokardiyografik ölçümlerin karşılaştırılması

Vaka Grubu (Postnatal 12-24.saatler arası yapılan EKO) & Kontrol Grubu (postnatal 12-24.saatler arası yapılan EKO)	Vaka Grubu (n=50)	Kontrol Grubu (n=30)	p-değeri
TAPSE	10,39±0,95	12,35±0,74	<0,001a
Sistolik Pulmoner Arter Basıncı (SPAB)	30(21:59,76)	18,70(14:24,36)	<0,001b
PAAT / RVET	0,30±0,03	0,35±0,04	<0,001a
EF	70(66:77)	69(66:78)	0,435b
LVEİ	1,07(0,88:1,25)	0,98(0,88:1,10)	<0,001b

Veriler ortalama ± st sapma ve medyan (minimum: maksimum) olarak ifade edilmiştir. a: Bağımsız çift örneklem t testi, b: Mann Whitney U testi **TAPSE** (Triküspit anüler düzlem sistolik hareketi): Sağ ventrikül sistolik fonksiyonunu gösterir. **SPAB** (sistolik pulmoner arter basıncı), **PAAT**(pulmoner arter akselerasyon zamanı)/**RVET**(sağ ventrikül ejeksiyon zamanı), **LVEİ**(sol ventrikül eksantriklik indeksi): Pulmoner arter basıncını gösterir. **EF**(ejeksiyon fraksiyonu): Sol ventrikül sistolik fonksiyonunu gösterir

SS-047

Bildiri tam metin

Terapötik hipotermi uygulanmış asfiktik yenidoğanlardaki aEEG ve MRG bulgularının erken çocukluk dönemi EEG, MRG ve Bayley-III ölçeği ile değerlendirilmesi

Ömer Faruk Yalçın¹, Özmert Muhammet Ali Özdemir¹, Olcay Güngör¹, Hacer Ergin¹

¹Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Neonatoloji BD, Denizli

Amaç: Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde 2017-2019 yılları arasında hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) tanısına yönelik terapötik hipotermi (TH) uygulanmış hastaların erken çocukluk döneminde tekrar değerlendirilmesi ve nörogelişimsel sonuçları öngörebilecek verilerin belirlenmesidir.

Yöntem: Klinik ve kesitsel olan bu çalışmada TH uygulanmış ve Yenidoğan ile Çocuk Nörolojisi bölümleri tarafından kontrolleri yürütülen 24-42 ay arasındaki 22 hastanın klinik özellikleri, amplitüd-entegre elektroensefalografi (aEEG) ve manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları ile kontrol EEG ve Bayley-III Bebek ve Küçük Çocuklar İçin Gelişim Ölçeği sonuçları arasındaki ilişkiler değerlendirilmiştir; ilk MRG'de iskemik hasar olması, kontrol EEG'de epileptik aktivite bulunması veya Bayley-III değerlendirmesinde nörogelişimsel gerilik saptanması kriterlerinden herhangi birini karşılayan sekiz hastaya kontrol MRG yapılarak bir alt çalışma grubu oluşturulmuştur.

Bulgular: Bayley-III ölçeğine göre altı hastada (%27,2) en az bir nörogelişimsel değerlendirme alanında gerilik görülürken, bir hastanın (%4,5) EEG'sinde epileptik aktivite tespit edilmiştir. Postnatal ikinci günde Thompson skorunun 7 ve üzerinde olması ile hastaların bilişsel ve motor alan değerlendirmelerinde; transfontanel ultrasonografide (USG) kanama saptanması ile Bayley-III ölçeğinde bilişsel, dil, motor, sosyal-duygusal ve uyumsal davranış alan değerlendirmelerinin tümünde gerilik saptanması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir uyum bulunmuştur. Postnatal ikinci ve üçüncü günlerdeki Sarnat evresi ve ikinci günde aEEG etkilenmesi arttıkça Bayley-III bilişsel bileşik puanda; ikinci ve üçüncü günlerdeki Thompson skoru arttıkça uyumsal davranış bileşik puanda istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşüş olduğu saptanmıştır. Nöbet öyküsü ve ilk kranial MRG bulguları ile kontrol EEG, Bayley-III ve MRG değerlendirmeleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Alt çalışma grubunda yer alan hastaların dördünde (%50) Bayley-III'te nörogelişimsel gerilik saptanırken, üçünde (%37,5) kontrol MRG'de patolojik bulgu saptanmıştır.

Sonuç: Bu bulgular, HİE'ye bağlı olarak ortaya çıkabilecek sorunların ölüm ya da serebral palsi dışında çeşitli düzeylerde nörogelişimsel geriliklerle de kendini gösterebileceğini; yoğun bakım takiplerinde kullanılan Sarnat evresi, Thompson skoru, aEEG değerlendirmesi ve transfontanel USG verilerinin nörogelişimsel sonuçları öngörmeye değerli bilgiler verdiğini; patolojik MRG bulgularında zamanla düzelme görülebileceğini ve bu nedenle tek başına MRG değerlendirilmesinin doğru olmayacağını göstermektedir. HİE nedeniyle TH tedavisi alan hastaların klinik verilerinin doğru şekilde kaydedilmesi ve bunların ışığında uzun dönem takiplerinin yapılması, olası nörogelişimsel problemlerin erken tespit edilmesi ve gerekli önlemlerin erkenden alınabilmesi açısından son derece önemlidir.

Anahtar kelimeler: Hipoksik iskemik ensefalopati, terapötik hipotermi, nörogelişimsel değerlendirme

SS-048

Bildiri tam metin

ÇOK DÜŞÜK DOĞUM AĞIRLIKLIL PRETERM BEBEKLERDE KANGURU BAKIMININ SEREBRAL VE MEZENTERİK OKSİJENİZASYON ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Buse Özer Bekmez¹, Evrim Alyamac Dizdar², Fatmanur Sarı²

¹Hamidiye Etfal Eğitim ve Arastırma Hastanesi

²Ankara Şehir Hastanesi Neonatoloji

Giriş: Preterm bebeklerde kanguru bakımı birçok yenidoğan ünitesinde yaygın şekilde uygulanmaktadır. Ancak uygulama sırasında fizyolojik instabilite ile ilgili çekinceler mevcuttur. Near-infrared spektroskopi (NIRS) cihazı bölgesel oksijen saturasyonunu ölçerek o bölgedeki oksijen ulaşımı ve tüketimi konusunda fikir verir. Bu çalışmada ≤ 32 gebelik haftasında doğan preterm bebeklerde kanguru bakımının serebral ve mezenterik oksijen saturasyonunu üzerine olan etkisini değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu prospektif, gözlemsel kohort çalışmaya ≤ 32 hafta doğan preterm bebekler dahil edildi. İnotrop tedavi alan ve umbilikal kateteri olan hastalar çalışmadan dışlandı. Kanguru bakımı öncesinde, bakım sırasında ve sonrasında NIRS cihazı ile bölgesel serebral (rCO₂) ve mezenterik (rMO₂) oksijenizasyon ölçümü yapılarak her iki bölgeden fraksiyonel doku oksijen ekstraksiyonu hesaplandı (cFTOE ve mFTOE). Aynı zamanda kalp tepe atımı, ek oksijen ihtiyacı, oksijen saturasyonu (SpO₂) verileri de kaydedildi. Hastalar her üç periyoddaki veriler açısından (Prekanguru, Kanguru ve Postkanguru) karşılaştırıldı.

Sonuçlar: Çalışmaya 100 hasta dahil edildi. Ortanca gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı sırasıyla 28 (27-29) hafta ve 1050 (940-1268) g idi. Çalışmaya dahil edilme günü ortanca 11 (7-17) olarak tespit edildi. Kanguru esnasında ölçülen rCO₂ ve rMO₂ değerleri öncesi ve sonrası kuvöz dönemine göre anlamlı olarak yüksek saptanırken, ölçümler postkanguru dönemde prekanguru döneme göre düşüş gösterdi (Tablo 1). cFTOE değeri kanguru döneminde en düşük iken postkanguru dönemde en yüksek ölçüm tespit edildi (Tablo 1). Her üç dönemde ölçülen mFTOE, kalp tepe atımı ve SpO₂ ise istatistiksel olarak benzer saptandı.

Tartışma: Bu çalışma ile yoğun bakım ihtiyacı olan çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerde kanguru bakımı esnasında serebral ve mezenterik oksijenizasyonda anlamlı iyileşme olduğu gösterildi. Özellikle solunum desteği almakta olan prematüre bebeklerde fizyolojik instabiliteye neden olmasından çekinilen kanguru bakımı kritik bebeklerde dahi doku oksijenizasyonunda düzelleme sağlayarak güvenli bir şekilde kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: kanguru, mezenterik oksijenizasyon, prematüre, serebral oksijenizasyon

Tablo 1. Çalışma dönemindeki NIRS ölçümleri ve hesaplamaları

	Prekanguru dönemi	Kanguru bakımı	Postkanguru dönemi	p
rCO ₂	77 (73-79)	78 (74-80)	75 (71-77)	0,001
rMO ₂	65 (61-68)	66 (63-68)	64 (62-66)	0,001
cFTOE	0,19 (0,15-0,22)	0,15 (0,13-0,19)	0,20 (0,17-0,23)	0,001
mFTOE	0,3 (0,27-0,35)	0,29 (0,26-0,32)	0,31 (0,29-0,34)	0,001

Tüm veriler median IQR olarak verilmiştir.

rCO₂: Bölgesel serebral oksijenizasyon

rMO₂: Bölgesel mezenterik oksijenizasyon

cFTOE: Serebral fraksiyonel doku oksijen ekstraksiyonu

mFTOE: Mezenterik fraksiyonel doku oksijen ekstraksiyonu

SS-049

Preterm yenidoğanlarda geç neonatal sepsis varlığının öngörülmesinde Prognostik Nutrisyonel İndeks'in klinik değeri

Zeynep Tosun¹, Elif Güler Kazancı², İpek Güney Varal³, Pelin Doğan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bölümü

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Yoğun Bakım

GİRİŞ VE AMAÇ:Prognostik Nutrisyonel İndeks (PNI), albumin ve lenfosit seviyelerine dayanan kapsamlı ve yeni bir inflamasyon biyobelirtecidir. PNI hastaların beslenme ve inflamatuvar durumunu objektif olarak yansıtır aynı zamanda kanser, kardiyovasküler hastalıklar, sepsis ve renal patolojiler gibi alanlarda kullanımı yaygındır. Çalışmamız yenidoğanlarda sepsisinin varlığını ve ciddiyetini değerlendirmede PNI'nin rolü üzerine yoğunlaşmıştır.

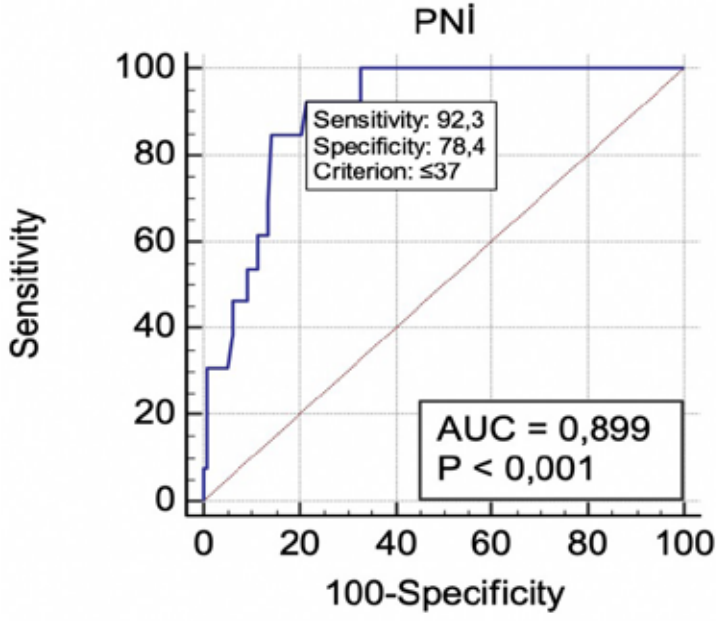
YÖNTEM:Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi YYBÜ'de 1500 gr ve 32 GH. altında doğmuş 110 yenidoğan (60 olgu geç neonatal sepsis tanılı, 50 olgu kontrol grubu) çalışmaya dahil edildi. PNI, serum albumini (g/L) + 5 x toplam lenfosit sayısı (103/mL) formülü kullanılarak hesaplandı. Grupların demografik bilgileri, risk faktörleri, laboratuvar sonuçları, sepsis, septik şok, sepsis nedenli mortalite durumu PNI üzerinden karşılaştırıldı. PNI'nin sepsis, septik şok ve mortaliteyi öngörme yetisini değerlendirmede SPSS V 25.0 paketi kullanılarak ROC analizi yapıldı.

BULGULAR:PNI sepsisli yenidoğanlarda (ort. 36,8±6,3) kontrol grubuna (ort. 59,7±10,7) göre daha düşüktü ve sepsisin ciddiyeti ile azaldığı görülmüştür. Korelasyon analizinde, PNI'nin C-reaktif protein (CRP) seviyesi, toplam sepsis atak sayısı, hastanede kalış ve TPN süresi ile negatif korelasyon gösterdiği bulundu (p<0.001). Gestasyonel yaş, doğum ağırlığı, trombosit sayısı ile PNI arasında doğru yönlü ilişki saptandı. PNI'nin yenidoğan sepsisinin varlığı ve ciddiyeti ile bağımsız ve ters ilişkili olduğu ortaya konuldu. Sepsis varlığını öngörmek için PNI kesim değeri ≤49,5 alındığında duyarlılık değeri %98,3 (%95 GA: 91,1-100,0), özgüllük değeri ise %96 (%95 GA: 86,3-99,5) bulundu. Septik şok varlığını öngörmek için PNI'nin optimum kesim değeri ≤37,1 belirlendi. Duyarlılık değeri %92,3 (%95 GA: 64,0 - 99,8), özgüllük değeri ise %77,3 (%95 GA: 67,7 - 85,2) olarak elde edilmiştir. Mortalite varlığını öngörmek için ise PNI'nin optimum kesim değeri ≤37'dir. Duyarlılık değeri %92,3 (%95 GA: 64,0 - 99,8), özgüllük değeri ise %78,4 (%95 GA: 68,8 - 86,1) bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamızda rutin kan testleri içindeki parametreler ile kolayca hesaplanabilen PNI skorunun neonatal sepsisin varlığı ve prognozu hakkında bilgi veren bağımsız dinamik bir biyobelirteç olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

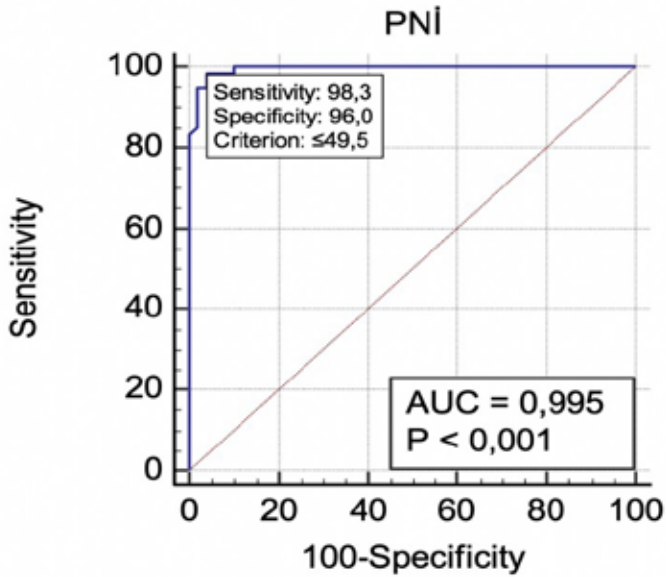
Anahtar Kelimeler: Neonatal sepsis, PNI, Mortalite

Mortalitevi Tahmin Etmede PNİ için ROC Eğrisi



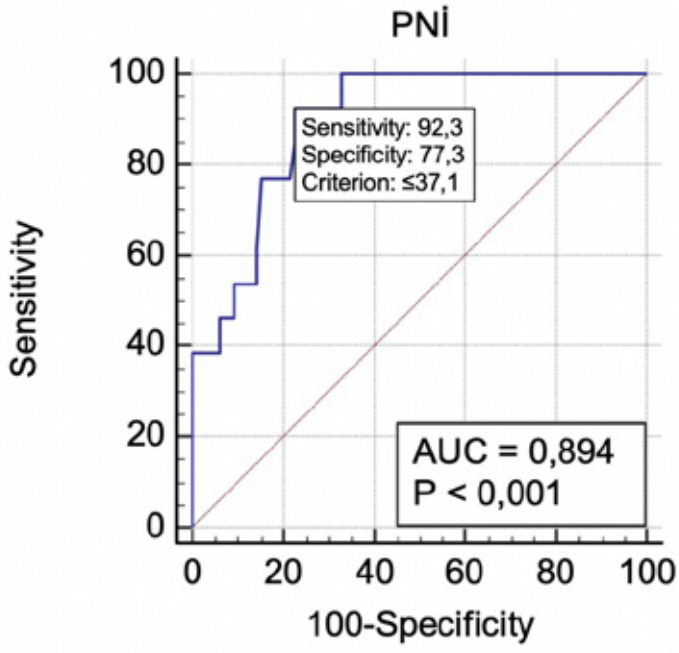
Şekil 5. Mortalite Varlığını Tahmin Etmede PNİ için ROC Eğrisi

Sepsis Varlığını Tahmin Etmede PNİ için ROC Eğrisi



Şekil 3. Sepsis Varlığını Tahmin Etmede PNİ için ROC Eğrisi

Septik Şok Varlığını Tahmin Etmede PNI için ROC Eğrisi



Şekil 4. Septik Şok Varlığını Tahmin Etmede PNI için ROC Eğrisi

SS-050

Bildiri tam metin

GEÇ BAŞLANGIÇLI SEPSİS TANISI ALAN PREMATÜRE YENİDOĞANLARDA NEONATAL ARDIŞIK ORGAN YETMEZLİK DEĞERLENDİRME SKORU (nSOFA) VE LAKTAT DEĞERLERİNİN MORTALİTEYİ ÖNGÖRMEDEKİ YERİ

Elif Aşansu¹, Sevilay Topcuoğlu², Güner Karatekin²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, İstanbul

Amaç: Geç başlangıçlı sepsis tanılı hastalarda, laktat değeri ve nSOFA skoru birlikte değerlendirildiğinde sepsise bağlı mortaliteyi öngörebilme gücünün saptanması amaçlanmıştır.

Yöntem: 32 hafta ve altında, geç başlangıçlı sepsis nedeni ile izlenen 100 bebeğin sepsis anı 0. saat kabul edildiğinde, -24, 0, +12, +24 ve +48. saatlerdeki hemogram, kan gazı, CRP, PCT, laktat değerleri değerlendirilmiş ve her saat için nSOFA skorları hesaplanmıştır. Laktat değerleri ve nSOFA skorlarının mortaliteyi öngörmedeki yerini değerlendirmek için ROC analizleri yapılmıştır.

Bulgular: 100 hastadan 64'ü kanıtlanmış geç başlangıçlı sepsis ve 36'sı klinik geç başlangıçlı sepsis olarak kabul edilmiştir. Hastaların 43'ü kız, 57'si erkek, ortalama gestasyon haftaları 27 (22-32), ortalama doğum ağırlıkları 965 (320-2190) gramdır.

Sepsis anında hastalar üreme durumuna göre karşılaştırıldığında; üremesi olanlarda lenfopeni, trombositopeni, CRP ve prokalsitonin yüksekliği üreme olmayanlara göre anlamlı bulunmuştur.

Sepsis anında ölen ve sağ kalan hastalar, laboratuvar verilerine göre karşılaştırıldığında; ölen hastalarda lökositoz, trombositopeni, laktat ve CRP yüksekliği istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

nSOFA skoru sepsis kaynaklı ölen hastalarda sağ kalanlara göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır (-24 (p:0,041), 0 (p:<0,001), +12 (p:0,003), +24 (p:<0,001), +48. (p:<0,001)). nSOFA skoru arttıkça mortalite hızının da belirgin olarak arttığı gözlenmiştir.

Laktat ve nSOFA için kestirim değerleri sırasıyla 2 ve 4 olarak kabul edilip, ölen hastalar değerlendirildiğinde saat ilerledikçe daha fazla kişinin bu skor açısından beraberlik gösterdiği görülmüştür (Tablo 1).

Tablo 1 Ölen hastaların laktat ve nSOFA skoruna göre dağılımı

Saat	-24	0	+12	+24	+48
Laktat >2 nSOFA >4	%35,3	%50	%68,8	%87,5	%73,3

Sepsis kaynaklı mortaliteyi öngörmedeki yerini değerlendirmek için yapılan ROC analizlerine göre en iyi AUC değerleri ;+24. saatte elde edilmiştir, laktat için 0,859, nSOFA için 0,962'dir.

Sonuç : Laktat>2 ve nSofa skoru>4 iken, mortalite oranı anlamlı olarak yüksek bulunmuş ve mortaliteyi öngörebilme açısından sepsis şüphesi öncesinden başlanarak ardışık olarak kullanılabileceği gösterilmiştir.

Anahtar Kelime : Geç sepsis, nSOFA, Laktat

SS-051

Bildiri tam metin

Sistemik lupus eritematozus ve zor nefrotik sendromlu çocuklarda SARS-CoV-2 aşısına (BNT162b2) karşı gelişen hümmoral ve hüccresel bağışıklık

Esra Karabağ Yılmaz¹, Ayşe Ağbaş¹, Doğukan Özbey², Aybüke Günalp³, Zeynep Nagehan Yürük Yıldırım⁴, Rüyeyda Gülmez¹, Seha Saygılı¹, Sezgin Şahin³, Nur Canpolat¹, Özgür Kasapçopur³, Bekir Kocazeybek², Salim Çalıřkan¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Mikrobiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: İmmünosüpresif tedavi alan hasta gruplarında COVID-19 yüksek morbidite ve mortalite ile ilişkilidir. Özellikle yoğun immünosüpresif tedavi alan sistemik lupus eritematozus (SLE) ve zor nefrotik sendrom (NS) vakalarında SARS-CoV-2 aşı yanıtın düşük olduğu gösterilmiştir. Ancak çocuk vakalarda sınırlı veri mevcuttur.

Amaç: SLE ve zor NS tanılı çocuk hastalarda SARS-CoV-2 aşısına karşı gelişen hümmoral ve hüccresel yanıtı değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Toplam 27 hasta (16 SLE ve 11 zor NS) ve 19 sağlıklı çocuk (kontrol) çalışmaya alındı. SARS-CoV-2'ye özgü hümmoral (anti-spike IgG ve nötralizan antikor) ve hüccresel (T hüccresi interferon γ salınım testi; IGRA) immün yanıt, 2 doz BNT162b2 aşısından en az bir ay sonra değerlendirildi. Sadece bir SLE hastası dışında hiçbir hasta aşılanmadan 6 ay öncesine kadar rituksimab ya da siklofosfamid tedavisi almamıştı.

Bulgular: Hasta grubunun %37'si erkek, ortalama yaşları 17,2±1,9 yıl, aşı sonrası geçen ortanca süre 27,6 (11,7;31,0) hafta idi. Hasta ve kontrol grupları arasında yaş, cinsiyet ve aşı sonrası geçen süre açısından anlamlı fark yoktu. Zor NS ve kontrol grubu arasında Anti-SARS-CoV-2 Ig G, nötralizan antikor ya da IGRA pozitiflik oranları açısından anlamlı fark yoktu (Tablo). SLE ve kontrol grubu arasında Anti-SARS-CoV-2 Ig G ve nötralizan antikor pozitifliği açısından anlamlı fark yoktu ancak IGRA pozitifliği SLE grubunda anlamlı olarak düşüktü (p=0,05) (Tablo). IGRA pozitif olan ve olmayan SLE grupları arasında hastalık süresi, hastalık aktivitesi (SLEDAI skor), mikofenolat mofetil ya da azatiyopürin kullanımı ya da dozları açısından anlamlı fark yoktu ancak IGRA negatif olanların lenfosit sayısı IGRA pozitif olanlardan anlamlı olarak düşüktü (sırasıyla 1.6 (0.9-2) × 10³ U/ μ l; 2.5 (2-3) × 10³ U/ μ l, p=0,011).

Sonuç: Çalışmamız çocuk SLE hastalarında SARS-CoV-2 aşısına karşı hüccresel yanıtın sağlıklı kontrollere göre düşük olduğunu gösterdi. Bu sonuçların daha geniş hasta gruplarında gösterilmesi önerilir.

Anahtar Kelimeler: Sistemik lupus eritematozus, Nefrotik sendrom, SARS-CoV-2 aşısı, İmmün yanıt

	Zor NS n= 11	SLE n= 16	Kontrol n= 19
Anti-SARS-CoV-2 IgG pozitifliği, n (%)	10/11 (%91)	16/16 (%100)	19/19 (%100)
Nötralizan antikor pozitifliği, n (%)	11/11 (%100)	16/16 (%100)	18/19 (%95)
IGRA pozitifliği, n (%)	9/11 (82%)	9/16 (56%)	17/19 (89.5%)

NS: Nefrotik sendrom, SLE: Sistemik lupus eritematozus

SS-052

Bildiri tam metin

Esansiyel hipertansiyonlu çocuk ve ergenlerde endotel hasarının invaziv olmayan yöntemlerle değerlendirilmesi

Kenan Doğan¹, Eviç Zeynep Başar², Mehmet Baha Aytaç¹, Nihal Şahin³, Yunus Emre Bayrak³, Kenan Bek¹, Abdulkadir Babaoğlu², Hafize Emine Sönmez³

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji BD

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji BD

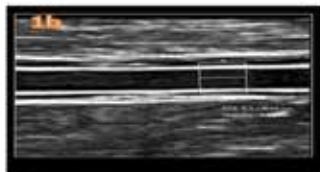
³Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji BD

GİRİŞ VE AMAÇ: Aterosklerozun başlangıcından beri süregelen endotel disfonksiyonu endotelin vazodilatasyon kapasitesinde azalma ile karakterizedir. Hipertansif bireylerde erken aterosklerotik değişiklikler olduğunu gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmada hipertansif çocuk ve ergenlerde gelişebilecek endotel hasarı ve erken ateroskleroz varlığının, karotis intima kalınlığı, brakial arter akıma bağlı genişleme testi ve fonksiyonel kapilleroskopi ile değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu kesitsel çalışmaya Haziran - Aralık 2022 arasında esansiyel hipertansiyon tanısı almış 19 hasta ve yaşları hasta grubu ile uyumlu 20 gönüllü kontrol grubu olarak dahil edildi. Karotis intima kalınlığı, brakial arter akıma bağlı genişleme oranı ve kapilleroskopik ölçümleri kayıt edildi. Karotis intima ana karotid arter bifurkasyonun 1-2 cm proksimalinden ölçüldü ve üç ölçümün ortalaması alınarak yaşa ve boya göre standart sapma skorları hesaplandı (Şekil 1a). Brakial arterin bazal ölçümü alındıktan sonra akıma bağlı genişlemesini ölçmek için tansiyon aletinin manşonu bazal sistolik kan basıncının 40-50 mmHg fazlası olacak şekilde şişirilerek 5 dakika bekletildi. Ardından manşon indirilerek brakial arterin 45. saniyedeki damar çapı ölçüldü (Şekil 1b). Eş zamanlı aynı taraf el 4. parmak tırnak dibinden kapiller dansite ölçümü yapıldı. Bazal kapilleroskopik incelemenin ardından, manşon şişirildikten 5 dakika sonra genişletilerek yeniden kapiller dansite ölçüldü ve reaktif hiperemi fazı olarak değerlendirildi (Şekil 1c).

BULGULAR: Çalışmaya 19 esansiyel hipertansiyonlu hasta ve 20 sağlıklı kontrol dahil edildi. Hastaların 11'i erkek, 8'si kızdı. Ortalama yaşları 15,6±1,34 yıldır. Kontrol grubu yaş ve cinsiyet olarak çalışma grubuna eş sağlıklı gönüllülerden oluşuyordu. Karotis intima kalınlığı hipertansif hastalarda kontrollere göre anlamlı olarak artmıştı (p=0,02). Ortalama brakial arter akıma bağlı genişleme oranı hipertansif hastalarda kontrollere göre anlamlı azalmıştı (p = 0,02) ancak dipper ve non-dipper grup arasında fark yoktu. Benzer şekilde, kapilleroskopik incelemede; hasta grubunda bazal değerlendirmede ve reaktif hiperemi fazında fonksiyonel kapiller dansite oranı anlamlı olarak azdı. Ancak dipper ve non-dipper hipertansif hastalar arasında anlamlı fark bulunmadı.

Şekil 1. Karotis intima kalınlığı, brakial arter akıma bağlı genişleme oranı ve fonksiyonel kapilleroskopi ölçümleri



TARTIŞMA VE SONUÇ: Hipertansiyon tüm damarsal yapıları etkilediği ve erken aterosklerotik değişikliklere neden olduğunu bilinmektedir. Bu çalışmada çocuklarda da hipertansiyonun erken endotel hasarına yol açtığı hat-

ta mikrosirkülasyonda bozukluk yarattığı karotis intima kalınlığı, brakial arter akıma bağlı genişleme oranı ve fonksiyonel kapilleroskopi ölçümlerindeki bozulma ile gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: brakial arter, endotel hasarı, hipertansiyon, kapilleroskopi

SS-053

Bildiri tam metin

Normal Renal Ultrasonografi Bulguları Vezikoüreteral Reflüyü Dışlayabilir Mi?

Nuran Çetin¹, Meltem Önder², Müberra Canbaz², Nevbahar Akçar³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ: Şiddetli vezikoüreteral reflü (VUR) ve tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları (İYE) çocuklarda artmış hipertansiyon ve renal skar riskine neden olmaktadır. VUR tanısında altın standart test voiding sistouretrografi (VCUG) olmasına rağmen bu görüntülemenin invaziv olması, radyasyona maruziyeti, radyokontrast maddeye sekonder aşırı duyarlılık reaksiyonu ve işlem sonrası dizüri gibi olumsuz özellikleri vardır. Bu çalışmada renal ultrasonografi (USG) bulgularının şiddetli VUR'u ortaya koymadaki etkinliği araştırılmıştır.

YÖNTEM: Bu çalışmada VUR tanısı almış hastaların dosya verileri incelendi. Kreatinin yüksekliği olan, uygun antibiyotik tedavisine 48 saat içinde yanıt vermeyen veya *E. coli* dışı organizmalarla enfeksiyonu olan, hidronefrozu ve/veya USG'de VUR'u düşündüren diğer bulguları olan hastalara İYE tanısından üç ila altı hafta sonra VCUG uygulandı. Dimerkaptosüksinik asit sintigrafisi (DMSA), ateşli veya tekrarlayan İYE'si olan hastalarda kalıcı böbrek skarını saptamak için akut İYE'den 6 ay sonra yapıldı. Evre 1-2 VUR hafif VUR, derece 3-5 VUR ise şiddetli VUR olarak sınıflandırıldı

BULGULAR: Çalışmaya VUR tanılı 68 (41 kız, 27 erkek) hasta dahil edildi. Altmış sekiz hastanın VUR'lu 98 böbrek ünitesine (53 hafif VUR, 45 şiddetli VUR) ait veriler incelendi. Böbrek ünitelerinin %51'inde hidronefroz, %39,8'inde hidroüreter, %45,9'unda parankim incelmeleri, %32,7'sinde kaliektazi, %22,4'ünde mesane duvar kalınlaşması vardı. Doksan sekiz böbrek ünitesinin %65,3'ünde (n=64) skar mevcuttu. VUR olan 98 böbrek ünitesinin 33'ünde (%33,7) USG bulguları normaldi. Skar sıklığının USG bulgusu olan böbrek ünitesinde olmayanlara göre daha yüksek olduğu belirlendi (sırası ile n=52 [%80], n=12 [%36,4], p=0,000). USG bulgusu olan 65 böbrek ünitesinin 41'inde şiddetli VUR, 52'sinde renal skar varken, bulgusu olmayan 33 böbrek ünitesinin 4'ünde şiddetli VUR, 12'sinde renal skar mevcuttu (p=0.000). Lojistik regresyon analizinde USG'de bulgu olması ile VUR şiddeti ve renal skar varlığı arasında pozitif bir ilişki saptandı (sırası ile Odds oranı:2,492, %95 güvenlik aralığı (GA) :3,788-38,593, p=0,000; Odds oranı:1,946, %95 GA:0,056-0,364, p=0,000). Çalışmaya dahil edilen 68 hastanın 15'inde USG bulguları normaldi. USG bulgusu olmayan hastalarda tekrarlayan İYE'nin hem renal skar hem de şiddetli VUR ile ilişkili olduğu belirlendi (sırası ile Odds oranı:3,045, %95 GA:0,003-0,665, p=0,024; Odds oranı:11,692, %95 GA:1,964-14,675, p=0,000).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Normal renal USG bulguları, çocuklarda şiddetli VUR tanısını büyük ölçüde dışlar. Ancak tekrarlayan İYE'li çocuklar USG bulgusu olmasa da şiddetli VUR varlığı açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Vezikoüreteral reflü, renal ultrasonografi, voiding sistouretrografi

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen veziköüretal reflülü böbrek ünitelerinin özellikleri (n=98)		
	N	(%)
VUR derecesi		
1	12	(12,2)
2	18	(18,4)
3	23	(23,5)
4	25	(25,5)
5	20	(20,4)
VUR şiddeti		
Hafif	53	(54,1)
Şiddetli	45	(45,9)
Ultrason bulgusu olan böbrek ünitesi		
Hidronefroz	50	
Hidroüreter	39	
Parankim incilmesi	45	
Kaliektazi	32	
Mesane duvar kalınlaşması	22	
Rezidü idrar	21	
Renal skar	64	(65,3)

Tablo 2. Ultrason bulgusu olmayan veziköüretal reflülü böbrek ünitelerinin özellikleri (n=33)		
	N	(%)
VUR derecesi		
1	9	(27,5)
2	12	(36,2)
3	8	(24,1)
4	2	(6,1)
5	2	(6,1)
VUR şiddeti		
Hafif	29	(87,9)
Ağır	4	(12,1)
Renal skar	12	(36,4)

Tablo 3. Ultrason bulgusu olan ve olmayan böbrek ünitelerinin renal skar ve şiddetli VUR açısından karşılaştırılması			
	Ultrason bulgusu (+) (N=65)	Ultrason bulgusu (-) (N=33)	p
Şiddetli VUR	41 (63,07)	4 (%12,12)	0,000
Hafif VUR	24 (36,9)	29 (87,9)	
Renal skar	52 (80)	12 (%36,4)	0,000

Tablo 1. Çalışmaya dahil edilen hastaların özellikleri (n=68)

	Ultrason bulgusu (+, n=53)	Ultrason bulgusu (-, n=15)	p
Cinsiyet (kız)	29	12	0,169
Ortalama yaş	8,1 ± 4,32	7,9 ± 4,05	0,916
Tekrarlayan İYE	32	8	0,412
Şiddetli VUR	38 (71,7)	3 (20)	0,034
Renal skar	45	6	0,000

Çalışmaya dahil edilen hastalarda renal skar ve şiddetli VUR açısından risk faktörleri

	Renal skar			Şiddetli VUR		
	Odds oranı	Güvenlik aralığı	p	Odds oranı	Güvenlik aralığı	p
Ultrason bulgusu olması	1,946	0,056-0,364	0,000	2,517	3,881-39,525	0,000
Hidronefroz	1,600	0,081-0,505	0,001	1,967	0,057-0,343	0,000
Hidroüreter	0,687	0,819-4,827	0,129	1,839	0,065-0,390	0,000
Parankim incilmesi	1,064	0,142-0,838	0,019	1,623	2,142-11,985	0,000
Kaliektazi	0,633	0,197-1,429	0,210	0,431	0,658-3,594	0,320
Mesane duvar kalınlaşması	1,933	0,029-0,733	0,021	3,016	4,416-94,238	0,000
Tekrarlayan İYE	1,273	0,903-14,130	0,07	1,166	0,114-0,852	0,023
Şiddetli VUR	1,494	0,088-0,572	0,002	-		

Ultrason bulgusu olmayan hastalarda renal skar ve şiddetli VUR açısından risk faktörleri (n=15)

	Renal skar			Şiddetli VUR		
	Odds oranı	Güvenlik aralığı	p	Odds oranı	Güvenlik aralığı	p
Tekrarlayan İYE	3,045	0,003-0,665	0,024	11,692	1,964-14,675	0,000
Renal skar	-			0,606	0,169-19,893	0,618
cinsiyet	anlamsız			anlamsız		
Şiddetli VUR	0,606	0,169-19,893	0,618	-		

SS-054

Bildiri tam metin

Kahramanmaraş depremi ve çocuk nefrolojisi; Malatya'dan tek merkez deneyimi

Şenay Zırlı Selçuk¹, Ahmet Taner Elmas¹, Safa Çetinkaya², Yılmaz Tabel¹

¹İnönü Üniversitesi, Pediatrik Nefroloji BD, Malatya

²İnönü Üniversitesi, Pediatri AD, Malatya

GİRİŞ VE AMAÇ: Deprem gibi kitlesel ezilme sendromlarının yaşanmasına sebep olan afetler böbrekler için ciddi tehdit oluşturmaktadır. İzlediğimiz hastalardan edindiğimiz tecrübeleri paylaşarak erken sıvı ve gereğinde diyaliz tedavisinin önemi ile merkez olarak afet durumlarına hazır bulunma durumu ile ilgili farkındalık oluşturmaya amaçladık.

YÖNTEM: Enkaz altından çıkarılan toplam 26 hasta takip edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, boy, kilo, enkaz altında kalma süresi, uygulanan sıvı elektrolit tedavisi, biyokimyasal parametreleri, idrar miktarları, diyaliz ve ampütasyon gerekliliği durumları değerlendirilmeye alındı.

BULGULAR: Toplam olarak 13 kız ve 13 erkek olmak üzere 26 hastanın takip ve tedavisi yapıldı. Vücut ağırlığı 40 kg altı olan 14 hasta olup yalnızca 2'sinde ezilme bulgusu vardı. Vücut ağırlığı 40 kg üzeri olan 12 hasta mevcuttu ve bunların 8'inde ezilme bulgusu vardı. Ezilme bulgusu olan toplam 10 hastanın başvuru anındaki kreatin kinaz düzeyi 10 bin üzeri olup bunların 7'sinin ise 50 bin üzeriydi. Hastaların hepsine ilk aşamada bikarbonatlı ve 2500 cc/m² sıvı başlanarak yakın idrar çıkarımı takibi yapıldı. Ezilme bulgusu olan 10 hastanın 9 tanesine diyaliz uygulandı. Diyalize alınan hastaların 8'nin kreatin yüksekliği ve hiperpotasemisi, 3'ünün oligoanürisi, 2'sinin hipertansiyonu mevcuttu. Diyalize alınan hastalar ortalama 6-24 saat arası bir süre enkaz altında kalmışlardı. En uzun diyaliz olan hastamızın normal böbrek fonksiyonlarına kavuşması 20 gün sürdü. Hiçbir hastada kronik böbrek hastalığına gidiş olmadı. Toplam 4 hastaya ekstremite ampütasyonu yapıldı. Diğer hastalardan 3 tanesine gönderildikleri merkezlerde hiperbarik oksijen tedavisi uygulanarak ampütasyondan kurtarıldı. Ampütasyonu olan ve enkazdan çıkarıldıktan beri entübe olarak izlenen bir hastamız takibinin 20. gününde pulmoner emboli nedeniyle ex oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Merkezimizde izlenen çocuk hastalarda yapılan uygun sıvı tedavisi ve etkin diyaliz neticesinde hiçbir hastada kronik böbrek hastalığı gelişmemiştir. Bununla birlikte depremin 81. saatinde çıkarılan iki kardeşin böbrek fonksiyonlarının korunmuş olması hipoterminin olumlu etkisine bağlı olabileceğini düşündürmüştü, ayrıca belirgin ezilmelerinin olmaması da buna katkı sağlamıştır. Yüksek deprem riski altında olan bir coğrafyada yaşadığımızın farkında olarak; gerekli planlama ve her basamakta eğitimlerin yapılması şarttır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Deprem, Ezilme, Malatya, Nefroloji

SS-055

Bildiri tam metin

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİ GELİŞİMİNDE LİPOPROTEİN A rs10455872 GEN POLİMORFİZMİNİN ROLÜNÜN ARAŞTIRILMASI

Mustafa Metin Donma¹, Ayşen Haksayar¹, Bahadır Batar², Buse Tepe³, Birol Topçu⁴, Orkide Donma⁵

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Tekirdağ

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıbbi Biyoloji Anabilim Dalı, Tekirdağ

³Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁴Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Biyoistatistik Anabilim Dalı, Tekirdağ

⁵İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Temel Tıp Bilimleri Bölümü, İstanbul

Amaç: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre obezite, vücut sağlığını bozacak düzeyde anormal ve aşırı miktarda yağ birikimi ile karakterize kronik bir hastalıktır. Obezite, çocukluk yaş grubunda polikliniklere başvuru sıklığı nedeniyle bir nedenlerden biri olmasına rağmen obezitenin etiyolojisi henüz tam olarak bilinmemektedir. Genetik polimorfizmlerin obeziteye yatkınlıkta rol oynayabileceği güncel tartışma konusudur. Çalışmamızın amacı, lipoprotein a rs10455872 gen polimorfizmi ve obezite arasındaki olası ilişkiyi değerlendirmektir.

Yöntem: Bu çalışmaya 1 Aralık 2021 – 31 Ekim 2022 yılları arasında Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran 6-18 yaş arası herhangi bir akut veya kronik hastalığı olmayan 103 gönüllü obez ve 77 gönüllü normal VKİ'ne sahip sağlıklı çocuk dahil edildi. Çalışma, prospektif olarak gönüllülük esasına göre gerçekleştirildi. Çalışma, Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu tarafından onaylandı. Obez hastalar ve sağlıklı kontrol grubu olmak üzere 2 ayrı grup oluşturuldu. Lipoprotein A geni rs10455872 tek nükleotid polimorfizmi genotip dağılımları Real-Time polimeraz zincir reaksiyonu tekniği ile tanımlandı. İstatistiksel analiz, bir istatistiksel yazılım paketi olan SPSS 28.0 kullanılarak gerçekleştirildi.

Bulgular: Çalışmamızda Lipoprotein a rs10455872 gen polimorfizmi dağılımları, obez çocuklar ile sağlıklı kontrol grubu arasında karşılaştırıldığında anlamlı bir ilişki bulunmadı ($p=0,563$). Lipoprotein (a) rs10455872 gen polimorfizminin çocukluk çağı obezitesi ile ilişkili olmadığını saptadık. Obez ve kontrol gruplarında homozigot varyant GG genotipe sahip olgu tespit edilmedi. Çocukluk çağı obezitesi açısından değerlendirildiğinde lipoprotein (a) rs10455872 gen polimorfizmine ait genotip dağılımlarının obez ve kontrol grubunda gözlenen dağılımla, toplumda beklenen dağılımda benzerlik saptandı ($p=1,00$).

Sonuç: Çalışmamızın sonucunda, lipoprotein (a) rs10455872 gen polimorfizmi genotip ve allel dağılımları obez ve sağlıklı çocuklarda benzer bulunmuştur. Obez normal homozigot genotipe sahip çocuklarda vücut yağ oranı arttıkça metabolik sendrom indeksinin arttığı saptandı. Tüm sonuçlar bir bütün olarak değerlendirildiğinde AG genotipine sahip (heterozigot varyant) olmanın çocukluk çağı obezitesinde iyi risk faktörü olarak değerlendirilebileceği sonucunu ortaya çıkaran ilk özgün çalışmadır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı, Obezite, Lipoprotein A, Polimorfizm

SS-056

Bildiri tam metin

Çocukluk çağındaki Klinefelter sendromlu olgular

Öznur Yılmaz Bayer¹, Gökçen Karamık¹, Nuray Öztürk¹, Banu Nur¹, Özden Altıok Clark², Ercan Mihçı¹

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Genetik Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Antalya

AMAÇ: Klinefelter sendromu (KS) erkek fenotipli bireylerde X kromozomunun 2 veya daha fazla sayıda bulunması nedeniyle görülen bir sayısal cinsiyet kromozom bozukluğudur. Olguların %90'dan fazlasının karyotipi 47,XXY'dir. Prevalansı genel popülasyonda 1/500-1/1000 olarak bildirilmiştir. İnfertil erkeklerde %3 oranında görülmektedir. Puberte öncesi ancak %10'u tanı alır. Çalışmamızda KS tanısı ile izlenen 22 çocuk hastanın klinik bulgularının incelenmesiyle KS'nun çocukluk yaş grubunda tanı koyma oranını arttırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Akdeniz Üniversitesi Çocuk Genetik bilim dalına başvuran 21 farklı aileden 22 KS tanılı olgunun ayrıntılı klinik bulguları, laboratuvar ve karyotip analizleri kaydedildi.

BULGULAR: Hastalarımızın başvuru yaş ortalaması 3.69 yıl (0-17), ikisi monozigotik ikizdi. Hastalarımızın çoğu 47,XXY iken 2 tane 48,XXXYY mozaik olgumuz mevcuttu. Prenatal tanı alan 6 olgudan 2'sine NIPT testi yapılmıştı. İkiz olan olguların birinde fetal EKO'da double aortik ark saptanması, iki olguya ileri anne yaşı nedeniyle amniosentez yapılmıştı. Postnatal tanı alan olgularımızın başvuru şikayetleri otizm spektrum bozukluğu bulguları, davranış bozukluğu (2), konuşma gecikmesi (4), mikropenis, trombositopeni, dirsekte hareket kısıtlılığı (radioulnar sinostoz), ambigu genitalya, infantil spazmdı. 2 hastamız Down sendromu fenotipi olması üzerine yapılan karyotip analizinde 48,XXY+21 saptandı. Dismorfik bulguları olan bir hastamız da aynı zamanda 22q11.2 mikrodelesyon sendromu tanısı aldı. Konuşma gecikmesi (10), inmemiş testis (6), mikropenis (6), hipergonadotropik hipogonadizm (3), uzun boy (5), jinekomasti (2), epilepsi (3) saptanan klinik bulgulardır. Gelişimsel gecikme nedeni ile 10 olgumuza özel eğitim başlandı. Hastalarımızda ek olarak görülen klinik bulgular bilateral konjenital katarakt, strabismus, myopi, üretra taşı, renal taş, hipotiroidi, pes planus, skolyozdur.

SONUÇ: KS'lu olguların klinik fenotip spektrumu geniştir. Bu olgular genellikle infertilite nedeni ile erişkin dönemde tanı alırlar. Literatürde çocukluk çağı KS olgu bildirimleri oldukça azdır. Çalışmamızda klasik KS yanında Down sendromu, 22q11.2 mikrodelesyon sendromları ile birlikte olan olgular da bildirildi.

Anahtar kelimeler: Klinefelter sendromu, 47,XXY, gelişimsel gecikme, inmemiş testis, radioulnar sinostoz

SS-058

Bildiri tam metin

İNFRNTİL NÖROAKSONAL DİSTRÖFİ; OLGU SERİSİ

Özge Kaynar¹, Fitnat Uluğ², Tuğçe Damla Dilek², Aysel Güzeler², Yılmaz Zindar², Hüseyin Kılıç², Serhat Güler², Sema Saltık²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı

Amaç: İnfantil nöroaksonal distrofi (INAD), çocukluk çağında çok nadir görülen otozomal resesif (OR) kalıtmınlı nörodejeneratif bir hastalıktır. Patogenezinde kalsiyum bağımsız fosfolipaz 2'nin kodladığı PLA2G6 mutasyonu sorumlu tutulmuştur. Klinik özellikleri SSS, periferik ve otonom sinir sistemi bulgularını içerir. 1 ile 3 yaşlarında başlayıp hızlı ilerleyen kazanılmış fonksiyon kaybı, şaşılık, serebral ve serebellar atrofi, optik atrofi, nistagmus, nöbet, hipotoni, hiperrefleksi ile kendini gösterir. Bebeklik döneminde başlayan progresif nörolojik bulgular varlığında tanıyı doğrulamak için ileri testler gerekir. Genetik analiz ile tanısı kesinleştirilir. Bu çalışmada, INAD tanısı alan 5 olgumuzun klinik ve laboratuvar verileri hastalığın nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Yöntem: Çalışmaya 2017-2023 tarihleri arasında Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Polikliniğine başvuran genetik test sonucunda PLA2G6 mutasyonu saptanan 5 INAD olgusu alındı. Hastaların demografik özellikleri, ilk yakınmaları, ilk tanı yaşları, klinik bulguları, laboratuvar sonuçları retrospektif olarak hasta dosyaları ve hastane bilgi sistemi üzerinden elde edildi.

Bulgular: Hastalarımızın 3'ü erkek, 2'si kız idi, tamamının ebeveynlerinde akraba evliliği mevcuttu. Kardeş olan iki hasta izlem sırasında kaybedildi. İlk şikayet başlama yaşı 18 ay ile 24 ay arasında olan hastaların medyan tanı yaşları 42 ay (24-60) idi. Başlangıç semptomu en sık kazanılmış fonksiyonların kaybı (3/5) ve şaşılık (2/5) olup, tamamında şaşılık ve nistagmus mevcuttu. Nörolojik muayenede piramidal bulgular mevcut olan hastaların hiçbiri yürümüyor, sadece iki hastada baş kontrolü mevcut, bir hasta desteksiz oturmakta idi. Bir hastada elektromiyografide ön boynuz tutulumu saptandı. Dört hastada nöbet ve eşlik eden elektroensefalografi bulguları mevcuttu. Kraniyal MR görüntülemesinde serebellar atrofi (5/5), beyaz cevher lezyonları (2/5), bazal ganglionlarda demir birikimi (1/5) saptanan bulgulardı. Klinik gidişleri ve fenotipik olarak benzer olan hastaların yapılan genetik testlerinde PLA2G6 gen mutasyonu saptanarak tanıları kesinleştirildi.

Sonuç: INAD çok nadir görülen, ilerleyici fonksiyon kaybına yol açan, OR kalıtmınlı nörodejeneratif bir hastalıktır. Henüz aktif bir tedavisi olmayan bu hastalığın klinik ve laboratuvar özellikleri tüm hastalarda ortak ve belirgin olup, kazanılmış fonksiyonlarda çok hızla kayıp ve şaşılık ile başvuran hastalarda düşünülmesi gerekir. Hastalığın sonraki nesillere aktarılmaması için genetik danışmanlığın önemli bir yeri vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, nöroaksonal distrofi, nörodejeneratif

SS-059

Bildiri tam metin

ÇOCUK NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE SENKOP İLE BAŞVURAN HASTALARIN RETROSPEKTİF OLARAK DEĞERLENDİRİLMESİ

Zeyneb Afra Yartaşı Dinçel¹, Nilüfer Eldeş Hacıfazlıoğlu², Emek Uyur², Abdullah Alpınar³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Araştırma Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

Giriş-Amaç: Senkop ani şuur kaybı ve postural tonus kaybı ile karakterize serebral hipoperfüzyona bağlı geçici bilinç kaybıdır. Çocuklarda senkop sıklığı %15-25'dir. Presenkop senkop öncesinde baş dönmesi terleme ve göz kararması gibi prodromal yakınmalardır. Bu çalışmada polikliniğe senkop yakınması ile başvuran hastaların klinik, demografik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi, altta yatan nedenin tespiti ve epilepsi sıklığının saptanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Zeynep Kâmil Kadın ve Çocuk Hastalıkları hastanesi çocuk nöroloji polikliniğine 2016-2021 yılları arasında senkop ile başvuran 204 hastaya ilişkin veriler geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların klinik özellikleri, etiyolojisi, elektroensefalografi ve ekokardiyografi bulguları, senkop atak tekrar sayıları, senkop süreleri ile senkop atağını tetikleyen faktörler kaydedildi.

Bulgular: Olguların 74'ü erkek (%36,3), 130'u kızdı (%63,7). Hastaların yaş ortalaması 11,8±3,9 yıl olarak bulundu. Olguların 138'inde (%67,6) atakların tekrar ettiği, 93'ünde (%45,6) presenkop belirtiler ve 29'unun (%14,2) senkop süresi 2 dakika üzerinde saptandı. Olguların 122'si (%59,8) otonom aracılı refleks senkop, 33'ü (%16,2) nörolojik senkop, 13'ü (%6) psikojenik senkop ve 113'ü (%92,6) vazovagal senkop olarak sınıflandırıldı. 31'i (%93,9) ise epilepsi olarak belirlendi. Epilepsi tanısı alan hastalardan 6'sında (%22,2) presenkop belirtiler gözlenirken, epilepsi tanısı almayanların 87'sinde (%57,6) presenkop belirtiler tespit edildi (p=0,001). Ailesinde epilepsi öyküsü olan hastalarda epilepsi tanısı daha yüksek olarak bulundu (p=0,005). Senkop süresi 2 dakikadan daha kısa süren olgularda otonom aracılı refleks senkop 103 (%70,5), senkop süresi 2 dakika ve daha uzun sürenlerde ise nörolojik senkop 16 (%55,2) en sık olarak belirlendi. EEG bulguları 174 (%85,3) olguda normal, 30(%14,7)'unda ise anormal olarak saptandı.

Sonuç: Senkop ile başvuran çocuk hastalarda etiyolojinin belirlenmesi tedavi planlaması ve tekrarın öngörülmesi açısından iyi öykü alınmalı, ayrıntılı fizik inceleme yapılmalı ve klinik bulgulara göre gerekli tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: çocuk, senkop, epilepsi

SS-060

Bildiri tam metin

Çocukluk Çağı Kızamık Hastalarımızın Demografik ve Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi

Beste Akdeniz Eren¹, Gözde Apaydın Sever¹, Gülşen Kes¹, Sinem Oral Cebeci², Pınar Önal¹, Deniz Aygün¹, Haluk Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kızamık, Rubeola virüsünün etken olduğu bulaşıcı, döküntülü bir infeksiyon hastalığıdır. Ateş, makülopapüler döküntü, öksürük, koriza ve konjonktivit başlıca semptomlarıdır. Pnömoni, gastroenterit, otit, körlük ve subakut sklerozan panensefalit gibi ağır komplikasyonlara neden olan kızamık aşı ile önlenilebilir bir hastalıktır. Çalışmamızda kliniğimize başvuran 10 kızamık hastasının verilerini inceleyerek bu ciddi tehlikeye dikkat çekmek ve aşılamanın önemini hatırlatmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Kliniğimize 28 Ocak 2023-19 Mart 2023 tarihleri arasında makülopapüler döküntü şikayetiyle başvuran ve Halk Sağlığı laboratuvarına gönderilen örneklerde kızamık tanısı alan 10 hastanın demografik, klinik ve laboratuvar bulguları sunulmuştur.

BULGULAR:Daha önce bilinen hastalığı olmayan 10 hastanın yedisi erkek, üçü kızdı. Hastaların yaş dağılımı dört ay ile 18 yaş arasında değişmekte olup yaş ortalaması 8.3 yıl, median yaş 8 yıl 4 aydı. Hastaların beşinin kızamık aşısı yoktu. Dört hasta iki doz (12. ve 48. aylarda) aşıllı, Mısır' lı bir hasta ilk doz aşısını hastalıktan bir hafta önce almıştı. Bir hasta Doğu Türkistan' lı olup Suudi Arabistan' da yaşamaktaydı ve aşısızdı. Diğer aşısız üç hastamız Türk' tü, bunlardan biri dört aylıktı. İki hastanın kızamık hastasıyla temas öyküsü vardı. Tüm hastalarda tipik kızamık döküntüsü varken, sadece bir hastanın başvuru anında ateşi yoktu. Altı hastada öksürük, altı hastada konjonktivit, dört hastada koriza, iki hastada Koplik lekesi gibi prodromal semptom ve bulgular mevcuttu. Hastalık komplikasyonu olarak üç hastada pnömoni, bir hastada diyare, bir hastada krup tarzı öksürük izlenirken, otit, göz veya kalbe ait komplikasyonlar, meningoensefalit ya da ölüm izlenmedi. Tetkik edilen hastaların tümünde lenfopeni mevcutken, beş hastanın akut faz yanıtı pozitif. Tüm hastalara A vitamini verildi, iki hasta pnömonisi nedeniyle yatırılarak tedavi edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kızamık infeksiyonu ve komplikasyonları ülkemizde ve dünyada ciddi bir sorun oluşturmaktadır. Son yıllarda artan aşı karşıtı eylemler, göçler ve COVID-19 pandemisi sırasında aşılamanın sekteye uğraması nedeniyle kızamık olguları artmaktadır. Bu yazı ateş ve döküntü şikayetiyle başvuran hastalarda kızamık infeksiyonunun erken tanınması, izolasyonu ve tedavisi için farkındalığı artırmak amacıyla hazırlanmıştır.

Anahtar Kelimeler: kızamık, kızamık aşısı, enfeksiyöz hastalık salgınları

Resim 1



Resim 2



Resim 3



Resim 4



SS-061

Bildiri tam metin

MIS-C tedavisi: IVIG çok mu fazla kullanıyoruz?

Funda Yıldız¹, Murat Sütçü², Emine Manolya Kara², Raif Yıldız³, Doruk Gül¹, Fatih Atik⁴

¹ İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

² İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İstanbul

³ Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Acil, İstanbul

⁴ İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Kardiyolojisi, İstanbul

Giriş: Çocuklarda multisistemik inflamatuvar sendrom (MIS-C), COVID-19 enfeksiyonu sonrası gelişen, çoklu organ tutulumuyla giden hiperinflamasyonla karakterize bir hastalık tablosudur. Bu çalışmada, MIS-C olgularının klinik özelliklerinin, kardiyolojik bulgularının, uzun dönem izlem verilerinin ve tedavilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmamıza Mayıs 2020-Aralık 2021 tarihleri arasında kliniğimize başvurup MIS-C tanısı almış olan 0-18 yaş tüm çocuk hastalar dahil edildi. MIS-C tanılı tüm hastaların ilk geliş şikayetleri, fizik muayene bulguları, laboratuvar sonuçları, akciğer grafisi bulgular, tanı anında ve 1 yıl sonraki izlemde ekokardiyografi bulguları, uygulanan tedavi seçenekleri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 92 hastanın 41'i (%44,6) kız, 51'i (%55,4) erkekti. Ortanca yaş 42 desimal ay (min-max 3-214 desimal ay) idi. Hastaların COVID-19 geçirme sonrası MIS-C tanısı alma zamanı median 6 (min-max 4-8) haftaydı. 92 hastanın 9'unun (%9,8) kronik hastalığı mevcuttu. Hastaların 84'ünün (%91,3) akciğer grafisi normalken 8'inde (%8,7) bilateral infiltrasyon mevcuttu. Başvuru anında hastaların tümünün ateşi vardı ortanca VI: 39°C (min-max 37,5-40,1) saptandı. Hastaların ortanca ateşli gün sayısı 5 gündü (min-max 2-17). MIS-C tanısı konan tüm hastalara ekokardiyografi yapıldı. 12'sinde (%13) EF'de azalma-sol ventrikül disfonksiyonu, 8'inde (%8,7) myokardit, 11'inde (%12) koroner arter tutulumu, 61'inde (%66,3) Normal ekokardiyografi bulguları saptandı. %13 hastada başvuru anında şok tablosu, %19,6'sında MAS, %8,7'sinde böbrek yetmezliği, %20,7'sinde karaciğer yetmezliği, %8,7 hastada kalp yetmezliği mevcuttu. %4,3 hastada mekanik ventilasyon ihtiyacı oldu. Hiçbir hastada ARDS gözlemlendi. %13 hasta yoğunbakımda takip edildi. Tüm hastalara 2mg/kg steroid verildi. Toplam steroid alma süresi 7,3 ± 3,9 gündü. Sadece kardiyak tutulumu olan tüm hastalara (%33,7) IVIG verildi. Mortalite oranı %0'dı. Hastaların 1 yıl sonraki izlemde herhangi bir yakınmalarının olmadığı ve tümünün ekokardiyografi bulgularının normal olduğu gözlemlendi.

Sonuç: Yan etki profili, uzun dönem sonuçları ve tedavi başarısı göz önüne alındığında kardiyak tutulumu olmayan vakalarda steroid kullanımının yeterli olduğunu, IVIG'in sadece kardiyak tutulumu olan olgularda kullanımının güvenilir ve maliyet etkin olduğunu düşünmekteyiz. Bu konuda kesin sonuçlar elde edilebilmesi için ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Covid-19, MIS-C, Steroid, IVIG

SS-062

Bildiri tam metin

Pandemi döneminde solunum yolu hastalıkları nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda viral solunum yolu virüslerinin değerlendirilmesi

Damla Geçkalan¹, Aynur Gülcan²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi EAH., Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Evliya Çelebi EAH., Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Gelişmekte olan ülkelerde her yıl yaklaşık iki milyon çocuk akut solunum yol enfeksiyonu geçirmektedir. En sık nedenler; respiratuar sinsityaldir virüs (RSV); adenovirüs; influenza A ve B tipleri; parainfluenza virüstür. Çocuklarda solunum yolu enfeksiyonlarında çoklu viral etkenler saptanmaktadır. Amacımız COVID-19 pandemisinde, solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile yatırılarak tedavi edilen viral etkenlerin değerlendirilmesidir.

YÖNTEM: 01.06.2021- 01.02.2022 pandemi döneminde, Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversite'si çocuk sağlığı ve hastalıkları bölümüne, COVID-19 dışı solunum yolu enfeksiyonları nedeni ile yatırılarak tedavi edilen 156 çocuk hasta retrospektif olarak analiz edildi. Hastaların 61'inin solunum yolu virüs paneli negatif saptandı. Verisi tam olan 92 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş, cinsiyet, yatış yapılan servis ve mevsim, solunum yolu PCR sonucu analiz edildi. Yaş grubuna göre yenidoğan (0-28 gün), süt çocuğu (1 ay-24 ay), okul öncesi (2-5 yaş) ve okul çocuğu (5-18 yaş) olarak sınıflandırıldı.

BULGULAR: Hastaların %63'ü erkek, ortanca yaş 8 ay (min. 10 gün- max. 17,1 yıl) saptandı. Hastaların %16,3'ü yenidoğan (0-1 ay); %55,4'si süt çocuğu (1 ay-24 ay); %16,3'ü okul öncesi (2-5 yıl), ve %12'si okul çağı (5-18 yıl) idi. Hastaların %73,9'u çocuk servisi, %16,3'u yenidoğan yoğun bakım ve %9,8'i çocuk yoğun bakım servisinde tedavi aldı. Serviste yatan hastaların %76,5'inde tekli etken saptandı. Sık görülen etkenler sırasıyla %44,4 RSV, %18 Bocavirus, %14,5 İnfluenza ve %14,5 Rhinovirus saptandı. Hastaların %82,6'sı kış aylarında başvurdu. Bu hastaların %78,4'ünde RSV tekli ve/veya çoklu enfeksiyon olarak saptandı (Tablo 1).

TARTIŞMA: COVID-19 pandemisinde, SARS-COV-2 dışı solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile hastaneye yatırılan hastaların %60,9'unda viral PCR pozitif saptandı. Hastaların %82,6'sının kış aylarında pozitif saptandı. Çocuklarda ilk 5 yaşta en sık saptanan virüs RSV olup okul çağı çocuklarında İnfluenza-A'nın daha sık saptanması literatür ile uyumluydu. Hastaların %25'inde çoklu etken saptandı. En sık ko-enfeksiyon olarak bocavirüs saptandı. Yapılan çalışmalarda, çalışmamıza benzer olarak hastaların %11-27'sinde çoklu enfeksiyon bildirilmiştir (1-3).

SONUÇ: COVID-19 pandemisi sırasında ve tam kapanma dönemlerinde viral dağılımın farklı seyrettiği görüldü. Tam kapanma ve kısmi kapanma dönemlerinde farklı dağılım olduğu düşünülmektedir. Özellikle çoklu etken hastalarının kliniğinin daha ağır seyretmesi nedeni ile daha dikkatli takip edilmesi gerektiği düşünüldü.

Anahtar Kelimeler: Pandemi, Solunum yolu Virüsleri, Pediatri, RSV, Çoklu enfeksiyon

Tablo 1: Solunum yolu viral etkenlerin yaşa göre dağılımı

Solunum yolu virüs etkenleri	Yenidoğan (0-28 gün)	Süt Çocuğu (1-24 ay)	Okul Öncesi (2-5 yaş)	Okul Çağı (5 yaş üzeri)	Toplam hasta sayısı (n)
RSV	9	21	4	2	36
İNFLUENZA-A	1	3	2	8	14
RHİNOVİRÜS	2	3	2	1	8
BOCAVİRÜS	0	3	0	0	3
HUMAN METAPNEUMOVİRUS A/B	0	2	1	0	3
ADENOVİRÜS	0	1	1	0	2
PARAİNFLUENZA ³ / ₄	0	2	0	0	2
ENTEROVİRÜS	1	0	0	0	1
2'Lİ ETKENLER					
RSV+BOCAVİRÜS	0	6	2	0	8
RSV+RHİNOVİRÜS	2	2	0	0	4
İNFLUENZA+BOCAVİRÜS	0	2	1	0	3
RİNOVİRÜS+ BOCAVİRÜS	0	2	1	0	3
RSV +Corona OC-43	0	1	0	0	1
BOCAVİRÜS + ENTEROVİRÜS	0	1	0	0	1
3'LÜ ETKENLER					
RSV+ BOCAVİRÜS+ RHİNOVİRÜS	0	2	0	0	2
RSV+ BOCAVİRÜS+ PARAİNFLUENZA	0	0	1	0	1
TOPLAM HASTA SAYISI (n)	15	51	15	11	92

Kaynaklar

1. Calvo C, Garcia-Garcia ML, Blanco C, Vazquez MC, Frias ME, PerezBrena P, Casas I: Multiple simultaneous viral infections in infants with acute respiratory tract infections in Spain. J Clin Virol 2008, 42:268-272..
2. Jennings LC, Anderson TP, Werno AM, Beynon KA, Murdoch DR: Viral etiology of acute respiratory tract infections in children presenting to hospital -- Role of polymerase chain reaction and demonstration of multiple infections. Pediatr Infect Dis J 2004, 23:1003-1007.
3. Weigl JAI, Puppe W, Grondahl B, Schmitt HJ: Epidemiological investigation of nine respiratory pathogens in hospitalized children in Germany using multiplex reverse-transcriptase polymerase chain reaction. Euro J Clin Microbiol Infect Dis 2000, 19:336-343.

SS-063

Bildiri tam metin

Çocuk Acil Serviste Akut Otitis Media Tanısıyla Takip Edilen Hastalarda Antibiyotik Tercihlerinin Değerlendirilmesi

Beste Devril¹, Beyza Çakan¹, Taylan Çelik², Fatih Battal¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ VE AMAÇ: Akut otitis media (AOM), çocukluk çağıının en sık enfeksiyonlarından ve en sık antibiyotik kullanım sebeplerindedir. Pnömonokok aşıları öncesinde akut otitis media enfeksiyonuna en sık sebep olan otopatojen S.pneumoniae iken günümüzde bu patojenin yerini H.influenza ve M.catarrhalis almıştır. Özellikle 6-15 ay arasındaki çocuklarda görülür. Bu çalışmada acil serviste AOM tanısıyla antibiyotik reçete edilen hastaların antibiyotik tercihlerinin değerlendirilmesi planlanmıştır.

YÖNTEM: Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil polikliniğine Ocak 2022-Aralık 2022 tarihleri arasında başvuran 1ay-12yaş aralığında AOM (ICD kodu: H66.9) tanısı alan hastaları retrospektif olarak inceledik.

BULGULAR: Çocuk Acil serviste AOM tanısı alan 1ay-12yaş aralığındaki 909 hastanın 480'i (%52.8) erkekti. Hastaların ortalama yaşı 5.35±2.82 olup 96'sı (%10.5) 2 yaşından küçüktü. Hastalarda en sık (n=404, %44.4) sağ kulakta AOM tespit edilmişti, %27.5'inde (n=250) ise bilateral idi. En sık reçete edilen antibiyotik amoksisilin-klavulonik asiti (n=736, %83.3), bunu sırasıyla seftriakson (n=39, %4.4), sefdinir (n=35, %3.9), sefuroksim (n=25, %2.8), sefiksim (n=11, %1.2) ve makrolidler (n=10, %1.1) takip ediyordu. Amoksisilin reçete edilen hasta yoktu. Hastaların 27'sine (%2.9) ciprofloksasin içeren kulak damlası reçete edilirken, sadece 26'sına (%2.8) antibiyotiksiz gözlem planlanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Akut otitis media, sıklıkla kendini sınırlayan bir enfeksiyondur ve %80'i tedavisiz 3 gün içinde iyileşir. Hafif olgularda başlangıçta antibiyotik vermeden yakın izlem yapılabilir. Klinik tablo 48-72 saat içerisinde düzelse antibiyotiksiz izleme devam edilebilir, kötüleşme olursa antibiyotik tedavisi başlanabilir. Ancak <6 ay tüm çocuklara, ciddi AOM bulguları olan (≥48 saat devam eden orta-ağır kulak ağrısı veya >39°C ateş) çocuklara ve <24 ayda bilateral AOM'u olan çocuklara tanı anında antibiyotik verilmesi önerilir. Betalaktamaz üreten H.influenza risk faktörleri olmayan çocuklarda amoksisilin tercih edilmelidir. Ancak penisiline dirençli S.pneumoniae prevalansının artması nedeniyle, oral olarak iki doza bölünmüş olarak 90 mg/kg/gün olarak kullanılması önerilir. Betalaktamaz üreten H. influenza riski yüksek olan çocuklarda amoksisilin-klavulonat tercih edilmelidir. Ayrıca 2. ve 3. kuşak sefalosporinler de (sefdinir, sefpodoksime, sefuroksime, seftriakson) tercih edilebilir. Makrolidlerin H.influenzae eradikasyonunda etkili olmadığı ve S.pneumoniae suşlarının yaklaşık %25-35'inin de dirençli olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut otitis media, çocuk acil, antibiyotik tercihleri

SS-064

Bildiri tam metin

VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ OLAN ÇOCUKLARDA NÖROGELİŞİMSEL TESTLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Ceren Tanç¹, İsmail Yıldız²

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

²Yalova Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yalova

GİRİŞ VE AMAÇ: Vitamin B12 vücutta önemli tepkimelerde kofenzim olarak çalışır. Bu tepkimelerde sorun olması hematolojik ve nörolojik bulguların görülmesine neden olur.

Denver Gelişim Tarama Testi II (DGTT); uygulamalı maddeler ve anket soruları içeren dünya çapında yaygın kullanılan bir gelişim tarama testidir. Sosyal İletişim Alan Tarama Testi (SİATT); 6 ay ile 24 ay arası çocukların sosyal becerileri, dil kullanımı ve farkındalığını aileye sorulan sorularla ölçen pratik ve kolay uygulanabilir bir testtir.

Çalışmamızda aktif şikâyeti olmayan, kontrol taramalarında vitamin B12 eksikliği tespit edilmiş çocuklar ve benzer yaş grubundaki vitamin B12 düzeyi normal sağlıklı kontrol grubu iki ayrı nörogelişim testi ile (DGTT ve SİATT) değerlendirilerek vitamin B12 eksikliğinin nörogelişime etkisinin araştırılması amaçlandı.

YÖNTEM: Çalışmamızda polikliniklerimize rutin tarama veya kontrol amaçlı başvuran, şikâyeti olmayan, tetkikleri alınmış 6 -24 ay arası 89 çocuk değerlendirmeye alındı. Her katılımcıya DGTT ve SİATT uygulandı. Çalışmaya katılanlar serum vitamin B12 düzeylerine göre çalışma grubu (serum vitamin B12 < 300 pg/ml) ve kontrol grubu (serum vitamin B12≥300 pg/ml) olmak üzere iki grup halinde değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmaya ortalama yaşı 14,48±5,10 ay olan toplam 89 olgu dahil edilmiştir. Serum B12 düzeyi 300 pg/ml altında izlenen 44 olgu çalışma grubunda, 300 pg/ml ve üstü olan 45 olgu kontrol grubunda değerlendirilmiştir. Çalışma grubunda vitamin B12 düzeyi ortalaması 206,11±9,1 pg/mL, kontrol grubunun ortalaması 540,65±24,1 pg/mL olarak izlenmiştir. DGTT sonuçları karşılaştırıldığında kontrol grubundakiler normal sonuç alma oranının çalışma grubuna anlamlı düzeyde yüksek; şüpheli ve anormal sonuç alma oranlarının ise düşük olduğu saptanmıştır (p=0,001; p<0,01). Olguların SİATT sonuçlarının riskli olma oranı çalışma grubunda, kontrol grubundakilerden istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek izlenmiştir (p=0,003; p<0,01). DGTT sonucu şüpheli tespit edilen olguların vitamin B12 değerleri, normal olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşük görülmüştür. (p=0,001; p<0,01). SİATT sonucu riskli olguların vitamin B12 değerleri, normal sonuç alan olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük izlenmiştir (p=0,001; p<0,01).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmadaki veriler göz önünde bulundurulduğunda; nörolojik ve hematolojik belirtiler ortaya çıkmadan veya çocukta şikâyetler olmadan, vitamin B12 eksikliği görülebilmekte ve sağlıklı çocuklara kıyasla eksiklik olan çocuklarda nörogelişimsel gecikmeler ortaya çıkabilmektedir. Bu yüzden sağlıklı çocuk takibinde nörogelişimin yakından izlenmesi ve gecikme gözlemlendiğinde vitamin B12 eksikliğinin ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Vitamin B12 Eksikliği, Nörogelişim, Denver Gelişim Tarama Testi, Sosyal İletişim Alan Tarama Testi

SS-065

Bildiri tam metin

Pediyatrik Hastalarda İntrevenöz Girişimlerde Topikal Lidokain Kullanımının Ağrıyı Azaltmadaki Rolü

Büşra Çağlar¹, Duygu Yılmaz¹, Derun Torlak¹, Mustafa Berber², Fatma Ferda Kartufan³

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Yenidoğan Bölümü

³Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Anesteziyoloji ve Reanimasyon

GİRİŞ VE AMAÇ: Bu çalışmada pediyatrik hastalarda damar yolu açılırken, mukozal bölgelerde ağrıyı azaltmak için kullanılan topikal lidokain spreyin, pediyatrik hastalarda cilde uygulandığındaki ağrıyı azaltmadaki etkinliğini görsel analog skala (VAS) skoru ve sayısal derecelendirme skalası (NRS) kullanarak değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza 02.2020-08.2020 tarihlerinde hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü'ne başvuran, 5-18 yaşları arasındaki, intravenöz girişim yapılması planlanan, amid grubu lokal anesteziyelere veya içeriklerine karşı bilinen alerjisi olmayan hastalar dahil edildi. Hastaların cinsiyet, yaş, boy ve kilo bilgileri kaydedildi. Çalışma grubundaki 40 hastaya işlem yapılacak bölgeye işlemden 10 dakika önce lidokain HCl sprey; kontrol grubundaki 40 hastaya ise serum fizyolojik içeren sprey tegaderm+pad(3M)'e 3 defa sıkılarak yapıştırıldı. Tüm hastaların işlem öncesi, sırası ve sonrasındaki kalp hızı, SpO2 değerleri ile işlem öncesi ve sonrası vücut sıcaklıkları kaydedildi. Hastalara VAS ve NRS ölçükleri hakkında bilgi verildi ve formlar katılımcılar tarafından işaretlendi. 9 yaşından büyük olan hastalardan ayrıca önceki deneyimlerini de işaretlemeleri istendi.

BULGULAR: Çalışma grubu 16 (%40), kontrol grubu ise 27 (%67,5) kız hastadan oluşuyordu. İşlem bölgesi olarak 49 çocukta (%61,3) sol brakial bölge, 18 çocukta (%22,5) sağ brakial bölge, 7 çocukta (%8,8) sağ el dorsumu, 6 çocukta (%7,5) ise sol el dorsumu kullanıldı. İşlem öncesinde ölçülen kalp tepe atımı ve SpO2 açısından gruplar arasında anlamlı fark yoktu. İşlem öncesi ölçülen kalp tepe atımı her iki grupta da işlem sonrasına göre anlamlı yükseldi (sırası ile kontrol ve tedavi grubu (p:0.001; p:0.003) . Yaş ve cinsiyetten bağımsız olarak yapılan tüm hastalar(n:80) üzerinde yapılan NRS kıyaslamasında Tedavi (n:40) ve Kontrol (n:40) grubunun NRS_{total} verileri tedavi grubunda anlamlı derecede düşük bulunmuştur (p=0,001). Yaşa ve cinsiyete bağımlı olmadan yapılan VAS kıyaslamasında gruplar arası VAS değerlerinde; tedavi grubunda kontrol grubuna göre anlamlı derecede azalma saptanmıştır (p<0,001).Çalışma grubunda ortalama VAS skoru ve NRS kontrol grubuna göre anlamlı olarak düşük bulundu ve her iki skorlama arasında yüksek pozitif korelasyon görüldü.

Çalışma grubundaki 9 yaş ve üzeri hastaların daha önceki intravenöz girişimlerine göre belirlenen ortanca NRS skorları, çalışma kapsamında yapılan girişim deneyimlerine göre anlamlı derecede yüksek bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamızda çocuklarda intravenöz girişimden önce 10 dk boyunca topikal olarak uygulanan %10'luk topikal lidokain sprey ile ısılatılmış yamanın kontrol grubuna göre intravenöz girişimle ilişkili oluşan ağrıyı anlamlı seviyede azalttığını gösterdik (p<0,001).

Anahtar Kelimeler: intravenöz girişim, topikal lidokain, VAS, NRS

SS-066

Bildiri tam metin

Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Ve Çocuk Cerrahisi Öğrencilerinin Kan Ürünleri Ve Pediatrik Transfüzyon İle İlgili Eğitim Bilgi Ve Beceri Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Ece Söylem Avlaç¹, Süheyla Ocak²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ile Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencilerinin pediatrik kan transfüzyonunun doğru endikasyonda ve uygun dozda kullanımı ile olası komplikasyonlara uygun müdahalenin yapılması hakkında bilgi düzeylerini ölçmek ve bilgi düzeylerinin artırılması için eğitimin en etkin ne şekilde ve ne zaman verilmesi gerektiği hakkındaki düşüncelerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışma Haziran ve Kasım 2022 tarihleri arasında İstanbul'daki 4 Üniversite, 5 Eğitim Araştırma Hastanesi ve 2 Vakıf Üniversitesi'ndeki Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı ile Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencilerinden

200 hekim dahil edilerek yapılmıştır. Demografik özellikleri, yaptıkları rotasyonlar, kan transfüzyonu bilgi düzeyleri ve üzerine aldıkları eğitim süreleri ve eğitim almak istedikleri alanları sorgulayan online anket katılımcılara iletilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS versiyon 23.0 programıyla gerçekleştirilmiştir.

BULGULAR: 200 hekimin %92,5'i(n=185) Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, %7,5'i(n=15) Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı'nda çalışmaktaydı. Hekimlerin doğru cevap ortalaması %47 saptanmıştır. Hekimlerin %60'ı(n=120) kan ve kan ürünleri ile pediatri transfüzyon üzerine aldıkları eğitimin yetersiz olduğunu belirtmiştir. Katılımcılar en etkin öğrenmenin asistanlıkta pratik eğitim ve doktorluk pratiğinde gözlem yapma olduğunu belirtmiştir. 6 saat ve üzeri eğitim alan hekimlerin hiçbirinin bilgi düzeyini kötü ve çok kötü olarak değerlendirmedeği tespit edilmiştir. (p<0,001) Hekimlerin çoğunluğu transfüzyon reaksiyonları tanım ve yaklaşımı, kan ürünü seçimi ve özel durumlarda transfüzyon üzerine eğitimin gerekli olduğunu belirtmiştir. Bilgi düzeyini günlük tıbbi pratikte yeterli görenlerin çoğunluğunu ayda 5 ve üzeri transfüzyon orderı verenler oluşturmaktadır. Görülen vaka sayısı ve verilen order sayısı arttıkça tıbbi pratikte yeterli hissetme düzeyi artmıştır. (p=0,002) Çocuk Hematoloji-Onkoloji rotasyonu yapan hekimlerin doğru cevap ortalaması yapmayanlardan daha yüksek saptanmıştır. (p=0,002)

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı tıpta uzmanlık öğrencilerinin aldıkları pediatrik transfüzyon eğitiminin yeterli olmadığı ve eğitimin uzmanlık eğitimi süresince minimum 6 saat transfüzyon reaksiyonları tanım ve yaklaşımı, kan ürünü seçimi ve özel durumlarda transfüzyon üzerine yoğunlaşmış müfredat oluşturularak verilmesi gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. Çocuk Hematoloji-Onkoloji rotasyonunun yapılması ve uzmanlık öğrencilerinin pediatrik kan transfüzyonu sürecinde aktif rol almaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatrik kan transfüzyonu, kan ürünü, transfüzyon eğitimi

SS-067

Bildiri tam metin

Kliniğimizde üriner sistem enfeksiyonu tanısı alan 0-16 yaş arasındaki hastaların idrar kültürlerinde E. Coli ve Non-E. Coli saptananların özelliklerinin retrospektif olarak incelenmesi

Selin Akgül, Meltem Erol, Özlem Bostan Gayret, Övgü Büke, Ramazan Talşık, Abdulrahman Özel, Okan Yüce, Hale Ezgi Açma

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Çalışmada kliniğimizde üriner sistem enfeksiyonu nedeniyle takip edilen olgularda idrar kültüründe E. Coli ve Non-E. Coli üremesinin demografik verilere göre dağılımın ve sıklığının belirlenmesi, risk faktörlerinin saptanması, laboratuvar sonuçlarının ve ultrason bulgularının karşılaştırılması, patojenlerin antibiyotik duyarlılıklarının tanımlanması ve ampirik antibiyotik tedavilerinin seçimine katkı sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Hasta verileri retrospektif olarak incelendi. Kronik hastalar çalışmaya alınmadı. Üriner sistem enfeksiyonu olan hastalarda orta akım idrarda 100.000 koloni ve üzeri, torba ile alınan idrarda 100.000 koloni ve üzeri, mesane kateterizasyonu ile 10.000 koloni ve üzeri, suprapubik aspirayonla 1 koloni ve üzerinde üreme saptanan hastaların idrar kültürü pozitif olarak değerlendirildi. Çalışmaya 132 çocuk dahil edildi.

BULGULAR: E.Coli üreme oranı %50 idi. Non E.Coli olarak sınıflandırılan etkenlerden Klebsiella %29,6, Pseudomonas %2,3, Proteus %3,8, Stapylococcus %2,3, Enterobacter %9,1, Streptococcus %1,6, Acinetobacter %0,8 oranında üredi. E. Coli grubunda kız oranı, ateş görülme oranı, Non-E. Coli grubundan anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır. E. Coli grubunun nitrofurantoin ve ertapenem dirençli olma oranı anlamlı olarak düşük olup diğer antibiyotiklere direnç oranı her iki grupta yüksekti. Çocukların %47'sinde altta yatan risk faktörleri saptandı. E. Coli grubunda altta yatan risk faktörü görülme oranı anlamlı olarak düşük; E. Coli grubunun idrarda eritrosit, bakteri sayısı nitrit pozitifliği ve CRP değerleri, Non-E. Coli grubundan anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. E. Coli üreyenlerde USG'de anormallik görülme oranı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. USG'de anormallik görülenler ve görülmeyenler karşılaştırıldığında nötrofil lenfosit oranı, CRP, üre, kreatinin, BUN değerleri istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çocukluklarda üriner sistem enfeksiyonlarında etyolojide E. Coli ilk sıradadır.¹ Literatürde üriner sistem anomalileri ile Non- E. Coli etkenler arasındaki ilişki vurgulanmaktadır. Üriner sistemdeki anatomik, yapısal, fonksiyonel farklılıklar, taş, kitle gibi lezyonlar ÜSE için risk faktördür.² Çalışmamızda Non-E. Coli saptanan hastalarda risk faktörlerinin daha fazla olduğu, ultrasonlarda renal etkilenmenin belirgin olduğu görülmüştür. Üriner sistem enfeksiyonu tanısı koymanın en zor olduğu grup, 2 yaş altındaki çocuklardır.³ Bu yaş grubunda hastalar şikayetlerini ifade edemezler ve sıklıkla ateş, huzursuzluk, kusma, iştahsızlık gibi şikayetlerle başvururlar.¹ Hastalar değerlendirilirken bu durumlar dikkate alınmalı gerekli yönlendirmeler yapılmalıdır. Ayrıca çalışmamızda idrar yolu enfeksiyonu olan çocuklarda yüksek antibiyotik direnci olduğu görülmüştür. Profilakside direnç gelişimini arttırabileceği için geniş spektrumlu antibiyotik kullanımından kaçınılmalıdır.⁴ Hastalar tedavi edilirken antibiyotik seçiminde dikkatli davranılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: üriner sistem enfeksiyonu, idrar kültürü, E.Coli, Non E. coli

KAYNAKLAR:

1. A. Khan, R. Jhaveri, P. C. Seed, and M. Arshad, "Update on associated risk factors, diagnosis, and management of recurrent urinary tract infections in children," *J. Pediatric Infect. Dis. Soc.*, vol. 8, no. 2, pp. 152–159, 2019, doi: 10.1093/jpids/piy065.
2. B. Becknell, M. Schober, L. Korbel, and J. D. Spencer, "The diagnosis, evaluation and treatment of acute and recurrent pediatric urinary tract infections," *Expert Rev. Anti. Infect. Ther.*, vol. 13, no. 1, pp. 81–90, 2015, doi: 10.1586/14787210.2015.986097.
3. B. Schmidt and H. L. Copp, "Work-up of Pediatric Urinary Tract Infection," *Urol. Clin. North Am.*, vol. 42, no. 4, pp. 519–526, 2015, doi: 10.1016/j.ucl.2015.05.011.
4. N. Başoğlu and İ. İşlek, "The news in approach to the urinary tract infection in children," *Med. J. Bakirkoy*, vol. 15, no. 4, pp. 317–322, 2019, doi: 10.4274/BTDMJB.galenos.2019.20170810012213.

SS-068

Bildiri tam metin

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Pediatri Hasta Grubunda Venöz ve Arteriyel Laktat Düzeyi ve Diğer Kan Gazı Parametreleri Arasında Farkın Prognoza Etkisi

Ilayda Altun¹, Fatih Aygün¹

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım, İstanbul

Amaç: Hayatı tehdit eden, bir ve birden fazla organı, sistemi etkileyen kritik hastalıklar nedeni ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatan hastaların erken tanınip, derecelendirilmesi, risk faktörlerinin saptanması ile mortalite ve morbitenin azaltılması amacı ile yakın takip edilmesi gerekmektedir. Hızlı ve etkili sonuç verebilmesi nedeni ile kan gazı çocuk yoğun bakım ünitelerinde sık kullanılmaktadır. Arter kan gazı altın standart olmasına rağmen pediatrik hastalarda venöz kan gazına göre daha invaziv ve komplikasyon riski daha yüksektir.

Çalışmanın amacı, çocuk yoğun bakımda yatan pediatrik hasta gruplarında eş zamanlı bakılan arter ve venöz kan gazı parametrelerini karşılaştırarak hastalık prognozuna etkisi ve hangi hasta grubunda arterial kan gazını öncelikli hale getirmek olduğunu belirlemektir.

Gereç ve yöntem: Çalışmaya tek merkezli olarak Ocak 2021-Kasım 2021 tarihleri arasında değişik kritik hastalıklar nedeni ile Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde yatmış 1. Gün ve 2. Günde eş zamanlı arter ve venöz kan gazı bakılabilen 104 adet pediatrik hasta grubu alınmıştır. Hastaların elektronik ve yazılı tıbbi kayıtları, medikal araştırma etik kurallarına uygun olarak toplanmıştır. Hemogram, biyokimya, arter ve venöz kan gazı numunleri prospektif olarak alınmıştır. PRISM ve PELOD skorları hesaplanmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza katılan 104 hastanın 55,8 % sı (n= 58) erkekti, ortalama çalışmaya katılma yaşı 4,17 yıldır (min 0,01 -maks 17,89 y). Postoperatif izlem amaçlı ÇYBU yatışlarını haricinde , yatış tanılarına göre en sık solunum sistemi hastalıkları ve sepsis yer almaktaydı. Mortalite oranı 13,5 % saptandı.

Arter ve venöz kan gazı parametrelerinden pH, PCO₂, BE, HCO₃, laktat birbiri ile korele bulunmuştur .(1. Gün Spearman korelasyon katsayısı sırası ile 0,804, 0,836, 0,859, 0,889, 0,537.2.gün Spearman korelasyon katsayısı sırası ile 0,806, 0,829, 0,897, 0,769, 0,895). SPO₂, PO₂ ve O₂ Hgb değerlerinin(1. Gün Spearman korelasyon katsayısı sırası ile 0,227,0,240,0,292; 2.gün Spearman korelasyon katsayısı sırası ile 0,134,0,278,-0,212) korelasyonu zayıf bulunmuştur. ROC analizine göre AUC sırası ile en yüksek PRISM(AUC:0.920), PELOD(AUC:0.922), hastane yatış süresinden(AUC:0.835) sonra 2..günde bakılan venöz PCO₂(AUC:0.744), venöz laktat(AUC:0.712), arteriyel PCO₂(AUC:0.711), arteriyel laktat(AUC:0.706) ;1. Günde bakılan arteriyel laktat(AUC:0.700), venöz PCO₂(AUC:0.633), venöz laktat (AUC:0.660) değerleri gelmektedir. Arter ,venöz laktat değerleri,venöz PCO₂ değeri prognoz ile ilişkili bulunmuştur. PRISM, PELOD ve mortalite ile korele bulunmuştur

Sonuç: Arteriyel kan gazı analizine alternatif daha az invaziv olan venöz kan gazı analizi ÇYBU de kullanılabilir. Oksijenasyonun bozulduğu hastalıklarda SPO₂,PO₂ nin değerlendirilmesinde arteriyel kan gazı kullanılmalıdır. Hastaların prognoz takibinde, morbite ve mortalitesini erken belirlemede evrensel skorlamalara ek olarak laktat, PCO₂ ve ilk gün bakılan P(v-a)CO₂ parametreleri kullanılabilir.

Anahtar kelimeler: Arter ve Venöz Kan Gazı, Çocuk yoğun bakım Ünitesi, Kritik hastalık

SS-069

Bildiri tam metin

ÇOCUK YOĞUN BAKIMDA YATAN HASTALARDA BİYOBELİRTEÇLERİN SEPSİSLE İLİŞKİSİ ve PROGNOSTİK ÖNEMİ

Nursena Koloğlu Ateş¹, Fatih Aygün²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Yoğun Bakım Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Sepsis ve septik şok dünyada milyonlarca çocuğu etkileyen ve hayatı tehdit eden acil bir durumdur. Sepsisin erken tanınması sepsisli hastaların sonuçlarını iyileştirmede kritik bir öneme sahiptir. C-reaktif protein (CRP) ve prokalsitonin sepsiste en çok tercih edilen ve değerini kanıtlamış biyobelirteçler olup romatolojik ve cerrahi hastalar gibi birçok farklı durumda kan düzeyleri etkilenmektedir. Bu amaçla daha özgül ve duyarlı biyobelirteçler aranmaktadır. Bu biyobelirteçlerden presepsin ve pentraksin-3 son yıllarda üzerinde çalışılan belirteçlerden olup yenidoğan ve yetişkin sepsis hastalarında faydalı olabileceği düşünülmektedir. Biz de çalışmamızda presepsin ve pentraksin-3 ile sepsis ilişkisine ve bu yeni biyobelirteçlerin CRP ve prokalsitonin ile korelasyonuna bakmayı amaçladık.

YÖNTEM: Çalışmamıza Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Nisan 2022-Ekim 2022 tarihleri arasında sepsis ön tanısı ile yatırılan 51 hasta çocuk dahil edilmiştir. Kontrol grubu ise 55 sağlıklı çocuk ve enfeksiyonu olmayan 11 yoğun bakım hastası olmak üzere 66 çocuktan oluşmaktadır. Hasta grubundan 0.saat ve 48.saat olmak üzere iki kez, kontrol grubundan bir kez serum numunesi alındı ve presepsin ile pentraksin çalışıldı.

BULGULAR: Çalışmadaki sepsis ön tanılı yoğun bakım hastalarının 40'ında sepsis saptandı. Bu hastaların %55'i (n:22), kontrol grubunun %46,9'u(n:31) kızdı. Hasta grupta yaş ortanca değeri 2,92 yıl iken kontrol grubunda 3 yıl idi. Yatışı boyunca hastaların %10'u kaybedildi.

Sepsisi olan hastalarda pentraksin-3 ile CRP ve prokalsitonin korelasyonu saptanırken; presepsin ile CRP, prokalsitonin ve pentraksin-3 arasında korelasyon saptanmadı. ROC analizinde sepsis tanısında pentraksin-3'ün duyarlılığı (%86,3) ve özgüllüğü (%79,2) yüksekti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışmamız sonucunda Pentraksin-3'ün sepsisi tanımada prokalsitoninle korelasyon gösterdiği ve CRP'den daha üstün olduğu görülmüştür. Presepsin ise sepsisi tanımak için yeterli duyarlılık ve özgüllükte bulunmamıştır. Bu çalışma sepsis tanısında pentraksin-3'ün CRP ve prokalsitonine alternatif olarak kullanabileceğini göstermiştir.

Anahtar Kelimeler: Sepsis, Presepsin, Pentraksin-3, C-reaktif Protein, Prokalsitonin

SS-070

Bildiri tam metin

2022 Sonbaharında Solunum Yolu Etkenleri Çocuk Yoğun Bakım'da Ne Yaptı?

Ülkem Koçoğlu Barlas¹, Muhterem Duyu¹, Kübra Yılmaz²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

Bu çalışmada başlıca solunum yollarında patojen olan viral ve bakteriyel etkenlerin görülme sıklıklarının belirlenmesi, birlikte oldukları klinik tabloların ve bu tablolara uygulanan tedavi yöntemlerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla 2022 yılı Eylül, Ekim ve Kasım aylarında dokuz yataklı üçüncü basamak çocuk yoğun bakım ünitemize yatan ve ilk yatış anında alınan solunum yolu polimeraz zincirleme tepkimesi (PCR) pozitif olan olguların kayıtları geriye dönük olarak incelendi.

Belirlenen tarih aralığında üniteye kabul edilen toplam 135 olgunun 63'ünden (%46.6) PCR örneği alındı ve 52'sinde (%82.5) pozitif sonuç saptandı. En çok pozitiflik Kasım ayına aitti (%42.3). Panelde M. pneumoniae, Adenovirüs, Human Bocavirus, Respiratuar Sinsisyal Virus A/B, Parainfluenza virus 1-2-3-4, Influenza A/B, Rhinovirus/Enterovirus, Human Metapneumovirus, Coronavirus OC43-229E-NL63, B. pertussis, Human Parechovirus Y, H. influenzae, L. pneumophila, C. pneumoniae, S.pneumoniae, İnsan Corona Virüs HKU 1 RNA ve Sarscov-2 çalışılmaktadır. Buna göre en sık saptanan viral etken Rhinovirus/Enterovirus (%18), en sık saptanan bakteriyel etken H. influenza (%32) oldu. Olguların 18'i (%34.6) kız, 34'ü (%65.4) erkek cinsiyette olup tüm olguların yaş ortalaması 42.90±46.50 aydı. Olgularda en sık akut alt solunum yolu enfeksiyonları/problemleri saptanmış, bunun yanında status epileptikus, diyabetik ketoasidoz ve akut böbrek yetmezliği gibi farklı klinik tablolarla birliktelik görülmüştü. Olguların sadece 12'sinde (%23) altta yatan kronik hastalık mevcuttu, diğer olgular akut hastalık tanısıyla tarafımıza başvurmuştu. Olguların çocuk yoğun bakım yatış gün sayısı ortalaması 7.74±11.70 gün, hastane yatış gün sayısı ortalaması 11.62±12.79 gündü. En çok kullanılan solunum destek tedavisi Yüksek Akış Nazal Oksijen tedavisiydi (%37.5). H. influenza ve S. pneumoniae pozitifliği olan bir olguya Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu (ECMO) tedavisi uygulandı. H. influenza pozitifliği olan bir olgu trakeostomi açılarak taburcu edildi. Yine H. influenza ve S. pneumoniae pozitifliği olan ve diyabetik ketoasidoz tablosunda başvuran bir olguya uzamış metabolik asidoz nedeniyle sürekli venö-venöz hemodiyaliz yapıldı. En uzun çocuk yoğun bakım yatış gün sayısı 76 gün ile ECMO tedavisi uygulanan olguya aitti. Altı olguya (%9.3) herhangi bir solunum desteği verilmedi. Olguların Pediatric Risk of Mortality-3 (PRISM-3) skoru ortalaması 6.48±5.01 olup olguların hepsi taburcu edilmiş, kaybedilen olgu olmamıştı.

Solunum yolu PCR panelinde saptanan viral ve bakteriyel etkenler en çok solunum yolu ile ilgili hastalıklara sebep olsa da pek çok farklı klinik tablo ile birliktelik gösterebilirler.

Anahtar Kelimeler: bronşit, solunum, streptokok, ventilasyon, virus

Tablo 1: Etkenlerin dağılımı

H. influenza	25 (%32)
S. pneumoniae	21 (%27)
Rhinovirus/Enterovirus	14 (%18)
RSV	4 (%5)
Adenovirus	3 (%3)
Influenza A/B	2 (%2.5)
Parainfluenza 2/3	2 (%2.5)
Human Bocavirus	2 (%2.5)
Coronavirus	2 (%2.5)
Human Parechovirus	2 (%2.5)

Tablo 2: Tanılar

Bronkopnömoni/Pnömoni/Aspirasyon P.	23 (%38)
Akut Bronşiyolit/Akut Bronşit	18 (%30)
Status Epilepticus	4 (%6.7)
Astım Bronchiale Akut Atak	3 (%5)
Sepsis/Septik Şok	2 (%3.3)
Plevral Effüzyon	2 (%3.3)
Üst Solunum Yolu Enfeksiyonları	2 (%3.3)
Diyabetik Ketoasidoz	2 (%3.3)
Yabancı Cisim Aspirasyonu	1 (%1.6)
Hava Kaçağı Sendromları	1 (%1.6)
Akut Böbrek Yetmezliği	1 (%1.6)

Tablo 3: Olgulara uygulanan solunum destek yöntemleri

Yüksek Akış Nazal Oksijen Tedavisi	24 (%37.5)
İnvaziv Mekanik Ventilasyon	14 (%21.8)
Non-invaziv ventilasyon	10 (%15.6)
Sürekli Oksijen Tedavisi	8 (%12.5)
Solunum Desteği Yok	6 (%9.3)
Trakeostomi	1 (%1.56)
Ekstrakorporeal membran oksijenasyonu	1 (%1.56)

SS-071

Bildiri tam metin

TÜRKİYE'DE MEYDANA GELEN DEPREM FELAKETİ SONRASI PEDIATRİK YOĞUN BAKIM ÜNİTESİNDE TAKİP EDİLEN HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Arzu Gülseren¹, Buket Daldaban Sarıca¹, Gökçe Nur Yıldızoğulları², Adem Dursun³

¹Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi Bölümü, Kayseri

²Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kayseri

³Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bölümü, Kayseri

Hedefler ve Çalışma: 6 Şubat 2023 tarihinde, Türkiye saati ile 04:17'de ve 13:24'te merkez üssü Pazarcık ve Elbistan (Kahramanmaraş-Türkiye) olan 7,7 ve 7,6 büyüklüklerinde iki deprem meydana gelmiştir. Depremi etkilediği Türkiye'nin 11 ilinde en az 48.448 kişinin öldüğü ve 115.000 kişinin yaralandığı bildirilmiştir. En az 13.5 milyon kişinin etkilendiği bu depremler ve akabinde gerçekleşen artçı sarsıntılarla, başta bebekler ve çocuklar olmak üzere insanlar ciddi travmalar ve tıbbi zorluklarla karşı karşıya kalmıştır. Afet bölgesine komşu olan ilimiz Kayseri' ye sevk edilen depremzedelerin, çocuk yoğun bakım ünitelerimizdeki takipleri boyunca elde edilen tıbbi verilerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntemler: Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki ortalama değerleri karşılaştırmak için Student t-testi, iki grup arasındaki nominal değerleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı. Veri kaydı ve istatistiksel alan analizleri, Social Sciences yazılımı için Statistics Package (Sürüm 17, SPSS, Inc., Chicago, IL) kullanılarak yapıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların bir kısmı göçükten kurtarılan ve doğrudan depremden etkilenen hastalarken, bir kısmı da deprem sırasında başka medikal sebeplerle yoğun bakım ünitelerinde izlenen yenidoğan ve çocuk hastalardı. Deprem bölgesinden gelen 81 hasta değerlendirildi. Yaşları 5 gün-17 yaş arasında değişmekte idi. Hastaların % 40,2'si kız idi. 16 hasta entübe edilerek mekanik ventilatörde izlendi (% 19,7). Hastaların 42'sinde crush sendromu vardı (% 51,8). Hastalar hayatını kaybeden ($n= 9$, % 11,1) ve hayatta kalanlar ($n= 72$, % 88,8) olmak üzere ikiye ayrıldı. İki grup arasında yaş, hastanede kalma süresi bakımından anlamlı fark görülmedi ($p= 0,80$, $p= 0,29$). Gruplar arasında bakılan laboratuvar parametrelerinden BUN, kreatinin, CRP ve prokalsitonin değerleri bakımından anlamlı fark bulunmazken, albümin, laktat ve idrar çıkışları bakımından anlamlı farklılıklar izlendi ($p < 0,05$).

Sonuçlar: Yüksek şiddetteki depremler insanların yaşamlarını önemli derecede etkiler. Kayıplar ve organ hasarları sık görülür. Küçük yaş grubundaki kişiler de depremin yıkıcı etkileri ile önemli ölçüde zarar görür. Bu çalışma ile kendi merkezimize başvuran depremzede çocukların klinik ve laboratuvar verilerini sunmak istedik.

Anahtar kelimeler: Kahramanmaraş Depremi, Çocuklar, Crush sendromu

SS-072

Bildiri tam metin

Kahramanmaraş Depremi Sonrası Pediatrik Yoğun Bakım Ünitesinde Takip Edilen Hastaların Mortalite Skorlarının Değerlendirilmesi

Buket Daldaban Sarıca¹, Arzu Gülseren¹, Recep Deniz², Adem Dursun³

¹Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi Bölümü, Kayseri

²Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümü, Kayseri

³Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Bölümü, Kayseri

Hedefler ve Çalışma: 6 Şubat 2023 tarihinde Türkiye' nin güneyi ve Suriye, 9 saat arayla gerçekleşen 7,7 ve 7,6 büyüklüklerindeki iki deprem ile sarsıldı. Depremin etkilediği bölgelerde yaklaşık 50.000 kişinin hayatını kaybettiği kayıtlara geçti. Merkezimize, depremin yıkıcı etkilerinden doğrudan etkilenen çevre illerimiz başta Kahramanmaraş olmak üzere Malatya ve Hatay' dan hastalar gelmiştir. Bu çalışma ile Kayseri Şehir Hastanesi' ne kabul edilen yenidoğan ve çocuk hastaların travma skorları ile klinik bulgularının karşılaştırılması hedeflenmiştir.

Yöntemler: Tanımlayıcı veriler ortalama, standart sapma ve yüzde olarak ifade edilmiştir. İki bağımsız grup arasındaki ortalama değerleri karşılaştırmak için Student t-testi, iki grup arasındaki nominal değerleri karşılaştırmak için ki-kare testi kullanıldı. Veri kaydı ve istatistiksel alan analizleri, Social Sciences yazılımı için Statistics Package (Sürüm 17, SPSS, Inc., Chicago, IL) kullanılarak yapıldı. $p < 0,05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edildi.

Sonuçlar: Kayseri Şehir Hastanesi Çocuk yoğun bakım ünitesinde Crush sendromu ile takip edilen hastalar çalışmaya dahil edildi (n= 42). Hastaların 19' u kız, 23' ü erkek idi (K: % 45,2, E: % 54,7). Hastalar mortalite riski öngördürücüsü kabul edilen Pediatric Risk of Mortality Score (PRISM III) ve Glasgow Koma Skalası (GKS) bakımından klinik olarak değerlendirildi. PRISM III skoru <6 düşük risk, 6-16 orta risk ve 16 yüksek riskli olmak üzere üç grupta ve GKS skoru 3-8 ve 9-15 olmak üzere iki grupta değerlendirildi. Hastalar hayatta kalma, cinsiyet, uyruk, hasar (injury), renal replasman tedavisi (CRRT), fasiyotomi ve mekanik ventilatörde olma durumları bakımından değerlendirildi. PRISM III skor grupları arasında hayatta kalma durumu, injury ve mekanik ventilatörde olma durumları bakımından anlamlı farklılık gözlemlendi (sırasıyla $p < 0.001$, $p = 0.065$, ve $p < 0.001$). GKS skor grupları arasında hayatta kalma durumu, injury, CRRT ve mekanik ventilatörde olma durumları bakımından anlamlı farklılık gözlemlendi (sırasıyla $p < 0.001$, $p < 0.001$, $p < 0.001$ ve $p = 0.001$).

Sonuçlar: Depremler yıkıcı etkileri ile bilinirler. Bu çalışma ile göçükten kurtarılan Crush sendromlu çocuk yaş grubu ve yenidoğan hastaların mortalite skorları ile klinik durumları arasındaki anlamlı ilişki gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Deprem, Crush sendromu, Pediatrik mortalite skorları

SS-073

Çocuklarda Fleksibl Bronkoskopi Sırasında Sedasyon

Gulustan Musayeva¹, Fatih Aygün², Ayşe Ayzıt Sakallı³, Haluk Çokuğraş³, Rüya Meriç¹

¹İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

³İstanbul üniversitesi, Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Fleksibl bronkoskopi (FB), pediatrik hastalarda üst ve alt hava yollarının anatomik ve fonksiyonel değerlendirilmesi ile pulmoner enfeksiyonların tanısında önemli ve vazgeçilmez bir araçtır (1). Küçük çaplı FB cihazların keşfi ile çocuklarda çok daha sık kullanılmaktadır. FB kullanımını kısıtlayan en önemli sorun anestezi gerektirmesidir. Biz de bu çalışmamızda 15 aylık sürede FB yapılan 236 hastanın sedasyonu ve sedasyon komplikasyonlarını incelemeyi amaçladık.

YÖNTEM:Ocak 2022 ile Mart 2023 tarihleri arasında İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Göğüs Hastalıkları Kliniği'nde FB uygulanan hastalar çalışmaya dahil edildi. Hastaların tıbbi kayıtları incelendi ve demografik özellikleri, endikasyonları ile komplikasyonlar kayıt edildi. Tüm işlemler Çocuk Göğüs Hastalıkları öğretim üyeleri eşliğinde yapıldı. İşlem sırasında anestezi tek bir çocuk yoğun bakım öğretim üyesi eşliğinde yapıldı. Sedasyonda midazolam, ketamin ve propofol kullanıldı. Deksametazon intravenöz verildi ve işlem sonrası kontrendikasyonu yoksa flumazenil ile hasta uyandırıldı. Adrenalin nebül verildi.

BULGULAR:Çalışmamıza 236 hasta dahil edildi. Tüm işlemler özel olarak dizayn edilen çocuk binasındaki bronkoskopi odasında yapıldı. Hastaların 126(%53,4)'sı erkek olup ortalama yaşları 7,73±5,65 yıldı. 205 (%86,9) hastaya ayaktan 31 (%13,1) hastaya ise yatışı esnasında FB gerçekleştirildi. En sık FB endikasyonu tekrarlayan alt solunum yolu enfeksiyonuydu (%41,5). Toplamda 19 hastada komplikasyon gelişti ve üçü entübe edilecek majör komplikasyondur. İşlem bitiminde ekstübe edilip gözlem sonrası sorun yaşanmadı. Hastaların hiçbirinde işlem sırasında ve sonrasında arest gelişmedi, yoğun bakım ihtiyacı olmadı. Sedasyon için en çok midazolam+propofol kullanıldı (%88,1). Uyandırma için 197 (%83,5) hastaya flumazenil uygulandı ve yan etki görülmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuklarda FB uygulaması sırasında konforu ve işlem kalitesini artıran sedasyon uygulamasının düşük de olsa komplikasyon riski taşıyabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fleksibl bronkoskopi, sedasyon, komplikasyonlar

SS-074

Anormal Uterin Kanamalı Hastaya Yaklaşım: Tek Merkez Deneyimi

Ayşe Sena Dönmez¹, Aytül Temuroğlu²

¹Erzurum Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Erzurum

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:Anormal uterin kanama, uterin korpustan süre, hacim, sıklık ve/veya düzenlilik açısından anormal kanama olarak tanımlanır. Ağır adet kanaması >7 gün süren kanama ve/veya adet döngüsü başına >80 mL kan kaybı olarak tanımlanır. En sık nedeni hipotalamo-hipofizer-ovarian aksın olgunlaşmamış olması ile birlikte hematolojik nedenler de sık görülmektedir (%8-%62). Bu çalışmada anormal uterin kanaması olan hastalarda hematolojik problemlerin sıklığını ve hangi hastaların hematolojiye yönlendirilmesi gerektiğini incelemeyi planladık.

YÖNTEM:Bu çalışmaya adet kanamaları 7 günden uzun süren, 21 günlük siklustan daha sık olan ve bir siklusta artmış kan kaybı bulguları olan 105 hasta dâhil edildi. Olguların tam kan sayımı, koagülasyon testleri, demir parametreleri, ultrason görüntülemeleri ve endokrin değerlendirmeleri yapıldı. Anemi derecelendirilmesi için Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği sınır değerler kullanıldı (6,5-7,9 gr/L ağır 8-9,4 gr/L orta 9,5-10,9 gr/L hafif >12 gr/L normal).

BULGULAR:Çalışmaya dâhil edilen 105 hastanın ortalama yaşı 15,3 (min 11,3-max 19,3) idi. Hastaların %40'ı (n=42) menarşın ilk yılı içinde, %60'ı (n=63) bir yıldan daha uzun süredir menstruasyon dönemindeydi. Altmışaltı (%62,9) olgunun şikâyetleri ilk menstruasyondan itibaren vardı. Yetmiş hastanın 7 günden fazla kanaması vardı. Hastalar kanama epizodlarına göre sınıflandırıldığında 50 hastanın (%47,6) uzun süreli kanaması, 15 hastanın (%14,3) 21 günden sık kanaması, 17 hastanın (%16,2) aşırı adet kanaması, 5 hastanın (%4,8) sık ve aşırı kanaması, 18 hastanın (%17,1) uzun ve aşırı kanaması mevcuttu. Hastaların anemi derecesine göre gruplandırılması şekil-1' de gösterilmiştir.

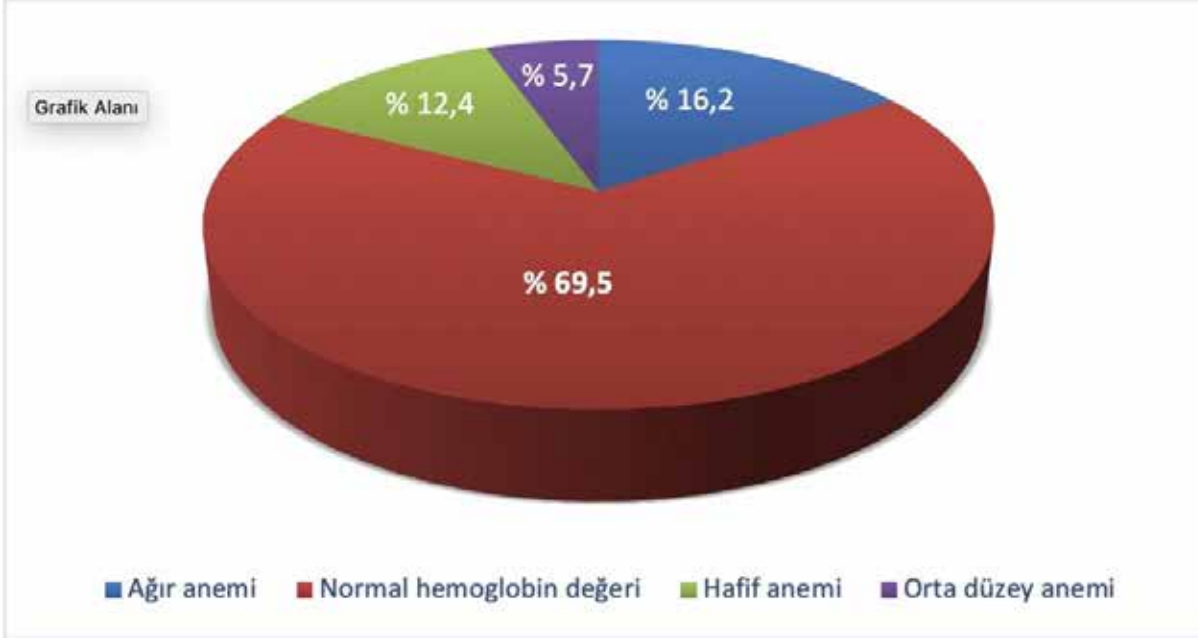
Hastalara pelvik ultrasonografi ile görüntüleme yapıldı. İki olgu polikistik over sendromu, dört olgu over kisti ve bir olgu arkuat uterus tanısı aldı (Tablo 1).

En sık nedenin disfonksiyonel uterin kanamalar olduğu (% 75,2) görüldü. Hematolojik nedenlerden en sık von willebrand faktör eksikliği olduğu bunlarında hafif eksiklik olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Anormal uterin kanamalar adolesan dönemde sık görülür ve etkilenen bireylerin hayat kalitesini düşürür. Hastaların ayrıntılı değerlendirilip gerekli görülürse ileri incelemeler yapılması uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Adolesan, Koagülasyon, Menstruasyon

Hastaların Anemi Derecesine Göre Değerlendirilmesi



Anormal Uterin Kanamalı Hastalarda Etyolojik nedenler

Alta yatan neden	Sayı=n (%)
Disfonksiyonel uterin kanama	n=79(%75,2)
Von willebrand faktör eksikliği	n=9(%8,5)
Faktör eksiklikleri	n=7(%6,6)
Yapısal nedenler (PCOS, basit kist vb)	n=6(%5,7)
Lösemi	n=1(%1)
Hiperprolaktinemi	n=1(%1)
Çölyak hastalığı	n=1(%1)
Glanzman trombastenisi	n=1(%1)

SS-075

Bildiri tam metin

PERİFERİK LENFADENOPATİ TANISI İLE BAŞVURAN ve TANISAL BİYOPSİ YAPILAN HASTALARIN RETROSPEKTİF DEĞERLENDİRİLMESİ

Senem Erşahin¹, İbrahim Kartal²

¹Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Ondokuz Mayıs Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ-AMAÇ: Lenfadenopati, enflamatuar veya neoplastik hücrelerin lenf düğümlerini istila ederek boyut ve yapılarını değiştirmelerine neden olan bir durumdur. Biz çalışmamızda periferik lenfadenopati tanısı ile başvuran ve tanısal biyopsi yapılan hastaları geriye dönük değerlendirdik.

GEREÇ-YÖNTEM: 01.01.2015 – 31.12.2020 tarihleri arasında OMÜ Pediatrik Onkoloji, Pediatrik Hematoloji, Kulak Burun Boğaz polikliniklerine periferik lenfadenopati tanısı ile başvuran ve tanısal biyopsi yapılan hastaların tamamının dosyaları geriye dönük olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Yapılan bu çalışmaya toplamda 2339 hasta dahil edilmiştir. 126 hastaya ise tanısal biyopsi yapılmıştır. Olguların %36,3'ü (n=850) kız, %63,7'si (n=1489) erkek idi. Hastaların yaş ortalaması 93,68±57,42 (min=1, max=220) ay saptanmıştır. Olgular etiyolojik nedenlerine göre malign, benign olarak tanımlandı. Buna göre; 126 olgudan %66,7'sinde benign nedenler, %27,6'sında malign nedenler saptanmıştır. Malign hastalık değerlendirme alan olgularda yaş ortalaması 143,30 ay ve ortalama lenfadenopati çapı 1-3 cm idi. (tablo 2) Tanı yaşı yönünden görülen fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,002) Benign hastalık kaydı alan olgularda yaş ortalaması 107,25 ay ve ortalama lenfadenopati çapı 1-3 cm olarak saptandı. (tablo 2) Benign grubu en sık neden reaktif lenf nodu (%58,3), malign grubu en sık neden lenfoma (%57,5) idi. Lenfadenopatinin yaygınlığı açısından değerlendirildiğinde olguların %65,9'unda lokal, %34,1'inde yaygın lenfadenopati vardı. (tablo 1) Laboratuvar parametreleri değerlendirildiğinde, lökositoz (p=0,006) ve sedimentasyon yüksekliği (p=0,003) malignite olanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (tablo 2) Muayene bulguları yönünden splenomegali (p=0,027), dispne (p=0,042) ve kemik hastalığı (p=0,024) malign olgularda daha fazla tespit edilmiştir, bu fark istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (tablo 2) Lenfadenopati yerleşim yeri malign potansiyel taşıma ihtimali olan olgulara yapılan biyopsi, malignite olanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p:0,001). Biyopsi zamanı yönünden, kliniğe başvurduktan 1-2 hafta içinde biyopsi olanlar, malignite olanlarda istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır. (p=0,002)

SONUÇ: Lenfadenopatilerin çoğunda neden tekrarlayan infeksiyonlara sekonder gelişen benign reaktif lenf nodu hiperplazisi olmakla birlikte çeşitli kanserlerin seyrinde ilk bulgu olarak da karşımıza çıkabileceği de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: lenfadenopati, etiyoloji, biyopsi

Kaynaklar:

1. Arinci KaEA, Anatomi, 2014;1(4):138-40.
2. Twist CJ, Link MP. Assessment of lymphadenopathy in children Pediatric Clinics. 2002;49(5):1009-25.

Tablo 1. Muayene Bulgularının Dağılımı

		n	%
LAP		126	100
LAP Yaygınlığı	Jeneralize	43	34,1
	Lokalize	83	65,9
	Total	126	100
LAP Yeri	Submandibular	24	1
	Ön Servikal	23	1
	Arka Servikal	17	0,7
	Supraklavikular	13	0,6
	Aksiller	12	0,5
	Preaurikular	11	0,5
	İnguinal	9	0,4
	Supraklavikular	6	0,3
	Postaurikular	4	0,2
Lap Boyutu	<1 cm	1	0,8
	1-3 cm	70	55,6
	>3 cm	55	43,7
	Total	126	100
BCG Skar		123	97,6
Hepatomegali		17	13,5
Splenomegali		9	7,1
Dispne		5	4
Kemik Hassasiyeti		5	4
Mediastinel Adenopati		4	3,2

Tablo 2. Muayene bulgularının Maligniteye Göre Değerlendirilmesi

		Benign		Malign		Total		p
LAPYaygınlığı	Jeneralize	23	(28,7)	18	(45,0)	41	(34,2)	0,077
	Lokalize	57	(71,3)	22	(55,0)	79	(65,8)	
LAPYeri	Servikal	35	(46,1)	14	(37,8)	49	(43,4)	0,052
	Submandibular	13	(17,1)	10	(27,0)	23	(20,4)	
	Preaurikular	8	(10,5)	3	(8,10)	11	(9,70)	
	Postaurikular	2	(2,60)	2	(5,40)	4	(3,50)	
	Supraklavikular	1	(1,30)	5	(13,5)	6	(5,30)	
	İnguinal	7	(9,20)	2	(5,40)	9	(8,00)	
	Aksiller	10	(13,2)	1	(2,70)	11	(9,70)	
LapBoyutu	<1 cm	1	(1,30)	0	(0,00)	1	(0,80)	0,251
	1-3 cm	47	(58,8)	18	(45,0)	65	(54,2)	
	>3 cm	32	(40,0)	22	(55,0)	54	(45,0)	
Mediastinel Adenopati	Yok	79	(98,8)	37	(92,5)	116	(96,7)	0,072
	Var	1	(1,30)	3	(7,50)	4	(3,30)	
Enflamasyon	Yok	73	(91,3)	34	(85,0)	107	(89,2)	0,299
	Var	7	(8,80)	6	(15,0)	13	(10,8)	
Dispne	Yok	79	(98,8)	36	(90,0)	115	(95,8)	0,042
	Var	1	(1,30)	4	(10,0)	5	(4,20)	
BCG Skar	Yok	3	(3,80)	0	(0,00)	3	(2,50)	0,215
	Var	77	(96,3)	40	(100,)	117	(97,5)	
Hepatomegali	Yok	72	(90,0)	31	(77,5)	103	(85,8)	0,064
	Var	8	(10,0)	9	(22,5)	17	(14,2)	
Splenomegali	Yok	77	(96,3)	34	(85,0)	111	(92,5)	0,027
	Var	3	(3,80)	6	(15,0)	9	(7,50)	
Kemik Hassasiyeti	Yok	79	(98,8)	36	(90,0)	115	(95,8)	0,024
	Var	1	(1,30)	4	(10,0)	5	(4,20)	

SS-076

Bildiri tam metin

Hodgkin Lenfomalı Çocuklarda Tanı Anında Nötrofil-Lenfosit Oranının ve Trombosit-Lenfosit Oranının Prognoza Etkisi

Chichak Veliyeva¹, Ayşe Özkan², İbrahim Bayram²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, ÇocukSağlığı ve Hastalıkları ABD, Adana.

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Onkoloji Bilim Dalı ve Pediatrik Kemik İliği Nakil Ünitesi, Adana.

Amaç: Nötrofil-lenfosit oranı (NLR) ve trombosit-lenfosit oranı (PLR), sistemik inflamatuvar yanıtların bir göstergesidir. Özellikle erişkin kanser hastalarında prognoz ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu çalışmada,Hodgkin Lenfoma (HL) tanısı alan çocuk hastalarda tanı anında bakılan NLR vePLR'nin prognoz ve diğer klinik bulgularla olan ilişkisini araştırmayı amaçladık.

Yöntem:Ağustos 2015 ile Aralık 2021 tarihleri arasında Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Onkoloji kliniğinde tanı alan ve tedavi edilen 62 HL'li hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalar Aralık 2022'e kadar prognoz açısından takip edildi. Hastaların klinik özellikleri ve laboratuvar sonuçları geriye dönük olarak değerlendirildi.

Bulgular:Hodgkinlenfoma tanısı konulan 62 hastanın 41'i erkek, 21'i kız idi (E/K= 1,95). Hastaların yaşları 34-210 ay (ortanca= 132 ay) arasında değişmekteydi. Genel sağkalım (GS) 3. yılda % 91, 5. yılda % 84 idi. Analizde NLR için ortalama değer 3,5, PLR için 199000 olarak saptandı. NLR'siortalamadan yüksek olan hastaların, düşük olanlara göreGS'si daha düşük saptandı (5. yılda GS sırasıyla % 70, %90). Ancak bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,27). Kız hastalarda erkek hastalara göre NLR değeri ortalamadan yüksek olanların sayısı daha fazla idi (sırasıyla kızlarda %62, erkeklerde %34, p=0,035) fakat,kız ve erkek hastaların GS'leri arasında istatistiksel açıdan fark yok idi(p=0,628). Bununla birlikte kız hastaların 45. aya kadar GS'lerinin %100 olduğu, 45. aydan sonra %82'e düştüğü görüldü. PLR'siortalamadan yüksek olan hastaların düşük olanlara göre GS'si daha düşük saptanmasına rağmen (5. yılda GS sırasıyla % 78, %88) bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (p=0,255). Evre III ve IV olan hastalarda düşük evredeki hastalara göre,PLR değeri ortalamadan yüksek olanların sayısı daha fazla idi(sırasıyla %46, %10,5, p=0,002). PLR'siortalamadan yüksek olanların düşük olanlara göre daha çok rekürrens yaptığı saptandı (sırasıyla %42, % 5,3, p=0,001).

Sonuç: NLR ve PLR'nin yüksek olması HL'de tanı anında prognozun ve takipte rekürrensin bir göstergesi olarak kullanılabilir. Daha geniş hasta grubu ile prospektif olarak yapılacak çalışmalar ile bu konunun daha anlaşılır olacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Hodgkin lenfoma, nötrofil-lenfosit oranı, trombosit-lenfosit oranı,prognoz.

SS-077

Onkoloji Hastalarında Yüksek Doz Metotreksat Tedavisine Bağlı Gelişen Hepatotoksisitenin Metilentetrahidrofolat Redüktaz Gen Mutasyonu İle İlişkisi

Ferhat Kaya¹, İbrahim Bayram²

¹Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Onkoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk çağı kanserlerinde sık kullanılan kemoterapötik ilaçlardan olan Metotreksat tedavide önemli bir bileşendir. MTX'in kullanımında; çevresel nedenlerin yanında bireyin genetik yapısındaki varyasyonların, ilacın etkinliği ve ilaç toksisite gelişimi üzerine etkisi olabileceği literatürde yer almaktadır. Literatürde metilentetrahidrofolat redüktaz(MTHFR) C677T ve A1298C polimorfizmlerinin, MTX metabolizması ile ilişkili olduğunu ileri süren çalışmalar mevcuttur. Çalışmalarda yer alan uyumsuzluklar nedeni ile MTHFR polimorfizmlerinin metotreksat toksisitesi ve karaciğer fonksiyon testi yüksekliğine etkisini incelemek amacıyla bu çalışmayı yaptık.

YÖNTEM:Çukurova Üniversitesi Pediatrik Hematoloji-Onkoloji Ünitesinde, kanser tanısıyla yüksek doz metotreksat verilen hastalar değerlendirilmiştir. Hastaların dosyalarından; demografik özellikleri, hastalara verilen metotreksat dozu ve uygulama süresi, tedavi sonrasındaki laboratuvar bulguları ve toksisiteyle ilişkili klinik bulgular retrospektif olarak incelenmiş olup, metilentetrahidrofolat redüktaz(MTHFR) gen polimorfizmi ise prospektif olarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Çalışmaya yüksek doz metotreksat tedavisi verilen 130 hasta dahil edildi. Hastaların %59,2'si (n=77) erkek, %40,8'i kız(n=53) idi. Tanı anındaki ortalama yaş 89,2±60,5 ay (6 ay-213 ay) idi. Hastalardan 22'si(%16,9) Non-Hodgkin Lenfoma, 19'u osteosarkom (%14,6), 89'u (%68,5) Akut Lenfoblastik Lösemi tanısıyla izlenmekteydi. Hastaların 38'ine(%29,2) 5 gr/m² dozunda, 46'sine(%35,3) 1 gr/m² ve altında, 17'sine (%13,1) 2gr/m² dozunda, 10'una (%7,7) 3gr/m² dozunda, 19'una (%14,6) 12 gr/m² dozunda metotreksat verilmiş olduğu saptandı. Klinik ve laboratuvar bulgularına göre 90 hastada (%69,2) toksisite geliştiği, 71 hastada (%54,6) karaciğer fonksiyon testlerinde yükseklik olduğu görüldü. Metotreksat toksisitesi ile metotreksat dozu arasında anlamlı ilişki saptandı (p=0,028). MTHFR gen polimorfizm analizine göre herhangi bir mutasyonu olan ve olmayanlar hastalarda toksisite görülme arasında anlamlı ilişki saptanmadı. Toksisite görülme oranları açısından karşılaştırıldıklarında; herhangi bir mutasyonu olmayan hastaların %69,2'sinde toksisite bulguları saptanırken, herhangi bir mutasyonu olan olguların %68,9'unda toksisite bulguları olduğu görüldü. Karaciğer fonksiyon testi yüksekliği ile MTHFR polimorfizmleri arasında anlamlı ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamızda metotreksat dozunun toksisiteyi belirleyen en önemli faktörlerden biri olduğu sonucuna ulaşılmıştır. MTHFR polimorfizmleri ile metotreksat toksisitesi ve karaciğer fonksiyon testlerinin yükselmesi arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Yüksek doz metotreksat, MTHFR polimorfizmi, Metotreksat toksisitesi

SS-078

Bildiri tam metin

Adenoid Hipertrofisi Olan Çocuklarda Ortalama Platelet Hacminin Değerlendirilmesi

Mehmet Tolga Köle¹, Hüseyin Dağ², Okan Dikker³, Vefik Arıca², Yusuf Öztürkü⁴, İbrahim Kandemir⁵, Murat Doğan², Habip Gedik⁶

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Tıbbi Biyokimya Kliniği, İstanbul

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Kulak Burun Boğaz Kliniği, İstanbul

⁵İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

⁶Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bakırköy Dr. Sadi Konuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Kliniği, İstanbul,

GİRİŞ: Adenoid hipertrofi (AH) çocukluk çağında sık görülen hastalıklardan biridir [1,2]. Yapılan çalışmalarda dünya çapında her yıl 600.000'den fazla yeni AH vakasının tanı aldığı ve sayının her yıl arttığı vurgulanmıştır [3]. AH çocuklarda üst solunum yolu tıkanıklığı, obstrüktif uyku apnesi ve hipoksinin en sık nedeni olması nedeniyle çocukluk çağında önemli bir hastalıktır [4]. Burun tıkanıklığı, oral solunum, hiponazal konuşma, horlama ve obstrüktif uyku apnesi (OUA), kronik sinüzit ve tekrarlayan orta kulak iltihabına neden olabilir [5]. Kronik olgularda ise kraniyofasiyal gelişimsel bozukluklara bağlı üst solunum sistemi bozuklukları, hipoventilasyon ve kor pulmonale görülebilir [6]. Ayrıca AH beslenmeyi de önemli ölçüde etkileyerek büyüme ve gelişme geriliğine sebep olabilir [5,7]. AH tanısında nazal endoskopi, nazofarenks palpasyonu ve röntgen önemli yer tutmaktadır [8].

Trombositler temel olarak tromboz ve hemostazda rol oynasa da yapılan çalışmalar trombositlerin enfeksiyon ve inflamasyonda da önemli role sahip olduğunu göstermiştir [9,10]. Aktive trombosit membranlarından salgılanan kemokinlerin immün yanıtta önemli rolleri olduğu ve ilk bağışıklık tepkisinde akut faz reaktanları olarak etki ettiği gösterilmiştir [11]. Trombositler aktive edildiğinde ya da kemokinler ve sitokinler gibi inflamatuvar faktörler salgılandığında boyutları artar [12]. Başka bir deyişle, ortalama trombosit hacmi (MPV) trombosit aktivasyonunu gösterir [4]. Daha büyük trombositler daha fazla aktivite gösterir ve daha büyük protrombotik potansiyele sahiptir [13]. Yapılan çalışmalarda hipertansiyon, hiperkolesterolemi, diyabet, akut miyokard enfarktüsü, inme ve şiddetli OUA' sinin MPV artışına neden olabileceği gösterilmiştir [14,15].

Çalışmamızda AH tanısı konulan çocukların trombosit dağılım genişliği (PDW) ve trombosit parametreleri (PLT) başta olmak üzere MPV değerlerini sağlıklı çocukların değerleriyle karşılaştırarak AH ile MPV değerleri arasındaki ilişkiyi araştırmayı amaçladık.

MATERYAL VE METOD: Bu prospektif kesitsel çalışma Ocak 2012 -Aralık 2014 tarihleri arasında Sağlık Bakanlığı Okmeydanı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde yapılmıştır. Çalışma hastanemiz etik kurulu tarafından 17.02.2015 tarihinde 275 numara ile onaylanmıştır. Bu çalışma "Adenoid hipertrofisi tanısı konulan çocuklarda ortalama platelet hacmi değerlendirilmesi" isimli uzmanlık tezinden üretilmiştir.

Çalışmamızda AH tanısı alan çocukların PLT ve PDW değerleri ile MPV değerleri sağlıklı çocuklarınkilerle karşılaştırıldı. Akut enfeksiyon, hematolojik hastalıklar, immün yetmezlik, orta veya şiddetli malnütrisyon, konjenital veya genetik hastalıklar, tekrarlayan ve/veya kronik akciğer hastalığı olan veya steroid tedavisi alan çocuklar

çalışmaya dahil edilmedi. Burun tıkanıklığı, horlama, hiponazal konuşma, oral solunum, dental ve kraniyofasiyal gelişim bozukluğu olan 'adenoid yüz' şikayetleri ile tekrarlayan sinüzit, otitis veya rinit gibi enfeksiyonlar ve uyku sırasında daha belirgin hale gelen solunum problemleri ile başvuran çocuklar, AH ön tanısı ile yönlendirildi. AH ön tanısı alan olgularda en sık görülen semptomlar olan horlama, tekrarlayan enfeksiyonlar, burun tıkanıklığı ve işitmede azalma olarak değerlendirildi. Azalmış işitme Kulak Burun Boğaz (KBB) uzmanı tarafından doğrulandı. KBB polikliniğine başvuran hastalarda, AH tanısı nazofarengoskopi ile doğrulandı. AH ile şikayetler arasındaki sıklık ve ilişki, şikayetlerin hem tüm olgularda hem de sadece hasta grubunda görülme oranı ve sıklığı hesaplanarak değerlendirildi. Laboratuvar parametreleri, AH olan ve olmayan gruplar arasında oluşturulan alt gruplar arasında ve şikayetlere göre karşılaştırıldı.

İstatistiksel Analiz

İstatistiksel analizde tanımlayıcı istatistiksel yöntemler (ortalama, standart sapma, ortanca, serbestlik ve oran, minimum, maksimum) kullanılmıştır. Student-t testi, normal dağılımlı değişkenlere sahip iki grup arasındaki nicel verilerin karşılaştırılmasında kullanıldı. Anlamlılık düzeyi $p < 0,05$ olarak kabul edildi.

SONUÇLAR: Çalışmada AH tanısı konulan 120 çocuk ve 120 sağlıklı çocuk değerlendirildi. Katılımcıların yaş aralığı 3 ile 16 yaş arasında olup yaş ortalaması $9,13 \pm 2,94$ idi. Çalışmada AH olan çocukların semptomları %45 'inde horlama, %43,3'ünde tekrarlayan enfeksiyonlar, %46,7'sinde burun tıkanıklığı ve %22,5'inde işitme azalması idi. Hasta grubunun ortalama MPV ($10,88 = 1,15$ fL) ve PDW değerleri ($16,43 \pm 0,63$ FL) sırasıyla sağlıklı kontrol grubuna ($9,84 \pm 1,04$ fL; $12,21 \pm 2,19$; $p=0,001$; $p: 0,001$) göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Gruplar arasında trombosit sayısında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu ($p=0,147$; Tablo 1).

Tablo 1. Gruplara göre laboratuvar değerlerinin karşılaştırması

	Toplam(n=240)	Hasta (n=120)	Kontrol (n=120)	p
	Ort±SD	Ort±SD	Ort±SD	
PLT ($10^3/\mu\text{L}$)	310854,17±81058,32	318458,33±83312,91	303250±78348,31	0,147
MPV (fL)	10,36±1,21	10,88±1,15	9,84±1,04	0,001**
PDW (fL)	14,32±2,66	16,43±0,63	12,21±2,19	0,001**

^aStudent-t Test * $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Olguların MPV, PDW ve PLT değerleri arasında cinsiyetleri ve horlama, tekrarlayan enfeksiyon, burun tıkanıklığı ve azalmış işitme durumlarına göre istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı ($p > 0,05$; Tablo 2).

Tablo 2. Hasta grupta şikayetlere göre laboratuvar değerlerinin karşılaştırması

Ort±SD		MPV	PDW	PLT
		Ort±SD	Ort±SD	
Cinsiyet	Erkek	10,83±1,03	16,52±0,55	325628,57±90689,50
	Kadın	10,94±1,30	16,314±,7214	308420±71407,17
		p 0,585	0,085	0,266
Horlama	Var	10,82±1,06	16,35±0,55	329759,26±88297,
	Yok	10,92±1,22	16,50±0,69	309212,12±78469,11
		p 0,623	0,192	0,180
Sık Enfeksiyon	Var	10,83±1,23	16,45±0,72	314269,23±77044,71
Geçirme	Yok	10,90±1,10	16,42±0,57	321661,76±88236,73
		p 0,721	0,761	0,632
Burun Tıkanıklığı	Var	10,92±0,98	16,51±0,64	322339,29±88683,76
	Yok	10,84±1,29	16,36±0,62	315062,50±78864,74
		p 0,721	0,182	0,635
Az Duyma	Var	10,64±1,11	16,54±0,69	305037,04±108941,23
	Yok	10,95±1,16	16,40±0,62	322354,84±74537,37
		p 0,221	0,328	0,344

Student-t Test

TARTIŞMA: Çalışmamızda AH saptanan çocukların ortalama MPV değeri kontrol grubundan istatistiksel olarak daha yüksekti. Bulgularımız MPV değerlerinin AH için tek başına belirteç olarak kullanılabileceğini göstermiştir. Kucur ve arkadaşlarının AH saptanan 104 olgu ve 100 normal grup olarak yaptıkları çalışmada AH olgularının ($8.25 \pm 1.1 / 7.5 \pm 0.9$ fL) MPV değerlerinin sağlıklı çocuklardan istatistiksel açıdan anlamlı olarak yüksek olduğunu göstermişlerdir [16]. Ayrıca iki grup arasında PLT ve PDW değerlerinde anlamlı bir farklılık yoktu ve adenoidektomi sonrası MPV değerleri normale döndüğü gösterilmiştir [16]. Çalışmamızda ise iki grup arasında PLT değerlerinde istatistiksel olarak fark yokken, AH olan çocuklarda PDW değerleri kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı derecede yüksekti. Varol ve arkadaşlarının yaptığı, 95 hastayı OUA hastasını içeren çalışmada ise hastalar hastalığın klinik şiddetine göre 3 gruba ayrılmıştır. Çalışmada MPV, şiddetli OUA'li hastalarda kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek (8.9 ± 1.0 'a karşı 8.2 ± 0.7 fl; $p = 0.01$) saptanmıştır [14].

Önder ve arkadaşlarının yaptığı ve 61 hastayı içeren çalışmada adenoidektomiden 3 ay önce ve sonra MPV, PLT ve PDW düzeyleri değerlendirildi ve aralarında anlamlı bir fark olmadığını gösterdiler [4]. Bu çalışmada bizim çalışmamıza göre daha az ve yaş olarak daha küçük bir grubu içeriyordu. Çalışmamızın aksine, MPV değerlerinin AH ve üst hava yolu tıkanıklığı ile ilişkili olmadığı belirtilmiştir [4]. Bu konuda daha geniş katılımlı daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Ülkemizde yapılan bir çalışmada AH ve / veya kronik tonsillit teşhisi konan ve adenoidektomi (92 hasta) veya adenotonsillektomi (108 hasta) uygulanan ve 240 sağlıklı kontrol üzerinde yapılan çalışmada, PLT değerleri adenoidektomi ($353 \pm 65 \times 103 / \mu\text{L}$) ve adenotonsillektomi ($345 \pm 70 \times 103 / \mu\text{L}$) gruplarında normal gruba göre ($307 \pm 87 \times 103 / \mu\text{L}$) istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır [17]. Çalışmamızda ise PLT değerleri AH olan çocuklar ile kontrol grubu arasında fark göstermedi. PLT değerleri ile horlama, sık enfeksiyon geçirme, burun tıkanıklığı ve işitme azalması gibi şikayetlerin varlığı arasında ilişki yoktu. Bu çalışmada MPV değerleri adenoidektomi olgularında sırasıyla 6.6 ± 0.8 fL, adenotonsillektomi olgularında 6.6 ± 0.7 fL ve kontrol grubunda 7.3 ± 0.9 fL olarak bulundu. MPV değerleri, kontrol ve ameliyat edilen vakalar arasında istatistiksel olarak anlamlıydı; opere edilen olgularda MPV değerlerinin daha düşük olduğu belirlendi [17]. Bu çalışmanın bulgularının aksine bizim

çalışmamızda AH olan çocuklarda MPV değerleri kontrol grubuna göre daha yüksek saptandı. Cengiz ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise operasyon öncesi MPV değerleri değerlendirilmemiştir [17].

Başka bir çalışmada ise AH olan 80 çocukta kardiyopulmoner değişiklikler araştırıldı. Bu çocuklarda kardiyopulmoner değişikliklerin nadir olmadığı, üst hava yolu obstrüksiyonunun erken tanı ve tedavisinin ciddi kardiyopulmoner komplikasyonları önleyebileceği belirtilmiştir [6]. MPV sistemik inflamasyona sekonder olarak yükselir. Çalışmalardaki farklı MPV bulguları, MPV sonuçlarının hastalığın akut ve kronik evrelerinde farklılık gösterebileceğini göstermiştir [6].

Sonuç olarak; sağlıklı çocuklara göre horlama, tekrarlayan enfeksiyonlar, burun tıkanıklığı, işitme azalması ve cinsiyet gibi şikayetleri olan çocuklarda MPV, PLT ve PDW değerleri anlamlı farklılık göstermedi. Adenotonsiller hipertrofinin neden olduğu üst hava yolu obstrüksiyonu, kronik hipoksi ile ilişkili kan parametrelerini değiştirmektedir. MPV değerleri AH olan çocuklarda sağlıklı çocuklara göre anlamlı olarak yüksek saptandı. AH olan çocuklar uzun vadede kardiyovasküler hastalıklar açısından izlenmelidir. Bu hastalarda erken tanı ve üst hava yolu obstrüksiyonunun erken tedavisi ciddi kardiyopulmoner komplikasyonları önleyebilir.

KAYNAKÇA

1. Kourelis K, Angelopoulou M, Goulioumis A, Fouzas S, Kourelis T. Surgery for adenotonsillar hypertrophy and otitis media in children is less demanded in quarantine times. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2022;158:111169.
2. De Luca P, Di Stadio A, Marra P, et al. Vitamin D Deficit as Inducer of Adenotonsillar Hypertrophy in Children with Obstructive Sleep Apnea-A Prospective Case-Control Study. *Children (Basel).* 2023;10(2):274.
3. Cao C, Xu Y. [The correlation between adenoid hypertrophy and allergic rhinitis]. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi.* 2019;33(4):381-384.
4. Onder S, Caypinar B, Sahin-Yilmaz A, Toros SZ, Oysu C. Relation of mean platelet volume with obstructive adenoid hypertrophy in children. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2014;78(9):1449-1451.
5. Scadding G. Non-surgical treatment of adenoidal hypertrophy: the role of treating IgE-mediated inflammation. *Pediatr Allergy Immunol.* 2010;21(8):1095-1106.
6. Abdel-Aziz M. Asymptomatic cardiopulmonary changes caused by adenoid hypertrophy. *J Craniofac Surg.* 2011;22(4):1401-1403.
7. Abdel-Aziz M, El-Fouly M, Elmagd EAA, Nassar A, Abdel-Wahid A. Adenoid hypertrophy causing obstructive sleep apnea in children after pharyngeal flap surgery. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2019;276(12):3413-3417.
8. Sikorska-Żuk M, Bochnia M. Halitosis in children with adenoid hypertrophy. *J Breath Res.* 2018;12(2):026011.
9. Jenne CN, Kubes P. Platelets in inflammation and infection. *Platelets.* 2015;26(4):286-292.
10. Elzey BD, Tian J, Jensen RJ, et al. Platelet-mediated modulation of adaptive immunity. A communication link between innate and adaptive immune compartments. *Immunity.* 2003;19(1):9-19.
11. Flad HD, Brandt E. Platelet-derived chemokines: pathophysiology and therapeutic aspects. *Cell Mol Life Sci.* 2010;67(14):2363-2386.
12. Bath PM, Butterworth RJ. Platelet size: measurement, physiology and vascular disease. *Blood Coagul Fibrinolysis.* 1996;7(2):157-161.
13. Varol E, Ozturk O, Yucel H, et al. The effects of continuous positive airway pressure therapy on mean platelet volume in patients with obstructive sleep apnea. *Platelets.* 2011;22(7):552-556.
14. Varol E, Ozturk O, Gonca T, et al. Mean platelet volume is increased in patients with severe obstructive sleep apnea. *Scand J Clin Lab Invest.* 2010;70(7):497-502.

15. Vizioli L, Muscari S, Muscari A. The relationship of mean platelet volume with the risk and prognosis of cardiovascular diseases. *Int J Clin Pract.* 2009;63(10):1509-1515.
16. Kucur C, Kulekci S, Zorlu A, Savran B, Oghan F, Yildirim N. Mean platelet volume levels in children with adenoid hypertrophy. *J Craniofac Surg.* 2014;25(1):e29-e31.
17. Cengiz C, Erhan Y, Murat T, et al. Values of mean platelet volume in patients with chronic tonsillitis and adenoid hypertrophy. *Pak J Med Sci.* 2013;29(2):569-572.

SS-079

Bildiri tam metin

Kistik Fibrosis Hastalarında Akut Böbrek Hasarı ve Sıklığı

Özge Kaynar¹, Rüveyda Gülmez², Hüseyin Arslan³, Haluk Çokuğraş³, Ayse Ayzit Kılınç Sakallı³, Nur Canpolat²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş: Kistik fibrozis (KF), otozomal resesif kalıtılan CFTR (kistik fibrozis transmembran regülatör protein) genindeki mutasyonların neden olduğu multisistemik bir hastalıktır. Akciğer tutulumu ilerleyici olup morbidite ve mortalitenin en önemli nedenidir. Böbrek tutulumu primer organ tutulumu olmamakla birlikte beklenen yaşam süresinin uzaması ile görülme sıklığı yıllar içinde artış göstermiştir. Böbrek taşı oluşumu ve akut böbrek hasarı (ABH) yanı sıra nefrokalsinoz, glomerulonefritler, tübülointertisiyel nefrit, vaskülit, amiloidoz ve diyabetik nefropati bildirilen olgular vardır. Bu çalışmanın amacı; KF tanılı hastalarda ABH sıklığını ve risk faktörlerini belirlemektir.

Yöntem: Bu geriye dönük tek merkezli çalışmada Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları polikliniğinde 2022-2023 yılları arasında takip edilen genetik tanılı 153 KF hastası çalışmaya dahil edildi. Tüm hastaların demografik ve klinik özellikleri, kullandığı ilaçlar (sistemik ve inhaler nefrotoksik ilaçlar, immün modülatörler, radyokontrast maddeler), kolonizasyon varlığı, son 1 yıl içindeki hastane yatış öyküleri ile serum kreatinin değerleri dosyalarından ve hastane otomasyon sisteminden kaydedildi. ABH, serum kreatinin değerinde >1,5 kat artış olarak tanımlandı.

Bulgular: Hastaların %54'ü erkek, ortalama yaşları 9.8±6.5 yaş, son bir yılda hastanede yatış oranı %27 idi. Tüm olguların %18'inde (n=28) ABH geliştiği görüldü. ABH olan ve olmayan hastalar karşılaştırıldığında, yaş, cinsiyet, kontrast madde ya da yeni nesil ilaç kullanımı açısından fark yoktu ancak ABH olan hastaların hastanede yatma oranı (%54 ve %21, p=0,001), hastanede yatış sayısı (1,2±1,6, ve 0,3±0,7, p<0,001), sistemik nefrotoksik ilaç kullanımı (%54 ve %19, p=<0,001), inhaler nefrotoksik ilaç kullanımı (%61 ve %38, p=0,022) ve kolonizasyon varlığı (%64 ve %30, p=0,001) ABH olmayan hastalardan anlamlı olarak yüksekti. Lojistik regresyon analizinde kolonizasyon varlığı ABH için bağımsız risk faktörü olarak saptandı (p=0,0037).

Sonuç: Kistik fibrozis tanılı hastalarda önemli oranda ABH geliştiği saptanmıştır. Kolonizasyon varlığı başta olmak üzere hastane yatışı, yatış sıklığında artış ve nefrotoksik ilaç kullanımı ABH gelişimi ile ilişkili bulunmuştur. Bu faktörlerin erken teşhisi ve yönetimi böbrek sağkalımına katkı sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: kistik fibrozis, akut böbrek hasarı, risk faktörleri

SS-080

Bildiri tam metin

Posterior Üretral Valv Tanılı Çocuklarda Mesane Hastalığı Varlığı ile Kronik Böbrek Hastalığı İlişkisi

Şevki Erdem Varol¹, Seha Kamil Saygılı², Özge Kaynar¹, Haluk Emir³, Nur Canpolat²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Posterior üretral valv (PUV) erkek çocuklardaki obstrüktif üropatilerin en sık sebebidir ve erken dönemde PUV rezeksiyonu yapılmış hastalarda bile mesane hastalığı gelişebilir. Mesane hastalığı, idrar inkontinansı ve idrar yolu enfeksiyonu gibi sorunlara neden olabileceği gibi kronik böbrek hastalığı (KBH) gelişimine katkı sağlayabilir. Bu nedenle mesane hastalığının tanı, tedavi ve takibi KBH gelişimini önlemek ya da progresyonunu yavaşlatmak için oldukça önemlidir. Bu çalışmamızda PUV tanısı ile izlenen hastalarda ürodinamik incelemelerle tanılandırılan mesane hastalığı ve KBH arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlandı.

Yöntemler: Bu tek merkezli geriye dönük çalışma için PUV tanısı ile izlenen 107 hastanın dosyaları tarandı. Bu hastalar içerisinde izlemde ürodinamik incelemesi olan 71 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastaların klinik özellikleri, son vizitteki serum kreatinin değerleri, ultrasonografik bulguları, ürodinami bulguları kaydedildi. Hastaların son vizitteki kan kreatinin düzeyleri ve boyları esas alınarak modifiye Schwartz formülü ile glomerüler filtrasyon hızı (GFH) hesaplandı. GFH <90 mL/min/1.73m² olan hastalar KBH olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların çalışma esnasındaki yaş ortalaması 12.1±5.1 yıl idi. Antenatal tanı oranı %48, ortanca operasyon yaşı 0.3 (IQR:1.1) yıl idi. Hastaların %59'u KBH olarak değerlendirildi. Ultrasonografik değerlendirmede %35 oranında tek taraflı, %28 oranında çift taraflı hidronefroz/hidroüreteronefroz saptandı. İşeme sistogramına göre 33 hastada (%49) vezikoüreteral reflü mevcuttu. Ürodinamik çalışmanın yapıldığı ortanca yaş 4.5 (0.5 – 19.2) yıl idi. Hastaların %11'inde küçük kapasiteli mesane, %44'ünde büyük kapasiteli mesane saptandı. Hastaların %51'inde (n=36) aşırı aktif detrüsör kontraksiyonu gözlemlendi, %66'sında (n=39) postmiksyonel rezidü saptandı. Tüm ürodinamik sonuçlar değerlendirildiğinde mesane hastalığı sıklığı %62 (n=42) idi. KBH olan hastalardaki mesane hastalığı sıklığı olmayanlara göre anlamlı derecede yüksekti (%83 ve %30, p=<0.000013).

Sonuç: PUV tanılı çocukların takiplerinde KBH gelişme riski göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle mesane hastalığı olan PUV tanılı çocukların KBH gelişimi için daha yüksek risk taşımaktadır. Mesanenin hem dolum hem boşaltım fazına ait bozukluklardaki artışı dikkat çekmektedir. Mesane hastalığının tespiti ve tedavisinin KBH hastalığının gelişimi ve progresyonu önem taşıyacaktır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Mesane Hastalığı, Posterior Üretral Valv, Ürodinami

SS-081

Bildiri tam metin

Periton Diyalizi Yapılan Çocuk Hastalarda Serum Copeptin Düzeyleri İle Peritoneal Transport Parametreleri Ve Biyoempedans Belirteçleri Arasındaki İlişki

Burak Ütük¹, İbrahim Gökçe², Harika Alpay²

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul

Amaç: Kronik böbrek hastalığı (KBH), böbrek işlevlerinde ve glomerüler filtrasyon hızında (GFH), üç aydan uzun olmak koşuluyla, ilerleyici ve geri dönüşümsüz bozulmaya verilen isimdir. KBH dünya çapında bir sağlık sorunudur¹. KBH'de hipovoleminin patofizyolojisi çoklu mekanizmalara dayanmakla birlikte arjinin vazopressinin (AVP) de rol oynadığı bilinmektedir. Copeptin, AVP'nin C terminalinde bulunan bir molekül olup, klinik çalışmalarda AVP yerine sıklıkla kullanılmaktadır². Çalışmamızda, periton diyalizi (PD) yapılmakta olan son dönem böbrek yetersizliği (SDBY) olan çocuk hastalarda copeptin düzeylerinin belirlenmesi, biyoempedans parametreleri (BİA) ve peritoneal eşitleme testinden (PET) elde edeceğimiz peritoneal transport parametreleri ile arasındaki olası ilişkilerin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı'nda takip edilmekte olan 37 PD hastası dahil edildi. Çocuk polikliniklerimize başvuran akut veya kronik herhangi bir hastalığı olmayan, hasta grubu ile aynı cinsiyet ve yaşlarda 37 çocuk kontrol grubunu oluşturdu. Hasta ve kontrol gruplarında serum copeptin seviyeleri değerlendirildi. Hastaların ayrıca periton diyaliz sıvısı copeptin düzeyleri, PET ve BİA parametreleri, rutin biyokimyasal parametreleri ile birlikte eş zamanlı olarak değerlendirildi ve aralarındaki olası ilişki incelendi.

Bulgular: Hasta grubunda serum copeptin seviyeleri kontrol grubuna göre anlamlı yüksek saptandı (7.31 ng/ml vs 2.55 ng/ml, p< 0.001) (Tablo 1).

Tablo 1. Hasta grubu ve kontrol grubunun yaş, cinsiyet ve serum copeptin düzeylerinin karşılaştırması.

	Hasta Grubu (n=37)	Kontrol Grubu (n=37)	P değeri
Yaş (ay), ortalama ± SS	107.6±59.14	108.7±58.29	0.937
Cinsiyet (n) (%)			
Kız	23 (62.2)	23 (62.2)	1.00
Erkek	14 (37.8)	14 (37.8)	
Toplam	37 (100)	37 (100)	
Serum copeptin (ng/ml), medyan (IQR)	7.31 (9.32)	2.55 (3.05)	<0.001

Kontrol grubunun serum copeptin düzeyleri ile yaş dağılımı arasında negatif ilişki saptandı (r= -0.596, p< 0.001) (Tablo 2).

Tablo 2. Kontrol grubunun serum copeptin düzeylerinin yaş ve cinsiyet ile ilişkisi.

	Serum copeptin (ng/ml)	P değeri
Yaş (ay) (n=37)	r= -0.596*	<0.001
Cinsiyet		
Kız (n= 23)	2.61 (3.58)**	0.695
Erkek (n= 14)	2.54 (2.18)	
Toplam (n= 37)	2.55 (3.05)	

* r Spearman korelasyon katsayısı, ** medyan (IQR)

Hasta grubunda serum copeptin düzeyleri ile yaş, cinsiyet arasında ilişki saptanmadı (Tablo 3).

Tablo 3. Hasta grubunda serum copeptin düzeyi ile ilişkili faktörler.

	Serum copeptin (ng/ml)	P değeri
Cinsiyet		
Kız (n=23)	8.38 (10.11)*	0.287
Erkek (n=14)	5.84 (6.25)	
Toplam	7.31 (9.32)	
Antihipertansif kullanımı		
Evet (n=23)	4.57 (8.78)*	0.416
Hayır (n=14)	8.49 (9.03)	
Yaş (ay)	r= -0.277 **	0.097
2.saat periton copeptin (ng/ml)	r= 0.137 **	0.426
4.saat periton copeptin (ng/ml)	r= 0.158 **	0.349
İdrar output (ml/kg/sa)	r= 0.133**	0.432

*Medyan (IQR), ** r Spearman korelasyon katsayısı

Hasta grubunda serum copeptin düzeyleri ile PET parametreleri [KpT/V (r= -0.166, p= 0.325), KprT/V (r= -0.147, p= 0.387)] arasında anlamlı bir ilişki bulunmadı (Tablo 4). Serum copeptin düzeyleri ile BİA parametreleri ve overhidrasyon (OH) arasında da anlamlı bir ilişki saptanmadı (Tablo 5).

Tablo 4. Serum copeptin düzeyleri ile peritoneal eşitleme testi (PET) verileri arasındaki ilişki.

	Serum copeptin (ng/ml)	P değeri
KpT/V ¹	r= -0.166	0.325
KrT/V ²	r= 0.001	0.996
KprT/V ³	r= -0.143	0.397
Kprtw/V ⁴	r= -0.147	0.387
Üre d/d0 ⁵ (0.saat)	r= -0.095	0.575
Üre d/d0 (2.saat)	r= -0.088	0.603
Üre d/d0 (4.saat)	r= 0.076	0.656
Kreatinin d/d0 (0.saat)	r= -0.098	0.565
Kreatinin d/d0 (2.saat)	r= 0.052	0.759
Kreatinin d/d0 (4.saat)	r= 0.207	0.219
Glukoz d/d0 (2.saat)	r= 0.119	0.482
Glukoz d/d0 (4.saat)	r= -0.065	0.703

*r Spearman korelasyon katsayısı, 1. KpT/V: Peritoneal Kt/V, 2. KrT/V: Renal Kt/V, 3. KprT/V: Peritoneal ve renal (total) Kt/V, 4. Kprtw/V: Haftalık peritoneal ve renal (total) Kt/V, 5. d/d0: Diyalizattaki belirli zamandaki / başlangıçtaki ilgili madde oranı

Tablo 5. Serum copeptin düzeyleri ile biyoempedans analizi (BİA) verileri arasındaki ilişki.

	Serum copeptin (ng/ml)	P değeri
Relatif hidrasyon durumu (%) (OH ¹ /ECW ²)	r= -0.247*	0.188
TBW ³ /BW ⁴ (L/kg)	r= 0.148*	0.434
ECW/BW (L/kg)	r= -0.122*	0.521
ICW/BW (L/kg)	r= 0.092*	0.630
OH/BW (L/kg)	r= -0.177*	0.351
OH (L)	r= -0.259*	0.166

* r Spearman korelasyon katsayısı, 1. OH: Overhidrasyon, 2. ECW: Ekstraselüler su hacmi,

3. TBW: Toplam vücut su hacmi, 4. BW: Vücut ağırlığı

Tartışma ve Sonuç: SDBY'li PD yapılan hastalarda serum copeptin düzeyleri sağlıklı gruba göre daha yüksektir, literatürde de yapılan çalışmalarda benzer sonuçlar elde edildiği gözlenmiştir³⁻⁵. SDBY hastalarında serum copeptin düzeyleri ile yaş ve cinsiyet arasında ilişki gözlenmedi. Kontrol grubunda da serum copeptin düzeyleri ile cinsiyet arasında ilişki gözlenmedi fakat yaş ile aralarında negatif ilişki saptandı. Serum copeptin düzeyi ile BİA ve PET parametreleri arasında belirgin bir ilişki saptanmadı. Literatürde çalışmamız ile benzer nitelikte, çocuk hastalar üzerinde yapılmış çalışma yoktur. Bu konuda, her yaş grubundan daha fazla hastanın katıldığı, prospektif çalışmalar yapılması gerektiği düşünüldü.

Anahtar Kelime: Copeptin, kronik böbrek hastalığı, son dönem böbrek yetersizliği, periton eşitleme testi, biyoempedans analizi, arjinin vazopressin, antidiüretik hormon, periton diyalizi, çocuk.

Kaynakça:

- [1] Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group., "KDIGO 2012 clinical practice guideline for the evaluation and management of chronic kidney disease," *Kidney Int Suppl.*, vol. 3, pp. 1–150, 2013.
- [2] M. Christ-Crain and W. Fenske, "Copeptin in the diagnosis of vasopressin-dependent disorders of fluid homeostasis," *Nat. Rev. Endocrinol.*, vol. 12, no. 3, pp. 168–176, Mar. 2016, doi: 10.1038/nrendo.2015.224.
- [3] J. S. Kim et al., "Copeptin in hemodialysis patients with left ventricular dysfunction," *Yonsei Med. J.*, vol. 56, no. 4, pp. 976–980, 2015, doi: 10.3349/ymj.2015.56.4.976.
- [4] W. Fenske et al., "Copeptin levels associate with cardiovascular events in patients with ESRD and type 2 diabetes mellitus," *J. Am. Soc. Nephrol.*, vol. 22, no. 4, pp. 782–790, 2011, doi: 10.1681/ASN.2010070691.
- [5] M. Fijałkowski et al., "Dialysate copeptin and peritoneal transport in incident peritoneal dialysis patients," *Int. Urol. Nephrol.*, vol. 51, no. 9, pp. 1667–1673, 2019, doi: 10.1007/s11255-019-02191-5.

SS-082

Bildiri tam metin

Hipertansiyon ile takipli çocuklarda serum ürik asit/kreatinin oranı: Yeni bir belirteç olabilir mi?

Emine Gülşah Özdemir¹, Ayça Arslanpınar Özak², Şeyma Kayalı³, Ayşe Derya Buluş⁴

¹Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi

²Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyolojisi

⁴Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi ve Metabolizma Hastalıkları

GİRİŞ – AMAÇ: Çocukluk çağında obezite ve hipertansiyon (HT) sıklığı artmaktadır. Son yıllarda yapılan çalışmalarda serum ürik asit/kreatinin (sÜA/Kre) oranının metabolik sendromda (MetS) prognostik bir biyobelirteç olabileceği gösterilmiştir. Bu çalışmada HT tanısı ile takip edilen hastaların klinik özellikleri ve sÜA/Kre oranı arasındaki ilişkiyi araştırmak amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Çalışmaya Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi polikliniğine 1 Kasım 2022 – 15 Mart 2023 tarihleri arasında kan basıncı yüksekliği nedeniyle başvuran ve tekrarlanan kan basıncı ölçümlerinin yüksek saptanması üzerine 24 saat ambulatuvar kan basıncı monitorizasyonu (AKBM) yapılan 63 hasta dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, obezite ve ek hastalık varlığı, hipertansif semptom varlığı, serum ürik asit ve kreatinin değerleri, hedef organ hasarı varlığını araştırmak amacıyla bakılan spot idrar protein/kreatinin oranı, transtorasik ekokardiyografi (EKO) bulguları ve göz muayenesi bulguları kayıt edildi. İstatistiksel analizler için SPSS 22.0 kullanıldı.

BULGULAR: AKBM yapılan 63 hastanın 26'sı kız, 37'si erkekti. Ortanca yaş 14.3 (ÇAA 12.5 – 16.3) saptandı. 43 hastada obezite (BMI>95p) mevcuttu. AKBM ile hastaların 58'inde (%92) HT tanısı teyit edildi. 58 hastanın 40'ında (%68.9) obezite ve 6'sında ek sistemik hastalık (3 hastada Tip 1 DM, 2 hastada hipotiroidi) mevcuttu. 52 hastanın (%89) hipertansif semptomu vardı. Tanı anında hedef organ hasarı tespit edilen 22 hastanın (%37.9) 8'inde sol ventrikül global hipertrofisi, 11'inde ventriküler septal hipertrofi ve 7'sinde Evre 1 hipertansif retinopati bulguları saptandı. Hastaların hiçbirinde proteinüri veya mikroalbuminüri saptanmadı.

sÜA/Kre oranına bakıldığında; HT olmayan hastalarda $6,5 \pm 0,77$ iken HT olan hastalarda $7,5 \pm 1,8$ ile daha yüksek olduğu görüldü ($p=0,25$). Obez olmayan hastalarda sÜA/Kre oranı $6,5 \pm 1,5$ iken obez hastalarda $7,8 \pm 1,8$ ile anlamlı olarak daha yüksek saptandı ($p=0,007$). Obez ve hipertansif hastalarda $7,9 \pm 1,8$ iken hipertansif olmayan obezlerde $6,4 \pm 0,92$ olarak daha düşük saptandı ($p=0,16$). Hedef organ hasarı olan ve olmayan hastalarda sÜA/Kre oranı bakımından anlamlı fark yoktu (sırasıyla $7,4 \pm 1,8$ ve $7,5 \pm 1,8$, $p=0,85$).

SONUÇ: Çalışmamızda sÜA/Kre oranı yüksekliğinin obezite ve hipertansiyon gibi MetS bileşenleriyle ilişkili olabileceği gösterilmiştir. sÜA/Kre oranının MetS patogenezindeki rolünü belirlemek için geniş ölçekli prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Hipertansiyon, Metabolik sendrom, Obezite, Serum ürik asit/kreatinin oranı

SS-083

Bildiri tam metin

Opere Meningomyeloselli Çocuk Hastaların Uzun Dönem İzleminde Nefrolojik Prognostik Faktörler: Tek Merkez Deneyimi

Fatma Uzun, Aslihan Kara, Buket Esen Açar, Esra Genç, Metin Kaya Gürgöze

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, çocuk nefroloji bilim dalı, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ: Meningosel/meningomyelosel medullaspinalisin en sık saptanan malformasyonudur. En sık eşlik eden anomali hidrosefali olmakla beraber, %9 oranında böbrek patolojileri görülmektedir (1). Bu bildiri, merkezimizde meningomyelosel tanısıyla takipli çocuk hastaların uzun dönem izlemlerindeki nefrolojik sonuçlarını sunmayı amaçladık.

GEREÇ-YÖNTEM: Fırat üniversitesi hastanesi çocuk nefroloji bölümünde takipli olan 2005-2023 yılları arasında meningomyelosel tanısıyla takipli olan 60 çocuk hastayı çalışmamıza dahil ettik. Hastaların demografik özellikleri (cins, yaş, prenatal tanı, folik asit kullanımı, akraba evliliği...) kaydedilerek, normal ve bozulmuş böbrek fonksiyonu olan hastalarda konjenital böbrek anomalileri, vezikoüreteral reflü, mesane işeme paterni ve üst sistem dilatasyonunu karşılaştırdık. Bu olgularda renal ultrasonografi, işeme sistoüretrografisi, temiz aralıklı kateterizasyon (TAK) ihtiyacı, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu olup profilaksi tedavisi alan ve izleminde antikolinerjik tedavi alan hastaları retrospektif olarak inceledik. Sık idrar yolu enfeksiyonu, renal skar veya atrofiden şüphelenilen hastalarda böbrek fonksiyon değerleri takip edilerek renal sintigrafi yapılan hastaları retrospektif olarak kaydettik.

BULGULAR: Çalışmamızda 60 hastadan 32 erkek, 28' i kızdı. Hastaların yaş ortalaması 10.5 (3 ay-18 yaş) idi. Ortalama takip süremiz 5 yıl, 3 ay idi. İzleminde nörojen mesane tanısı konularak TAK işlemi yapılan 38 (%63.3) hasta vardı. Genel olarak, anormal ultrason bulgusu olan hastalarda yapılan işeme sistoüretrografide mesane trabekülasyonu ve vezikoüreteral reflü (VUR) daha sık olarak saptandı. Tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu ve/veya VUR saptanan hastalara renal sintigrafi çekildi; fonksiyon kaybı ve renal hasar 12 hastada saptandı. Hipertansiyon beş hastada mevcuttu. Uzun vadeli takiplerimizde 10 hastada kronik böbrek yetmezliğine gidış saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Üst üriner sistemin risk altında olduğu çocukların belirlenerek erken dönemde TAK ve antikolinerjik tedavi ile mesane basıncının-reziduel idrarın azaltılması gerektiği; uygun dönemde yapılan TAK uygulaması ile KBY'ye gidişin azaltılabileceğini düşünmekteyiz (2).Bu uygulamalarla morbidite ve uzun dönem komplikasyonların azalabileceği hastaların yaşam kalitesinin daha da artacağı kanaatindeyiz.

ANAHTAR KELİMELER: meningomyelosel, nörojen mesane, temiz aralıklı kateterizasyon, kronik böbrek yetmezliği, vezikoüreteral reflü

KAYNAKLAR:

1-A. Kondo, O. Kamihira, H. Ozawa Neural tube defects: prevalence, etiology and prevention: prevention of neural tube defects Int J Urol, 16 (1). 2009; 49-57

2-Thorup J, Biering-Sorensen F, Cortes D. Urological outcome after myelomeningocele: 20 years of follow-up. BJU Int. 2011;107: 994-9.

SS-084

Bildiri tam metin

TERAPÖTİK ENDOSKOPIK TEDAVİ GEREKTİREN GASTROİNTESTİNAL SİSTEM KANAMALARININ ERKEN DEĞERLENDİRİLMESİNDE BELİRLEYİCİ KRİTERLER

Özge Günel¹, Burcu Volkan², Engin Tutar², Bilge Şahin Akkelle², Deniz Ertem²

¹Marmara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Marmara Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı

Giriş ve Amaç: Akut üst gastrointestinal sistem (GİS) kanamasıyla başvuran yetişkinlerde mortalite açısından yüksek riskli olan ve acil endoskopik müdahale gereken hastaları belirlemek için geliştirilip valide edilen skorlama sistemleri bulunmaktadır. Çocuklarda endoskopik müdahale ihtiyacını belirlemeye yönelik ilk ve tek risk sınıflaması Sheffield Skorlama Sistemi'dir (Tablo 1) (1). Çalışmamızda üst GİS kanamasıyla başvuran çocuklarda preendoskopik Sheffield skorlaması yapılarak terapötik endoskopik tedavi gerektiren kriterler araştırılmıştır.

Tablo 1. Sheffield skorlama sistemi.

		SKOR
ÖYKÜ	-Altta yatan kronik hastalık varlığı	1
	-Melena varlığı	1
	-Fazla miktarda hematemez varlığı	1
KLİNİK BULGULAR	-Kalp hızının yaşa göre normalden 20 atım/dk'dan fazla olması	1
	-Uzamış kapiller dolum zamanı (>2 sn)	4
LABORATUVAR PARAMETRELERİ	-Hemoglobinde >2 gr/dL düşüş olması	3
YÖNETİM VE RESÜSİTASYON	-Sıvı bolusuna ihtiyaç duyulması	3
	-Kan transfüzyonuna ihtiyaç olması (Hb <8 gr/dL)	6
	-Başka bir kan ürününe ihtiyaç duyulması	4
Toplam skor: 24, Kestirim değeri: 8		

Gereç ve Yöntem: Üst GİS kanamasıyla başvurup endoskopi yapılan 1-18 yaş hastaların demografik ve antropometrik özellikleri, vital bulguları, laboratuvar verileri, Sheffield skorları, endoskopik bulguları değerlendirildi. Sheffield skoru < 8 ve ≥ 8 olan gruplarla girişim yapılan ve yapılmayan gruplar Sheffield skorlamasının parametreleri ve ciddi kanamayla ilişkili olabileceği düşünülen parametreler açısından karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmamızdaki 45 hastanın (46 kanama epizodunun) yaş medyan değeri 9,0 yıl, 16'sı (%34,8) kız, 30'u (%65,2) erkekti. Sheffield skoru ortalaması 5,5±5,3, girişim yapılan hasta oranı %17,4'tü. Sheffield skoru ≥ 8 olan hasta oranı %26, ciddi lezyonu olan hasta oranı %21,7'yd. Sheffield skoru ≥ 8 olan ve girişim ihtiyacı olan gruplarda; melena varlığı, solukluk, ilk başvuru anında hemoglobinin < 8 gr/dL olması, hemoglobinde 2 gr/dL'den fazla düşüş, sıvı yükleme, kan transfüzyonu ihtiyacı anlamlı olarak yüksek bulundu (Tablo 2 ve 4).

Tablo 2. Girişim yapılan ve yapılmayan grupların özelliklerinin karşılaştırılması.

		Girişim İhtiyacı (-)	Girişim İhtiyacı(+)	
		n (%)	n (%)	p
Melena	(-)	26 (68,4)	1 (12,5)	0,004 X ²
	(+)	12 (31,6)	7 (87,5)	
Solukluk	(-)	34 (89,5)	4 (50)	0,022 X ²
	(+)	4 (10,5)	4 (50)	
İlk başvuru hemoglobin	< 8	2 (5,3)	4 (50)	0,005 X ²
	≥ 8	36 (94,7)	4 (50)	
Hemoglobinde 2 gr/dL'den fazla düşüş	(-)	31 (81,6)	2 (25)	0,001 X ²
	(+)	7 (18,4)	6 (75)	
Sıvı yükleme ihtiyacı	(-)	34 (89,5)	3 (37,5)	0,004 X ²
	(+)	4 (10,5)	5 (62,5)	
Kan transfüzyonu ihtiyacı	(-)	32 (84,2)	3 (37,5)	0,013 X ²
	(+)	6 (15,8)	5 (62,5)	

X² Ki-kare test (Fischer test)

Girişim yapılan grupta Sheffield skoru, midede lezyon varlığı, ciddi lezyon ve peptik ülser oranı anlamlı olarak yüksekti (Tablo 3).

Tablo 3. Girişim ihtiyacı olan ve olmayan grupların endoskopi bulgularının karşılaştırılması.

		Girişim İhtiyacı (-)	Girişim İhtiyacı (+)	
		n (%)	n (%)	p
Mide	Normal	28 (73,7)	3 (37,5)	0,047 X ²
	Lezyon (+)	10 (26,3)	5 (62,5)	
Ciddi Lezyon	(-)	36 (94,7)	0 (0)	0,000 X ²
	(+)	2 (5,3)	8 (100)	
Peptik Ülser	(-)	31 (81,6)	3 (37,5)	0,010 X ²
	(+)	7 (18,4)	5 (62,5)	

X² Ki-kare test (Fischer test)

Tablo 4. Sheffield < 8 ve ≥ 8 olan grupların özelliklerinin karşılaştırılması.

		Sheffield < 8	Sheffield ≥ 8	p
		n (%)	n (%)	
Melena	(-)	26 (76,5)	1 (8,3)	0,000 X ²
	(+)	8 (23,5)	11 (91,7)	
Hipotansiyon	(-)	32 (94,1)	8 (66,7)	0,033 X ²
	(+)	2 (5,9)	4 (33,3)	
Solukluk	(-)	32 (94,1)	6 (50)	0,001 X ²
	(+)	2 (5,9)	6 (50)	
İlk başvuru hemoglobin (gr/dL)	< 8	0 (0)	6 (50)	0,000 X ²
	≥ 8	34 (100)	6 (50)	
Hemoglobinde 2 gr/dL'den fazla düşüş	(-)	28 (82,4)	5 (41,7)	0,007 X ²
	(+)	6 (17,6)	7 (58,3)	
Sıvı yükleme ihtiyacı	(-)	30 (88,2)	7 (58,3)	0,025 X ²
	(+)	4 (11,8)	5 (41,7)	
Kan transfüzyonu ihtiyacı	(-)	34 (100)	1 (8,3)	0,000 X ²
	(+)	0 (0)	11 (91,7)	
Girişim İhtiyacı	Yok	31 (91,2)	7 (58,3)	0,010 X ²
	Var	3 (8,8)	5 (41,7)	

X² Ki-kare test (Fischer test)

Sheffield skoru ≥ 8 olan grupta; hipotansiyon varlığı ve kanamaya yönelik endoskopik girişim ihtiyacı anlamlı olarak yükseldi (Tablo 4). Çalışmamızda Sheffield skorunun duyarlılığı %62,5, özgüllüğü %81,6, pozitif kestirim değeri %41,7, negatif kestirim değeri %91,2 olarak saptandı. ROC analizi sonucunda Sheffield skorunun cut off değeri 4 olarak alınırda duyarlılık %100, özgüllük %65,8, pozitif kestirim değeri %38,1 negatif kestirim değeri %100 olarak bulunmaktadır.

Tartışma ve Sonuçlar: Çalışmamızda girişim yapılan hasta oranı %17,4, Yucel'in çalışmasında %15,1'di (2).

Çalışmamızda Sheffield skoru ≥ 8 olan hasta oranı %26, Aydemir ve ark.nın çalışmasında %30,9 (3), Sari ve ark.nın çalışmasında %36,7'ydi (4). Çalışmamızda üst GİS kanamasıyla başvuran çocuk hastalarda girişim ihtiyacı ve kanama ciddiyeti belirlenirken; melena, solukluk, hipotansiyon varlığı, hemoglobinde > 2 gr/dL düşüş olması, ilk başvuruda hemoglobinin < 8 gr/dL olması, sıvı yükleme ve kan transfüzyonu ihtiyacı değerlendirilmelidir. Sheffield skora sistemi güvenilirdir ancak duyarlılığı arttırmak için cut off değeri ileri çalışmalarla değerlendirilmelidir.

ANAHTAR SÖZCÜKLER: Çocuk, akut üst gastrointestinal sistem kanaması, Sheffield skora sistemi, terapötik endoskopi, peptik ülser, özofagus varisi

Referanslar

1. Thomson MA, Leton N, Belsha D. Acute upper gastrointestinal bleeding in childhood: development of the Sheffield scoring system to predict need for endoscopic therapy. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2015;60(5):632-6.
2. Yucel A. Evaluation of the Sheffield score, clinical characteristics, and the therapeutic approach in children with upper gastrointestinal system bleeding. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2022;26(21):7986-95.
3. Aydemir Y, Ulukapı HB, Barış Z. Çocuklarda klinik olarak anlamlı üst gastrointestinal sistem kanama için risk faktörleri. Endoscopy Gastrointestinal. 2020.
4. Novita Sari D, Soebagyo B, Wahyu Nugroho H. The role of sheffield score as a predictor of endoscopy requirement in children with gastrointestinal bleeding in dr. moewardi general hospital. Asia Pacific Journal of Pediatrics and Child Health. 2020.

SS-085

Bildiri tam metin

PEDİATRİK İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞI OLGULARIMIZDA EKSTRAİNTESTİNAL BULGULAR

Berfu Tokuç Ülgen¹, Bilge Ş. Akkelle², Engin Tutar², Deniz Ertem²

¹Marmara Üniversitesi, Çocuk sağlığı ve hastalıkları

²Marmara Üniversitesi, Çocuk sağlığı ve hastalıkları, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme

GİRİŞ VE AMAÇ: İnflamatuvar bağırsak hastalıkları (İBH) ile birlikte görülebilen gastrointestinal sistem dışı organ ve sistem tutulumları ekstraintestinal bulgular (EİB) olarak tanımlanmıştır. Kas-iskelet sistemi, cilt-mukoza, karaciğer-safra yolları ve gözü etkileyen ekstraintestinal bulguların pediatrik İBH tanılı olguların %9-%26'sında saptandığı bildirilmektedir. Bu çalışmada İBH kohortumuzdaki EİB'in değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Kliniğimizde İBH tanısı ile en az 2 yıldan beri takip edilen 2-18 yaş arasındaki olguların tanı ve takip bilgileri, prospektif olarak oluşturulmuş veri tabanı esas alınarak incelendi. İnfantil inflamatuvar bağırsak hastalığı (monojenik İBH) tanılı olgular çalışmaya dahil edilmedi. Hastalık şiddetinin değerlendirilmesinde pediatrik Crohn hastalığı aktivite indeksi (PCDAI) ve pediatrik ülseratif kolit aktivite indeksi (PUCAI) kullanıldı. EİB olan ve olmayan hastaların özellikleri karşılaştırıldı.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 171 İBH tanılı hastanın 35'inde (%20.5) EİB mevcuttu. Hastaların 23'ünde (%65) tanıda, 12'sinde (%35) ise takipte EİB saptandı. EİB saptanan 35 hastanın 5'inde (%14) birden fazla organ ve sistem tutulumu mevcuttu. Periferik ve aksiyel iskeleti ilgilendiren artrit/artropatiler (%39) ve cilt-mukoza bulguları (%29) en sık görülen bağırsak dışı bulgularıydı. Hepato-pankreato-biliyer sistem ilişkili bulgular (sklerozan kolanjit, otoimmün pankreatit) 4 hastada, oftalmolojik bulgu sadece 1 hastada saptandı. EİB olan ve olmayan hastalarda tanı yaşı (135±52'e karşı 152±44 ay) ve cinsiyet açısından istatistiksel anlamlı fark yoktu (p>0.05). EİB ülseratif kolit tanılı hastaların %21.6'sında, Crohn tanılı olguların ise %18.9'unda saptandı (p=0.66). EİB sıklığı, erken başlangıçlı ve erken başlangıçlı olmayan İBH olguları arasında benzerdi (p=0.08). EİB saptanan olguların tanıdaki orta-şiddetli hastalık aktivitesi, EİB saptanmayan hastalara göre daha yüksekti (%82.8'e karşı %58) ve aradaki fark istatistiksel olarak anlamlıydı (p=0.007).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Çalışma kohortumuzda EİB sıklığı literatür ile uyumlu olarak %20 civarında saptanmıştır. EİB saptanan olgularımızda tanıda hastalık şiddetinin daha yüksek saptanması, pediatrik İBH hastalarında EİB ile hastalık şiddeti arasında doğrusal ilişki olduğunu destekler niteliktedir. Pediatrik İBH'da EİB varlığının kötü prognostik gösterge olabileceği hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kronik Böbrek Hastalığı, Mesane Hastalığı, Posterior Üretral Valv, Ürodinami

SS-086

Bildiri tam metin

0-6 Aylık İnfantlarda İnek Sütü Protein Alerjisi Öngörüsünde İnek Sütü İlişkili Semptom Skorunun Kullanımı ve İnek Sütü Protein Alerjisi Sıklığı

Gülay Kaya¹, Hakan Çelik¹, Fazıl Orhan², Yakup Aslan³, Özlem Çakır⁴, Murat Çakır⁵

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hatalıkları Ana Bilim Dalı, Trabzon

²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Allerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, Trabzon

³Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, Trabzon

⁴Avrasya Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik, Trabzon

⁵Medikal Park Hastanesi, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme, Trabzon

GİRİŞ VE AMAÇ: İnek sütü protein alerjisi (İSPA), inek sütü proteinlerine karşı immünolojik mekanizmalar ile tekrarlayabilen bir şekilde oluşan bağışıklık yanıtıdır. Sıklığı konağın özelliklerine ve tanı için kullanılan yöntemle ilgili olarak %0.5-3 ile %1.9-4.9 arasında değişmektedir. İSPA öngörüsünde kullanılmak üzere inek sütü ilişkili semptom skoru (COMiSS) geliştirilmiştir. Bu çalışmada COMiSS skorunun Türk çocuklarında kullanılabilirliğini, en uygun kesme değeri belirlemek ve 0-6 aylık infantlarda İSPA sıklığını bulmayı amaçladık.

YÖNTEM: COMiSS skora sisteminin Türkçe versiyonu daha öncesinde kesin İSPA tanısı almış olgulara ve kontrol grubuna uygulanarak en uygun kesme değeri belirlendi. Daha sonra 01 Ağustos 2019-31 Mart 2020 tarihleri arasında hastanemizde doğmuş sağlıklı yeni doğanlar, 6 aylık olana kadar aylık İSPA ile ilgili şikayetler açısından sorgulandı. Şikâyeti olan bebeklerin ayrıntılı anemnezleri alınarak fizik muayenesi yapıldı. Olgulara COMiSS skoru uygulandı. COMiSS skoru kesme değerinin üstünde olan ve kanlı gaytası olan olguların hemogram, total İgE, süt ve yumurta spesifik İgE ve deri prick testi tetkikleri yapıldı. Eliminasyon ve yükleme diyeti ile İSPA tanısı kesinleştirildi.

BULGULAR: Ön çalışmaya daha önce yaş ve cinsiyet özellikleri benzer kesin İSPA tanısı almış 38 olgu ve kontrol grubu olarak 38 sağlıklı olgu alındı İSPA ve kontrol grubunun COMiSS skoru ortalama değerleri sırasıyla 13.52 ± 2.64 (13.5) ve 6.71 ± 2.80 (7.0) ($p < 0.001$) idi. COMiSS skoru için kesme değeri 10 alındığında duyarlılığı %89.47 (%95 CI %75.2-97.1) ve özgüllüğü %84.21 (%95 CI %67.7-94.0) olarak tespit edildi. Çalışmaya alınan 418 yeni doğanın takibinde toplam 12 (%2.9) olguya İSPA tanısı konuldu. COMiSS skorunun tanı anında, eliminasyon ve yükleme diyeti sonrasındaki farkı İSPA öngörüsünde anlamlıydı (13.33 ± 1.23 , 6.50 ± 1.50 ve 12.08 ± 1.67 $p < 0.001$). Ailede alerjik hastalık öyküsünün olmasının (%58.3 ve %15.5, $p = 0.001$) İSPA riskini arttırdığı saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: 0-6 aylık infantlarda İSPA sıklığı %2.9 olarak bulundu. COMiSS skoru İSPA öngörüsünde oldukça faydalı bir araçtır. İSPA düşündürülen semptomları olan, ailesinde alerjik hastalık öyküsü olan ve COMiSS skoru 10 üstünde olan olgularda İSPA akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnek sütü proteini alerjisi, inek sütü ilişkili semptom skoru, infant

SS-087

Bildiri tam metin

KRONİK KABIZLIĞI OLAN ÇOCUKLARDA KURŞUN DÜZEYİNİN İNCELENMESİ

Abdurrahman Zarif GÜNEY¹, Güzide DOĞAN²

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Kabızlık etyolojisinde birçok neden sorumlu tutulmaktadır. Etiyolojide en fazla suçlanan ağır metal kurşundur ve kurşun maruziyeti kabızlığın önlenabilir nedenleri arasındadır. Çalışmamızda; kurşun maruziyetini ve maruziyet kaynaklarını tespit edebilmek, kabızlığı olan çocukların kan ve saç kurşun düzeylerini belirlemek ve sağlıklı çocuklarla kıyaslamak, kan ve saç kurşun düzeyleri arasındaki ilişkiyi araştırmak, kurşunun kabızlık etyolojisindeki yerini değerlendirmek amaçlandı.

YÖNTEM: Kabızlığı olan 3-18 yaş aralığındaki 84 çocuk olgu grubunu, kabızlığı ve kronik hastalığı olmayan eşit sayıda sağlıklı çocuk kontrol grubunu oluşturdu. Katılımcılarda organik hastalıklar ekarte edildi. Katı, lifsiz gıdalarla beslenen, yeterli sıvı tüketmeyen hastalar çalışma dışı bırakıldı. Demografik bilgi formları oluşturuldu ve oturdukları evlerin yaşları, tadilat öyküsü, içme suyunun nasıl temin edildiği, çevresinde fabrika bulunma durumu ve ailede sigara içme öyküsü gibi bazı bilgiler kaydedildi. Kan örnekleri AAS, saç örnekleri ICP-MS yöntemiyle çalışıldı.

BULGULAR: Olgu grubunun kan kurşun düzeyi ortalaması 3,66 µg/dl, saç kurşun düzeyi ortalaması 1,26 µg/g; kontrol grubunun kan kurşun düzeyi ortalaması 1,61 µg/dl, saç kurşun düzeyi ortalaması 0,88 µg/g olarak saptandı. Kabızlığı olan çocukların kan kurşun düzeyleri kontrol grubuna göre yüksek saptanırken her iki grubun saç kurşun düzeyleri arasında ise anlamlı bir fark bulunmadı.

Kabızlığı olan çocukların % 48,8'inin; kontrol grubundaki çocukların ise %4,8'inin kan kurşun düzeyinin CDC tarafından 14 Mayıs 2021 tarihinde belirlenen referans değeri olan 3,5 µg/dl üzerinde olduğu görüldü.

Kan ile saç kurşun düzeyleri arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Kan kurşun düzeyleri cinsiyet ve yaştan etkilenmezken; saç kurşun düzeylerinin kızlarda ve küçük yaşlarda daha fazla olduğu görüldü.

Oturulan evin yaşı arttığında kurşun düzeylerinin arttığı görüldü. İçme suyu, evdeki tadilat öyküsü, ebeveynin sigara kullanması, yakınlardaki sanayi kuruluşu gibi kurşun maruziyet kaynakları araştırıldı ancak kurşun düzeyleri ile bu kaynaklar arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kronik kabızlığı olan çocuklarda kurşun maruziyeti araştırılmalı, risk etmenleri sorgulanmalı ve kabızlık etyolojisini aydınlatamadığımız çocuklarda kurşun düzeyi ölçülmelidir. Saç kurşun düzeyi; eksojen kurşun partiküllerinden, yaştan, cinsiyetten etkilenebileceğinden kan kurşun düzeyi ölçülmesi tercih edilmelidir. Böylece, kurşun maruziyeti olan çocuklar erken teşhis edilebilir ve kurşunun özellikle nörolojik olumsuz etkileri oluşmadan maruziyetin önüne geçilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kabızlık, kurşun, kan kurşun düzeyi, saç kurşun düzeyi

SS-088

Bildiri tam metin

DEPRESYON TEDAVİSİNİN DEPRESYON TANILI OBEZ HASTALARDA BESLENME ALIŞKANLIĞI ÜZERİNE ETKİSİ

Fadime Hasret Akman¹, Özlem Bekem¹, Fatma Sibel Durak², Tuğçem Şar², Utku Kaçmaz², Şükrü Onur Halaç¹, Çiğdem Ecevit¹, İlker Günay¹

¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

Amaç: Obezite ve depresyon günümüzde yaygın olarak görülmektedir. Bu komorbid durumlar için başarılı olabilecek tedavinin ideal olarak altta yatan ortak mekanizmaları hedeflemesi gerekmektedir. Bu bilgiler göz önünde bulundurularak; altı aylık depresyon tedavisinin depresyon tanılı obez çocuklarda, vücut ölçüleri, yeme davranışları, dikkatleri ve depresyon seviyeleri üzerindeki etkisini ölçmeyi hedefledik.

Yöntem: Çalışmamıza 2021 ile 2022 yılları arasında Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne başvuran ve Çocuk Psikiyatrisi uzmanı tarafından depresyon tanısı alan hastalar dahil edildi. Altı aylık depresyon tedavisinin öncesinde ve sonrasında vücut kitle indeksi ölçümleri, Çocuk Depresyon Ölçeği, Üç Faktörlü Beslenme Anketi, Barkley Çocuk Dikkat Anketi, Yıkıcı Davranım Bozuklukları için DSM-4'e dayalı Tarama ve Değerlendirme ölçeği, Okul Çağı Çocukları için Duygulanım Bozuklukları ve Şizofreni Görüşme Çizelgesi- Şimdi ve Yaşam Boyu Şekli ölçek ve anketleri uygulandı.

Bulgular: Çalışmaya katılan 35 çocuğun %54,3'ü kız, %47,7'si ise erkekti ve yaş ortalamaları 12,66±1,47 yıl olarak hesaplandı. Çalışmanın başında katılımcıların vücut ağırlığı ortalaması 81,43±17,67 kg iken, altı ay sonraki ölçümlerde bu değer 83,80±21,46 kg değerine ulaşmıştır. Çalışmanın başlangıcında bütün çocukların VKİ değeri ≥95 persentil olup, altıncı ay ölçümleri değerlendirildiğinde yedi çocuğun VKİ değerinin 95 persentil altına düştüğü görülmüştür. Altıncı ayın sonunda depresyon 12 çocukta düzelmisti. Çalışmanın sonunda SCT-Skor ve CDI skor ortalamaları başlangıca göre daha düşük bulundu (p<0,05). Üç Faktörlü Beslenme Anketi ortalaması 43,49±8,29 ve medyanı 44 [38-49] iken altıncı ay sonunda sırasıyla 41,63±8,81 ve 42 [35-47]'e gerilemişti (p<0,05).

Sonuç: Günümüzde çocukluk çağı obezitesi prevalansı gün geçtikçe artmakta ve çocuklar ile adolesanlarda çeşitli fizyolojik ve psikolojik komplikasyonlara neden olmaktadır. Bu çalışma ile altı ay uygulanabilecek bir depresyon tedavisinin hem vücut ölçüleri üzerinde hem de dikkat, yeme alışkanlıkları ve depresyon skorları üzerinde anlamlı derecede fark yaratabildiği gösterilmiştir.

Anahtar kelimeler: Depresyon, obezite, VKİ

SS-089

Bildiri tam metin

Eozinofilik Özofajitte 'Pediatrik Eozinofilik Özofajit Semptom Skoru (PEESS® v2.0)' nun Tanı ve Takipte Kullanımı

Erkan Akkuş¹, Ece Kuduban², Ömer Faruk Beşer¹, Fügen Çullu Çokuğraş¹

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

Giriş: Eozinofilik Özofajit (EoE) immun aracılı bir hastalıktır. Klinik şikayetleri olan hastalardan gastroskopi ile alınan biyopsilerde her alanda 15'ten fazla eozinofilin patoloj tarafından saptanması ile EoE tanısı konulur. Tedavi takibinde güncel olarak geçerli yöntem endoskopi ile biyopsi alınması ve eozinofilinin azaldığının gösterilmesidir. Bu çalışmada, Eozinofilik Özofajit (EoE) tanısı koyulan çocuklarda başvuruda ölçülen Pediatrik Eozinofilik Özofajit Semptom Skorunun (PEESS® v2.0) tanı öncesi ve tedavi sonrası değerlerini karşılaştırarak takipteki etkinliğini belirlemeyi amaçladık.

Metod: EoE (2-18 yaş arası) tanısı koyulan 38 pediatrik hastanın ebeveynlerine PEESS® v2.0 ölçeğindeki sorular soruldu. Dosyalarından başvuru semptomları, laboratuvar sonuçları, hastaların ayrıntılı öykü ve fizik muayene bulguları belirlendi. Ölçek skoru ile klinik tedavi yanıtı, şikayetlerin başlangıç yaşı ve tedavi öncesi ve sonrası skorun değişimi incelendi. Tanımlayıcı ve karşılaştırmalı istatistiksel verileri SPSS ver.26 kullanılarak elde edildi.

Sonuç: Toplam 35 EoE hastası dahil edildi (23 E, 12 Kadın), %65,7 erkekti. Ortalama yaş 8.8±4.1'di. Şikayetlerin başlama yaşı ortalama 4.9±3.8'di. Klinik iyileşme yanıtına göre PEESS tanı öncesi ve sonrasında anlamlı değildi (p:0.575, p:0.185). Tanı öncesi ve tedavi sonrası yapılan ölçek skorları anlamlı olarak azalmıştı (p<0.0001). Şikayetlerin başlama yaşına göre tanı öncesi skor anlamlıydı (p:0.009) ancak tedavi sonrası skor değişimi anlamlı değildi (p:0.68).

Tartışma: EoE takibinde literatürde kabul edilen takip parametresi diyet başladıktan 8-12 hafta sonra yapılan gastroskopi ve alınan biyopside eozinofil sayısının azalmasıdır. Çoklu besin kısıtlaması ve topikal steroid kullanılması gibi tedavi yöntemlerinin olduğu bu hastalıkta, özellikle diyet nedeniyle ve tekrarlayan endoskopi nedeniyle yaşa kalitesinin azaldığı bilinmektedir. Non-invaziv bir takip metodu olarak en değerli olanı PEESS v2.0 olup geniş çalışmalarla desteklenmesi gerekmektedir. Literatürdeki EoE hasta sayıları göz önüne alındığında çalışma grubunun yeterli olduğunu ve PEESS v2.0 ölçeğinin yaş küçüldükçe tanısız değerinin arttığını ve takipte anlamlı olarak etkin olduğunu gözlemledik.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik Özofajit, Pediatri, PEESS

SS-090

Bildiri tam metin

Primer Malnütrisyonunda Üst Gastrointestinal Endoskopi Bulgularının Değerlendirilmesi

Cansu Duran¹, Rabia Gönül Sezer Yamanel¹, Nevzat Aykut Bayrak¹

¹Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ: Malnütrisyon; bir veya daha çok besin öğesinin eksik veya dengesiz alınması sonucu ortaya çıkan patolojik bir durumdur. Bu durum mikro ve makro besin elementlerinin eksik veya dengesiz alımı ile enerji yetersizliği/fazlalığı ya da her ikisinin birlikteliği ile beraber olabilir. Malnütrisyon primer veya sekonder olabilir, sekonder malnütrisyon altta yatan bilinen bir patolojiye bağlıdır. Primer malnütrisyon ise yetersiz/yanlış beslenme, sosyo-kültürel nedenler, ekonomik durum ve çevresel birçok faktöre bağlı olabilir.

Bu çalışmada, primer beslenme yetersizliği olan, beslenme ve gıda takviyesi önerilerine rağmen malnütrisyonu devam eden ve gastrointestinal belirtileri olan çocuklarda üst gastrointestinal sistem endoskopi bulgularının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

YÖNTEM: Çalışmamız prospektif olup çocuk gastroenteroloji polikliniğinde büyüme ve gelişme geriliği saptanan, sekonder nedenlerin dışlandığı, ESPGHAN kriterlerine uygun olarak endoskopi endikasyonu alan, en az 6 ay beslenme desteğine rağmen büyüme ve gelişmesi geri kalmış 4-18 yaş arası hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Sonuçlar, devam eden çalışmamızın ön verileri olup, en az 50 hastanın dahil edilmesi planlanmaktadır.

BULGULAR: Çalışmaya dahil edilen 30 hastadan 18'i kız, yaş medyanı 11 yıldı.

Başvuru şikayetleri arasında mide ağrısı/dispepsi (%23), kilo alamama (%56), büyüme geriliği (%10), bulantı veya kusma (%11) sıklığı. Gomez sınıflandırmasına göre olguların %63'ü orta-ağır malnütreydi Orta üst kol ölçümü -2 ile -3 SDS arasında olan olguların oranı %33'tü.

Hastaların endoskopi ve histopatoloji sonuçları incelendiğinde %73'ünde kronik gastrit, %35'inde Helicobacter Pylori (Hp) enfeksiyonu, %23'ünde midede safra (alkalen reflü şüphesi) ve %13,3'ünde ülser saptandı. Sadece 1 olgunun hem endoskopisi hem de histopatolojik incelemesi normaldi. Yaş arttıkça Hp enfeksiyonu ve ülser görülme sıklığı artmaktaydı ($r^2: 0,69, p<0,05$).

SONUÇ: Malnütrisyon çocuklarda artmış mortalite ve morbidite ile ilişkilidir. Malnütrisyonu olan çocuklarda kronik gastrit, Hp enfeksiyonu, alkalen reflü ve peptik ülser sık rastlanan üst gastrointestinal sistem bulgularındandır.

Anahtar Kelimeler: Malnütrisyon, çocuk, gelişme geriliği, Z skoru, endoskopi

SS-091

Bildiri tam metin

Çölyak Hastalarında Glutensiz Diyetin Yıllara Göre Boy Uzamasına Etkisi ve Son Boya Ulaşanların Değerlendirilmesi

Demet Şeker¹, Hüseyin Tufan Kutlu²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa - Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Çölyak hastalığı (ÇH) genetik olarak duyarlı bireylerde, glutene karşı oluşan bir enteropatidir. ÇH büyüme gelişme geriliği nedenleri arasındadır. Bu çalışmanın amacı Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı'nda ESPGHAN (European Society of Pediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition) tanı kriterlerine göre ÇH tanısı almış çocukların glutensiz diyetle uyumunun boy uzamasına ve hedef boyu yakalama oranlarına etkisini göstermektir.

YÖNTEM: Dosyalar retrospektif olarak "İsim ve soy isim, doğum tarihi, tanı yaşı, cinsiyet, büyümeyi etkileyen ek hastalıkları, tanı anındaki ve poliklinik kontrollerindeki antropometrik ölçümler, anti-endomisyum ve anti-doku transglutaminaz IgA ve IgG antikörleri, anne ve baba boyları, hedef boyları, son boyları, glutensiz diyetle (GFD) uyumu" verileri açısından incelenmiştir. Büyümeyi etkileyen hastalığı olanlar çalışmadan çıkarılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamız Ekim 2000- Nisan 2021 tarihleri arasında polikliniğimizde takipli 83 hastanın geriye dönük dosyalarının taranmasıyla yapılmıştır. 8 hasta büyüme gelişmesini etkileyen hastalığının olması ve 10 tanesi takipsiz olması nedeniyle çalışmadan çıkarılmıştır. Hastalar GFD'ye uyan ve uymayan olarak ikiye ayrılmıştır. 43 kişi (%66) diyetle uyan grupta yer almaktadır. Çölyak hastalarının %29'unun (n:19) boy kısalığı şikayetiyle başvurduğu, %20'sinin (n:13) -2 sds altında olduğu görülmüştür.

Başlangıçta -3 sds'in altında 2 tane, -3 - -2 sds arasında 10 tane hasta mevcutken, son muayenelerinde -3 sds altında hasta yoktu. 3 hasta -2 - -3 sds arasında saptandı. Çalışmamızda diyetle uyan ve uymayanlar karşılaştırdığında hastaların boy, kilo ve vücut kitle indeksleri artmış olarak tespit edilmiştir, ancak iki grup arasında anlamlı fark saptanmamıştır. Boy uzama sds'lerindeki değişim miktarları diyetle uyanlarda anlamlı olarak saptanmıştır (p:0,034, p<0,05). Diyetle uymayanlarda ise anlamsız saptanmıştır (p>0,05).

TARTIŞMA VE SONUÇ: Glutensiz diyetin boy uzamasına olan katkısına dair ek çalışmalara ihtiyaç vardır. ÇH'li hastaların ailelerinin farkındalığını arttırmak amacıyla çalışmalar yapılmalı, gluten içermeyen gıdalara ulaşım artırılmalı ve yetkin diyetisyenlerle iş birliği yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Boy kısalığı, Çölyak Hastalığı, gluten, glutensiz diyet

SS-092

Bildiri tam metin

İNFANTİL KOLİK GELİŞİMİNDE ANNEDE GEBELİKTE ANKSİYETE BOZUKLUĞU VE DEPRESYON VARLIĞININ ROLÜ

Elif Yigit¹, Ali Kanık², Kayı Eliaçık³, Gonca Özyurt⁴, İbrahim Egemen Ertaş⁵

¹Cengiz Gökçek Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi Gaziantep, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

⁴İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

⁵İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Amaç: Annenin gebelikte yaşadığı depresyon ve anksiyete belirtileri ile infantil kolik riski arasında ilişkiyi belirlemektir.

Gereç ve Yöntem: Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Polikliniğine Eylül 2018-Temmuz 2019 tarihleri arasında rutin kontrol için başvuran, herhangi bir sağlık problemi olmadığı belirtilen 24-28. gebelik haftası arasındaki gebeler çalışmaya dahil edilmiştir. Çalışmaya katılan gebelerden bilgilendirilmiş onam formu alınarak yüz yüze görüşme yöntemi ile sosyodemografik özelliklerini içeren form doldurulmuş, ayrıca depresyon ve anksiyete durumunu belirlemek adına Beck Depresyon Ölçeği, Beck Anksiyete Ölçeğini içeren anket uygulanmıştır. Toplam 340 gebeye anket formları doldurturulmuş ve doğum sonrası 4-6. haftalar arasında bebekte Wessel kriterlerine uygun ağlama atakları olup olmadığı sorgulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya toplam 316 olgu dahil edildi. Bu olguların %31,6'sında (n=100) infantil kolik saptandı. Infantil kolik olan ve olmayan grup değerlendirildiğinde cinsiyet, doğum şekli, anne ve bebek yaş ortalaması, beslenme şekli açılarından fark saptanmadı. Ortalama doğum ağırlıkları infantil kolik olan grupta $3056 \pm 565,6$ iken kolik olmayan grupta ise $3267 \pm 483,3$ gr olarak saptandı ($p=0,001$). Ortalama anksiyete skorlarına bakıldığında özellikle anksiyete skoru 15 üzerinde olan (orta anksiyete) grupta infantil kolik görülme oranında anlamlılık göze çarptı ($p=0,010$) (Odds oranı:1.88, 95% güven aralığı: 1.16-3.05). Gebelikte yaşanan depresif duygu durumunun infantil kolik ile ilişkili olmadığı saptandı ($p= 0,099$).

Sonuç: Çalışmamızda gebelikte anksiyete skoru yüksek olan kişilerin bebeğinde infantil kolik görülme sıklığının yüksek olduğu saptanırken yüksek depresyon skoru ile infantil kolik arasında ilişki saptanmamıştır.

Anahtar kelimeler: infantil kolik, gebelik depresyonu, anksiyete

SS-093

Bildiri tam metin

Annelerdeki Anksiyete ve Depresyonun İnfantil Fonksiyonel Gastrointestinal Sistem Hastalıklarıyla İlişkisi

Seyhan Perihan Çobanoğlu Saf¹, Duygu Yılmaz¹, Coşkun Saf¹, Meltem Uğraş²

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Pediatrik Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme

Giriş ve Amaç: İnfantil fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları (İFGSH) bebek büyüdükçe ve geliştikçe düzelme eğiliminde olan, organik olmayan,tekrarlayan yakınmaların olduğu bir grup hastalığı içermektedir.En sık görülen İFGSH regürjitasyon, siklik kusma sendromu, infantil kolik, fonksiyonel ishal, diskezi ve fonksiyonel kabızlıktır. Term doğan infantlarda genel prevalans %50'dir. Biyopsikososyal model yaklaşımı, genetik, sosyal, çevresel, davranışsal ve fizyolojik süreçlerin birbirleriyle etkileşime girebileceğini varsayar ve erken yaştaki stresörlerin, genetik yatkınlık ile İFGSH'nın ortaya çıkmasına yol açacak risk faktörleri arasındaki karmaşık etkileşimleri tetikleyebileceğini vurgular. Annenin psikolojik durumu ile İFGSH oluşumu arasındaki ilişki tam olarak anlaşılamamıştır.

Yöntem: Annelere term infantların 1. ayında ve 6. ayında Beck Anksiyete Ölçeği ve Beck Depresyon Ölçeği uygulandı. Anksiyete ölçeğinde 8-15 puan hafif, 16-25 puan orta, 26-63 puan şiddetli düzeyde anksiyete; depresyon ölçeğinde 0- 9: minimal,10-16:hafif, 17-29:orta, 30-63:şiddetli depresyon olarak değerlendirildi. İnfantların 1.,2.,3.,4.,5. ve 6. aylarında annelerine fonksiyonel gastrointestinal sistem hastalıkları semptomları açısından Roma IV kriterleri doğrultusunda anket yapıldı.

Bulgular: Yirmi sekizi (%46) erkek,60 term infant çalışmaya dahil edildi.6 aylık takiplerinde infantların 55'inde(%91) diskezi,43'ünde(%71) infantil kolik,35'inde(%58) regürjitasyon,28'inde(%46) fonksiyonel kabızlık,20'sinde(%33) siklik kusma,14'ünde(%23) ruminasyon ve 2'sinde(%3) fonksiyonel ishal görüldü.Annelere uygulanan geliş Beck anksiyete ölçeğinde 7 annede minimal,3'ünde orta,1'inde şiddetli anksiyete saptandı.Anksiyetesi yüksek saptanan annelerin bebeklerinde en sık diskezi,regürjitasyon, ve fonksiyonel kabızlık mevcuttu.Geliş Beck depresyon ölçeğinde ise 46 annede minimal,11 hastada hafif,3 hastada orta depresyon görüldü.En sık diskezi,infantil kolik ve regürjitasyon olan annelerde depresyon mevcuttu.6. ayda tekrarlanan Beck depresyon ölçeğinde 49 annede minimal,11 annede hafif,1 annede orta derecede depresyon mevcuttu. 6. ay Beck anksiyete testinde ise 4 annede minimal,1 annede orta,1 annede şiddetli anksiyete saptandı.İnfantil kolik olan bebeklerin annelerinin depresyon skorlarında istatistiksel olarak anlamlı olmamakla birlikte önemli derecede artış olduğu gözlemlendi (p=0,085).

Tartışma ve Sonuç: Anne-bebek etkileşimi infantın zihinsel ve fiziksel gelişiminin önemli etmenlerinden biridir. Maternal psikolojik bozukluklar,infantil fonksiyonel gastrointestinal hastalıklarla ilişkili olabilir.Maternal psikolojik bozuklukların başlamasına infantların gastrointestinal semptomlarının mı neden olduğu veya infantların fonksiyonel gastrointestinal bozuklukların başlamasına annenin psikolojik durumuna bağlı olarak değişen bağlanma stiline neden olup olmadığı hala açık bir sorudur.Depresyon ve anksiyete altındaki annelerin erken tespiti konusunda dikkatli olunmalıdır.Daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: maternal anksiyete, maternal depresyon, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, infant

POSTER BİLDİRİLER

EP-002

Tek yumurta ikizlerinde Stevens-Johnson Sendromu

Tuğçe Aydın¹, Cahit Barış Erdur¹, Süleyman Nuri Bayram²

¹SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Stevens-Johnson sendromu nadir görülen mukokutanöz tutulumun olduğu bir aşırı duyarlılık reaksiyonudur. İlaçlar, enfeksiyonlar, kimyasallar etiolojide rol alabilir. Genetik yatkınlık ve bazı HLA alellere sahip kişilerde SJS riskinin arttığı bilinmektedir.

YÖNTEM: Bu vaka sunumunda tek yumurta ikizlerinde görülen nadir bir durumu sunduk.

BULGULAR: İlk OLGU: 9 yaşında erkek hasta 3 gün önce başlayan göz çevresinde, boyun ve kolda kızarıklık nedeniyle başvurdu. Antihistaminik tedavilere rağmen şikayetlerinde gerileme olmamıştı. Birkaç gün önce zeytin ağacına tırmanma (pestisit teması?) dışında hikayede özellik yoktu. Anamnez derinleştirildiğinde ikiz kardeşinde benzer lezyonlar olduğu öğrenildi.

Fizik muayenede genel durumu orta, vital bulguları stabildi. Göz çevresi ödemli ve kızarıklık, bilateral kolların fleksör yüzlerinde eritemli ağrılı lezyonlar mevcuttu. Deri üzerine parmakla bastırıldığında soyuluyordu. Ağız mukozasında soyulma, konjunktivada akıntı, korneada erozyon görünümü mevcuttu. Genital bölge tutulumu yoktu.

İkinci olgu: 9 yaşında erkek hasta 4 gün önce başlayan göz çevresinde, boyun ve kolda kızarıklık nedeniyle başvurdu. Antihistaminik tedavilere rağmen şikayetlerinde gerileme olmamıştı. Birkaç gün önce zeytin ağacına tırmanma (pestisit teması?) dışında hikayede özellik yoktu. Hastanın ikiz kardeşi SJS ön tanısıyla hospitalize edilmişti.

Fizik muayenede genel durumu orta, vital bulguları stabildi. Sağ kol fleksör yüzünde ve koltuk altında büllöz ağrılı lezyonlar mevcuttu. Deri üzerine parmakla bastırıldığında soyuluyordu. Sol kolda yaygın eritematöz lezyonlar mevcuttu. Ağız mukozasında soyulma ve penis başında eritematöz ağrılı lezyonu mevcuttu.

Benzer yakınmaları olan ikiz hastalar için alerji ve enfeksiyon bölümlerine danışıldı. Enfeksiyon kriterleri negatif, kan, idrar ve boğaz kültürlerinde etken izole edilmeyen hastalarda ön planda Stevens-Johnson Sendromu düşünüldü. Teikoplanin ve klindamisin tedavisi başlandı. İVİG tedavisi 1 gün 2 g/kg, 2 gün 1g/kg olacak şekilde uygulandı. Lezyonlara fusidik asit ve lidokain pomadla cilt bakımı yapıldı. Oral alımlarında azalma olması nedeniyle mayi desteği başlandı. Göz tutulumu için suni gözyaşı ve tobramisin damla lokal olarak uygulandı.

İzlemde lezyonlarında gerileme görüldü. Yatışlarının 17. gününde ailesinin tedavi red vermesi nedeniyle taburcu edildi. Etiyolojiye yönelik ileri tetkikleri yapılamadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Nadir olmasına karşın döküntüyle gelen her hastada mortalitesinin yüksek olması sebebiyle SJS tanısı akılda tutulmalıdır. Tanı ve tedavinin hızlıca yapılması mortaliteyi azaltan en önemli etkidir.

Anahtar Kelimeler: döküntü, ikiz, pestisit

EP-003

İnvaziv Grup A Streptokok Enfeksiyonuna Sekonder Gelişen Pediatrik Mastoidit Olgusu

Buse Kılıç¹, Meltem Önder¹, Yalçın Kara², Mahmut Can Kızıl², Ömer Kılıç², Mehmet Özgür Pınarbaşı³, Ener Çağrı Dinleyici⁴

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Kulak Burun Boğaz Ana Bilim Dalı, Eskişehir

⁴Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ: Mastoidit, mastoid kemikte bulunan havalı hücrelerin enfeksiyonu olarak adlandırılır ve çocukluk çağında sık görülmemekle birlikte başka ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Başlıca orta kulak enfeksiyonuna sekonder olarak özellikle tedavi edilmemiş ya da yetersiz tedavi edilmiş olgularda karşımıza çıkar.

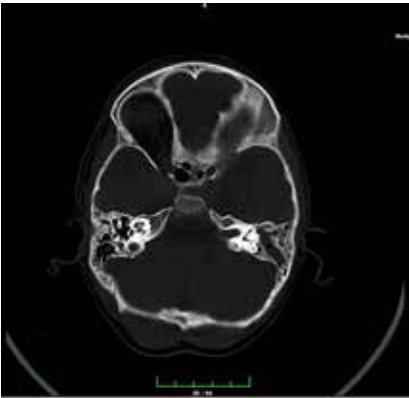
YÖNTEM: Burada İnvaziv Grup A Streptokok enfeksiyonuna sekonder gelişen pediatrik mastoidit olgusu sunulmuştur.

BULGULAR: Ateş, kulak ağrısı ve kusma sebebiyle acil servise başvuran beş yaş erkek hastanın öyküsünde şikayetlerinin dört gündür olduğu, ateşinin düşmemesi nedeni ile başvurduğu öğrenildi. Fizik muayenede sol timpanik membran mat ve bombeydi, bilateral ön servikal bölgede milimetrik lenfadenopatiler saptandı. Laboratuvar tetkiklerinde Hb 11,2 g/dl, lökosit sayısı 8830/ mm³ (nötrofil 7800/mm³, lenfosit 840/ mm³), trombosit sayısı 269000/mm³, c-reaktif protein 325,6 mg/dl idi. Penisilin allerji öyküsü ve ailede anafaksi ve anafaksik şok öyküsü olması üzerine, yatırılarak klindamisin tedavisi başlandı. Takibinde kulak ağrısı devam eden, kulak etrafında hassasiyeti olan hasta mastoidit ön tanısıyla Kulak Burun Boğaz Anabilim Dalı'na konsülte edildi. Kranial görüntülemesinde, solda mastoidit ve sinüs ven trombüsü ile uyumlu bulgu saptanan hastaya, mastoidektomi yapıldı ve düşük molekül ağırlıklı heparin tedavisi başlandı. Tedavisine meropenem ve vankomisin tedavisi eklendi. Kan kültüründe Streptococcus pyogenes üremesi saptanan hastanın vankomisin tedavisi kesildi. Takipte ateş yüksekliği olmayan, akut faz rektanları gerileyen hastanın tedavisi 15 güne tamamlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Mastoidit nadir görülür ancak ciddi komplikasyonlara neden olur. Çocuklarda komplikasyon gelişimini en aza indirmek açısından akut otitis media erken teşhis ve tedavi edilmeli, kulak ve kulak arkasındaki ağrı ile başvuran çocuklarda mastoidit akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: otitis media, mastoidit, sinüs ven trombozu, streptococcus pyogenes

Kranial Bilgisayarlı Tomografi



EP-004

Kızamık Vakalarında Korkutan Artış

Aslı Samsa Ödemiş¹, Belkis Hatice İnceli², Döndü Nilay Yıldırım², Ergin Çiftçi², Halil Özdemir²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Kızamık, Paramyxoviridea ailesinden bir RNA virüsünün neden olduğu dünya çapında ortaya çıkan oldukça bulaşıcı bir viral hastalıktır. Enfeksiyon ateş, halsizlik, öksürük, nezle ve konjunktivit ile karakterizedir ve bunu ekzantem takip eder. Bulaşıcılık süresinin, döküntünün ortaya çıkmasından önceki 5 gün ile sonrasındaki 4 gün arasında olduğu tahmin edilmektedir. Son dönemde artan kızamık vakaları nedeniyle 4 kızamık vakası sunulacaktır.

YÖNTEM: Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı tarafından takip edilen 4 kızamık vakası sunulacaktır.

BULGULAR:

Vaka 1. 6 yaşında erkek, 6 gündür devam eden en yüksek 40°C ateş, kusma ve ateşin üçüncü gününde başlayan yüzünde ve ensesinde başlayıp gövde ve ekstremitelere yayılan basmakla solan birleşme eğiliminde makülopapüler döküntü ile başvurdu. Eşlik eden bilateral konjunktiviti mevcuttu. Tetkiklerinde BK:5950/mm³, TNS:3560/mm³, TLS:2110/mm³, Hb:11,8g/dL, PLT:170.000/mm³ ve CRP:16mg/L olarak saptandı. Kızamık düşünülen hasta Çocuk Enfeksiyon Servisi'ne yatırıldı.

Vaka 2. 4 yaşında kız, ateş, öksürük ve ateşin 6. günü başlayan önce sol bacağına daha sonra tüm vücutta döküntüleri olması üzerine başvurdu. Tetkiklerinde BK:13470/mm³, TNS:11070/mm³, TLS:1580/mm³, Hb:13 g/dL, PLT:349.000/mm³ ve CRP:89mg/L olarak saptandı. Kızamık şüphesi ile Çocuk Enfeksiyon Servisi'ne yatırıldı.

Vaka 3. 9 yaşında erkek, Thala-00emia major ile takipli olup KİT sonrası 10. ayında olan hasta, ateş ve gövdede başlayıp ekstremitelere ve yüze yayılan döküntü ile başvurdu. Tetkiklerinde BK:5200/mm³, TNS:3580/mm³, TLS:1190/mm³, Hb:12,4g/dL, PLT: 81.000/mm³ ve CRP:31mg/L olarak saptandı. Kızamık şüphesi ile seroloji gönderilerek Çocuk Enfeksiyon Polikliniği'nde takip edildi.

Vaka 4. 6 yaşında erkek, boyunda şişlik, gövdeden başlayıp yüze ve ekstremitelere yayılan döküntü ve hepatosplenomegali ile başvurdu. Tetkiklerinde BK:23.570/mm³, TNS:7960/mm³, TLS:14.110/mm³, Hb:13,3 g/dL, PLT:253.000/mm³, LDH:504 U/L ve CRP:0,3 mg/L olarak sonuçlandı. Kızamık düşünülen hastadan seroloji gönderilerek Çocuk Enfeksiyon Polikliniği'nde takip edildi.

Hastaların hepsinin aşıları takvime uygundu. Hastalardan THSK'ye de Kızamık için örnek gönderildi ve Kızamık IgM pozitif saptandı. Hastaların bildirim yapıldı. Akciğer grafilerinde patoloji saptanmadı. Hiçbirinde komplikasyon gelişmedi. Temaslılarında kızamık enfeksiyonu görülmedi ancak bir hastanın Hematoloji Polikliniği'nde temas etmiş olduğu hastalara IVIG verildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kızamık otitis media, pnömoni, krup, trakeit, bronşiyolitits obliterans, ishal, ensefalit (1-3/1000) ve Subakut sklerozan panensefalit (SSPE) (1/100000) gibi ciddi komplikasyonlara neden olabilir. Bu nedenle tanınip tedavi edilmesi ve bulaşın önlenmesi son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Döküntü, Kızamık

Vaka 1



Vaka 2



Vaka 3



Vaka 4



Vaka5



Vaka 6



Vaka7



EP-005

Monkeypox ile Karışan Pediatrik Kutanöz Leishmaniasis Olgusu

Yüksel Öztürk¹, Berra Nur Aksakal¹, Yalçın Kara², Mahmut Can Kızıl², Ömer Kılıç², Ener Çağrı Dinleyici³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları BD, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım BD, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ:Monkeypox ateş, halsizlik, yorgunluk, baş ağrısı, veziküler ve püstüler döküntü ile karakterize viral bir zoonozdur. Kutanöz leishmaniasis ise enfekte dişi tatarcık sineğinin ısırması ile bulaşan ve ülsere nodüler lezyonlarla karakterize paraziter bir hastalıktır. Burada monkeypox ile karışan pediatrik kutanöz leishmaniasis olgusu sunulmuştur.

YÖNTEM:Altı yaş erkek hasta ateş, ayakta ve bacakta döküntü ve yara şikayetiyle başvurdu. Öyküsünden, ailenin Sudanlı olduğu fakat ülkemizde yaşadığı, 2 hafta önce Sudan Seyahat öyküsü olduğu öğrenildi. Elindeki yaraların yaklaşık 2 haftadır olduğu, önce içi sıvı dolu olduğu sonrasında kurutlandığı öğrenildi.

BULGULAR:Fizik muayenesinde, ayakta parmak aralarında birkaç adet veziküler ve püstüler şekilde, bilateral bacak ön yüzde ise çok sayıda etrafı kurutlu, ortası nekrotize döküntüler mevcuttu. Hastanın başvurusu sırasında, monkeypox hastalığının giderek daha yaygın olarak görülmeye başlanması ve hastanın Sudan'a seyahat öyküsü olması üzerine, dermatoloji bölümü ile konsülte edilerek, monkeypox açısından referans laboratuvara, PCR için yara yeri ve kandan örnek gönderildi. Takip ve izolasyon için servise yatırıldı. Hastanın takibinde referans laboratuvara, monkeypox açısından gönderilen numuneler negatif olarak sonuçlandı. Hastadan kutanöz leishmaniasis açısından, lezyondan alınan örnek giemsa ile boyanarak incelendi ve amastigotlar görüldü. Hasta mikrobiyoloji ve dermatoloji bölümleri ile birlikte değerlendirilerek, hastada kutanöz leishmaniasis düşünüldü ve sistemik meglumin antimonat tedavisi başlandı. 2 Haftalık tedavi sonrası lezyonlarda gerileme olan hasta, poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kutanöz leishmaniasis, uluslararası seyahat, göç ve mültecilerden sonra sadece endemik bölgeler değil, tüm dünyada nispeten yaygın bir durum haline gelmiştir. Monkeypox ise endemik bölgelere seyahat öyküsü olan, ateş, halsizlik, veziküler ve püstüler döküntü varlığında akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Monkeypox, Kutanöz Leishmaniasis, Çocuk

Şekil 1: Sağ ayak palmar yüz; büllöz lezyon



Şekil 2: Sağ kolda 2 adet lezyon



EP-006

Respiratuar Sinsityal Virüse Bağlı Gelişen Bradikardi Olgusu

Müberra Canbaz¹, Emine Güneş¹, Yalçın Kara², Mahmut Can Kızıl², Ömer Kılıç², Ener Çağrı Dinleyici³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut solunum yolu enfeksiyonları çocukluk çağı mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenleri arasındadır. Etken yaşa göre değişmekte olup, en sık sebepler viral enfeksiyonlardır. En sık viral etkenler ise; respiratuar sinsityal virüs (RSV), influenza virüs, parainfluenza virüs ve rhinoviruslerdir. Burada, RSV bronkopnömonisine bağlı gelişen bradikardi olgusu sunulmuştur

YÖNTEM:Dört yaş erkek hasta, ateş yüksekliği, öksürük ve hızlı nefes alma şikayetiyle acil servise başvurdu. Öyküsünden şikayetlerinin 1 haftadır olduğu, son iki gündür öksürük şikayetinin arttığı, son iki üç saattir ise hızlı nefes almasının olduğu öğrenildi. Hastanın fizik muayenesinde, takipneik, interkostal ve subkostal çekilmeleri ve bilateral ral ve ronküsleri mevcuttu. Akciğer grafisinde bilateral havalanma fazlalığı, solda konsolidasyonu olması, oksijen saturasyonu oda havasında 87 olan ve çalışılan laboratuvar tetkiklerinde, lenfositoz ve akut faz reaktan yüksekliği olan hasta akut bronkopnömoni ön tanısıyla servise yatırıldı. Maske ile oksijen desteği, inhale salbutamol, inhale budesonid tedavisi başlandı. Hastanın takibinde takipnesi artması, oksijen ihtiyacının artması üzerine, hastaya seftriakson ve ipratropium bromür tedavileri eklendi.

BULGULAR:Etyolojiye yönelik çalışılan nazofarengial PCR'da RSV pozitif olarak saptandı. Takibinde takipnesi gerileyen, oksijen ihtiyacı kalmayan hastanın, bradikardisi gelişti. Hastanın çekilen elektrokardiyografisinde, sinüs bradikardisi olarak değerlendirildi. Hasta Çocuk kardiyoloji, ile konsülte edildi, ekokardiyografisi ve bradikardi etyolojisine yönelik çalışılan tetkikler normal olarak değerlendirildi. Takibinde bradikardik değerleri gerileyen, solunum sıkıntısı olmayan hasta, çocuk kardiyoloji poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Respiratuar Sinsityal Virüs çocukluk çağında, viral alt solunum yolu enfeksiyonlarının en sık sebepleri arasındadır. Sıklıkla, öksürük, solunum sıkıntısı, takipne gibi bulgulara yol açarken, nadir de olsa bradikardi gibi kardiyak etkilerinin de olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: bradikardi, bronkopnömoni, respiratuar sinsityal virüs

PAAC



EP-009

Üst Ekstremitede Güçsüzlük ile Prezente Olan Bir Konjenital Sifiliz Olgusu

Leyla Atman¹, Yıldız Ekemen Keleş², Aslıhan Şahin², Elif Didinmez Taşkırır³, Özlem Üzüm¹, Kayı Eliaçık¹, Ali Turgut⁴, Dilek Yılmaz², Eda Karadağ Öncel²

¹Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Çocuk Kliniği, İzmir

²Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği, İzmir

³Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği, İzmir

⁴Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastahanesi, Ortopedi ve Travmatoloji Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital sifiliz bir spiroket olan Treponema pallidum'un etken olduğu bulaşıcı bir hastalıktır. Hastalık fetusa en sık üçüncü trimesterde transplasental yol ile bulaşarak spontan abortus, sarılık, iskelet anomalileri, hepatosplenomegali, menenjit gibi çok farklı klinik tablolara neden olabilir.

YÖNTEM:Takvim yaşı 51 gün, düzeltilmiş yaşı 19 gün olan ve NSVY ile 2470 gram doğan kız olgu postnatal 20 günlükken başlayan sol kolda güçsüzlük fark edilmesi ve son bir haftadır güçsüzlüğün her iki kola yayılmış olması şikâyeti ile başvurdu. Üst ekstremitte muayenesinde sol kolda dirsek eklemi çevresinde şişlik ve palpasyonunda huzursuzluk fark edildi. Üst ekstremitte kas gücü 1/5 olarak değerlendirildi. Laboratuvar sonuçlarında beyaz küre sayısı 8300 mm³/hücre, absolü nötrofil sayısı 2700 mm³/hücre, lenfosit sayısı 4700 mm³/hücre, hemoglobin 5 gr/dl, MCV 84,3 fl, trombosit sayısı 376000 mm³/hücre saptandı. Akut faz yanıtlarından CRP 74,4 mg/L ve karaciğer fonksiyon testlerinden AST 80 u/L, ALT 85 u/L saptandı.

BULGULAR:Olgunun servis izlemleri sırasında kalça hareketlerinde ağrı, huzursuzluk izlendi. Sol dirsek şişliğine sağ dirsek ve sağ el ikinci ve dördüncü parmakta kızarıklık, şişlik, hassasiyet eklendi. Ekstremitte direkt grafileri çekildi ve litik lezyonlar saptandı. Sifiliz şüphesi ile bakılan Treponema pallidum total antikor pozitif saptandı. Kan VDRL 1/128 ve BOS ½ pozitif saptandı. Olguya konjenital sifiliz tanısı konuldu ve penisilin tedavisi başlandı. İzlemde genel durumu düzelen olgunun penisilin tedavisi 21.güne tamamlandı. Olgu poliklinik kontrollerine çağrılarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital sifilizli birçok bebek nispeten gizli klinik belirtilere sahiptir. Nadiren psödoparalizi ile de prezente olmaktadır. Laboratuvar bulgularından anemi, lökopeni, trombositopeni ve KCFT'de yükseklik saptanabilir. Olgumuzda anemi ve ılımlı transaminaz yüksekliği saptandı ve tedavi sonrasında düzelme görüldü. Olgumuzda uzun kemiklerde bilateral litik lezyon saptandı ve periost reaksiyonu gözlemlendi. Penisilin tedavisi ile tam kür sağlandı.

Konjenital sifiliz tanısının en önemli basamağı iyi bir anamnez ve aile öyküsü almaktan geçmektedir. Olgularının ekstremitelerde ağrı, şişlik ve psödoparalizi ile başvurabileceği akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: konjenital sifiliz, güçsüzlük, psödoparalizi, litik lezyon

Resim 1



İkinci ve dördüncü parmaklarda şişlik, kızarıklık

Resim 2



Sağ kol dirsek çevresinde şişlik

Resim 3



Sağ humerusta litik bir alan

EP-010

Covid Bir Terör Mü?

Nisa Simgе Güleç¹, Ferit Durankuş¹, Kübra Yılmaz¹, Elif Yüksel Karatoprak²

¹İstanbul Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Covid 19 hafif üst solunum yolu hastalığı kliniğinden, akut ağır solunum yetmezliği, akut pnömoni, gastroenterit ve miyokardite kadar geniş bir klinik spektruma sahip olan viral enfeksiyondur. Birçok uyku bozukluğu, parasomni, huzursuz bacak sendromu kliniğine sahip vakalar covid 19 ile ilişkilendirilmiştir. Bu olguda sağlıklı bir çocuğun covid enfeksiyonu sonrası geçirdiği uyku terörü kliniğinin tartışılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:DSM IV Eksen I bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Ölçeği'ne (SCID-I) (11) göre "uyku terörü" tanısı konuldu.

BULGULAR:Bilinen hastalığı olmayan, soy geçmişinde özellik bulunmayan 8 yaş erkek hasta ailesi tarafından 1 aydır olan, yaklaşık yarım saat süren, gece uykusunda yataktan doğrulduktan sonra çığlık atıp anlamsız kelimeler söyleme, tepki vermeme, sonrasında tekrar uykuya dalıp kalktığına hiçbir şey hatırlayamama şikâyetiyle getirilmiştir. Hastanın alınan tetkiklerinde biyokimya, hemogram, toksik ilaç tarama, tiroit fonksiyon testleri, B12 vitamini ve folik asit seviyeleri, romatizmal markerlar normal olarak saptandı. Viral enfeksiyon markerlarından COVID 19 antikoru pozitif gelen hasta çocuk nörolojiye danışıldı. Nörolojik muayenesi normal olarak değerlendirildi. Hastanın çekilen elektroensefalografi normal uyku uyanıklık elektroensefalografisi olarak değerlendirildi. Hasta çocuk psikiyatrisine yönlendirildi. Uyku terörü tanısı alan hastanın ailesine uyku hijyeni açısından bilgilendirilip, sakin ve telkin edici bir şekilde çocuğun uykuya döndürülmesi gerektiği anlatıldı. Hasta uyku terörü açısından çocuk psikiyatrisi tarafından takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Takiplerinin ilk ayında haftanın her günü uyku terörü yaşayan hastanın ataklarının sıklığının azaldığı ve üçüncü ayın sonunda ayda bire düştüğü, dördüncü ayın sonunda tamamen sonlandığı görüldü. Literatürde gelişimsel faktörlerin çocukluk çağı uyku terörü patogeneğinde rol oynadığı ve hastalığı artıran durumlar arasında fiziksel stres, ateş, astım, gastroözofageal reflü gibi durumlar belirtilmiştir. Bu olgu COVID 19 sonrası da görülebileceğini ve klinisyenlerin anemnezde değerlendirmesinin önem taşıdığı gösterilmiştir. Bu konuda yapılacak klinik çalışmalara ve olgu bildirimlerine ihtiyaç olduğu düşünülmektedir

Anahtar Kelimeler: covid 19, parasomni, uyku terörü

EP-011

Uzamış Ateşle Gelen Olguda Nötrofil Fonksiyon Bozukluğu

Özge Kalmaz¹, Beste Akdeniz Eren², Gülşen Kes², Gözde Apaydın Sever², Zeynep Meriç³, Hatice Betül Gemici Karaaslan³, Pınar Önal², Haluk Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk İmmünolojisi ve Allerji Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Kronik granülomatöz hastalık NADPH-oksidaz sistemindeki bozukluklara bağlı gelişen, tekrarlayan, yaşamı tehdit eden enfeksiyonlar ve artmış enflamatuvar yanıtı bağlı granülom oluşumuyla karakterize heterojen, primer immün yetmezliktir. *Staphylococcus aureus*, *Aspergillus*, *Klebsiella*, *Burkholderia cepacia*, *Serratia marcescens* ve *Salmonella* gibi intraselüler patojenlere artmış yatkınlık bulunmaktadır.

YÖNTEM:Uzamış ateş ve kazanılmış nörolojik fonksiyon kaybı ile gelen, öyküsünde tekrarlayan enfeksiyonları olması nedeniyle araştırıldığında Nitro Blue Tetrazolium Testi(NBT) ve Dihiorodamin Testi(DHR) ile Kronik Granülomatöz Hastalık tanısı alan 14 aylık hasta sunulmaktadır.

BULGULAR:14 aylık erkek olgunun özgeçmişinde 7 aylık iken ateşli saçlı deride abse nedenli yatış öyküsü vardı. Aralarında akraba evliliği olan anne ve babadan doğan prematürürite nedenli 40 gün yatış öyküsü olan hastanın 1 ay önce kusma, diyare, ateş şikayeti ile başvurduğu dış merkezde orta ağır dehidratasyon nedenli hastane yatışı olmuş. Yatışı sırasında *adenovirus*, *rotavirus* ve *salmonella typhi* pozitif saptanan hastanın bu süreçte desteksiz oturma, emekleme gibi nörolojik fonksiyonlarının kaybı olmuş. Başvurusu sırasında 8 gündür devam eden 38 derece üstü ateş yakınması mevcuttu. Eşlik eden kusma, ishal, öksürük, burun akıntısı semptomları bulunmamaktaydı. Hasta fizik muayenesinde başını tutabiliyor ancak desteksiz oturamıyordu. Oral aftları ve 2 cm hepatomegalisi vardı. Laboratuvar tetkiklerinden metabolik tetkikler, lipid paneli, seroloji, immunfenotipleme, NBT gönderildi. Patolojik olarak NBT ES VE NBT STR yanıtı 0 olarak sonuçlanan hastadan ve annesinden DHR testi için kan alındı. DHR testi kronik granülomatöz hastalık tanısı ile uyumlu çıktı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Uzamış ateş şikayeti ile gelen bir hastada, apse öyküsü ve olağan dışı gastroenterit kliniği olması durumunda immün yetmezlikler arasından kronik granülomatöz hastalık ayırıcı tanıda yer almalıdır. NBT sıfır olarak sonuçlanıp DHR testi ile tanısı kesinleşen hastamıza kotrimoksazol ve itrakonazol profilaksisi başlanmıştır. Eşlik edebilecek patolojiler açısından Çocuk Enfeksiyon hastalıkları ve Çocuk Allerji ve İmmunoloji hastalıkları tarafından multidisipliner şekilde takip edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Uzamış ateş, apse, salmonella

Apse



Apse

EP-012

Brusella Osteomyelitli olgu sunumu

Betül Sezer Çetindamar¹, Aylin Dizi Işık², Sevgi Aslan Tuncay², Seyhan Yılmaz², Burcu Parlak², Pınar Canizci Erdemli², Gülşen Akkoç², Eda Kepenekli Kadayıfci²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Brusella ailesinden mikroorganizmaların sebep olduğu bruselloz halen önemli bir halk sağlığı problemi olmaya devam etmektedir. Erişkinler için daha sıklıkla enfekte hayvanla temas sonucu hastalık oluşmakla birlikte çocuklardaki brusellozun çoğu besin kaynaklıdır ve pastörize olmamış süt ve süt ürünlerinin tüketilmesi ile ilişkilidir. B.abortus, B.melitensis, B.suis, B.canis insanlarda hastalığa sebep olan en sık görülen gram negatif kokobasil mikroorganizmalardır. Burada osteomyelit ile seyreden bir bruselloz olgusu sunulacaktır.

YÖNTEM:olgu sunumu

BULGULAR:Altı yaş dokuz aylık daha öncesinde bilinen bir hastalığı olmayan erkek hasta, Ekim ayından beri sol dizde ağrı şikayeti ile aralıklı olarak hastane başvurusu olup tekrarlayan oral analjezi ve antibiyoterapi tedavisi ile izlenmiş. Hastanın diz bölgesinde belirgin şişlik,kızarıklık ve USG ile eklem aralığında sıvı saptanması sebebi ile dış merkezde septik artrit ön tanısı ile iki kez ponksiyon yapılmış, intravenöz olarak seftriakson ve vankomisin tedavileri almış. Bu süreçte şikayetlerinde gerileme olmayan hasta tarafımıza başvurmuş. Hasta tarafımıza başvurduğunda fizik muayenesinde sol dizde şişlik, kızarıklık, ısı artışı ve hareket kısıtlılığı mevcuttu. Bakılan laboratuvar tetkiklerinde CRP:12 mg/L WBC:8200 mcl Sedimentasyon: 49 mm/saat. Akut Romatizmal Ateş açısından bakılan tetkiklerinde ASO: 71 IU/ml ile negatif, GAS hızlı antijen testi negatif, ekokardiyografi normal saptandı. Viral serolojisinde Brusella spot Wright aglütinasyon 1/5120 tirede pozitif olarak sonuçlandı. Diz MRI'ında osteomyeliti düşündürülen sinyal değişiklikleri mevcutu (Resim 1) (Resim 2). Hastaya peroral Tmp-smx, Rifampisin ve intravenöz gentamisin tedavisi başlandı. İntravenöz tedavisi on dört güne tamamlandı. Oral Tmp-smx ve Rifampisin tedavisi ile tedavisine devam edilmesine karar verildi. Oral antibiyoterapi ile taburcu edilen hasta çocuk enfeksiyon hastalıkları tarafınca takibe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Bruselloz klinik olarak spesifik olmayan semptomlar, akut ya da sinsi bir şekilde kendini göstermekle birlikte çocuklarda çoğunlukla ateş, artrit/artralji, osteomyelit ve hepatosplenomegali görülebilir. Tedaviye uyum sağlanması ile prognozu iyi seyreden bir hastalıktır. Hastalığı önlemede süt ve süt ürünlerinin pastörizasyonu halen en önemli yöntem olmaya devam etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Bruselloz, Osteomyelit,

Resim 1



Resim 1

Resim 2



Resim 2

EP-013

Kıkırdak Piercingi Sonrası Gelişen Ağır Komplikasyon: Perikondrit ve Kondrit, Aurikula Absesi

Ece Yay¹, İlknur Çağlar², Soner Sertan Kara²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ VE AMAÇ:Aurikulaı oluşturan kıkırdağı çevreleyen ve besleyen perikondriumun enfeksiyonu perikondrit, kıkırdağın enfeksiyonu ise kondrit olarak isimlendirilir.

YÖNTEM:Burada yakın zamanda kıkırdak piercingi takılan ve sonrasında perikondrit, kondrit ve aurikula absesi gelişen bir çocuk olgu sunulmuştur.

BULGULAR:Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 12 yaşındaki kız olgu,20 gün öncesinde kulak kıkırdağına piercing takıldıktan 2-3 gün sonra kulak kepçesinde ağrı, kızarıklık ve şişlik şikayetleriyle getirildi. Olgunun dış merkezde başlanıp 3 gündür kullandığı sefaleksinin tedavisi ve pansumanlara rağmen şikayetlerinde artış olmuştu. Muayenesinde sağ aurikulanın hiperemik ve ödemli olduğu ve konturlarının kaybolduğu görüldü (Şekil-1).Laboratuvar bulgularında hemogram, C-reaktif protein, eritrosit sedimentasyon hızı ve kan biyokimyası normal sınırlardaydı.Olguya perikondrit, kondrit ve aurikula absesi tanılarıyla intravenöz seftriakson (75 mg/kg/gün) başlandı. Kulak-Burun-Boğaz bölümünce yapılan değerlendirmesinde olgunun kulak kıkırdağında nekrotik alanlar görülerek temizlendi.Apse drenajı yapılarak aerob kültür gönderildi.Günlük pansumanlarına devam edildi.Kültüründe Pseudomonas auriginosa(Amikasin duyarlı, piperasilin-tazobaktam, sefepim, seftazidim ve siprofloksasin orta duyarlı, meropenem duyarlı) üredi.Olgunun seftriakson 4. günde kesilerek meropenem (60 mg/kg/gün) başlandı. Tedavinin 10.gününde klinik bulguları düzelen olgu taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Son zamanlarda kıkırdak piercingi popülaritesi oldukça artan bir uygulama olup işlemin steril şartlarda yapılmaması bu olguda olduğu gibi perikondrit, kondrit ve apse gibi ciddi komplikasyonlara yol açabilmektedir. Ağır olgularda apse ve kıkırdak nekrozu kalıcı kulak deformasyonlarına neden olabilir.

Anahtar Kelimeler: Perikondrit, Kondrit,aurikula absesi, Kıkırdak piercingi

Şekil-1



Sağ aurikula hiperemik ve ödemli,konturları kaybolmuş

EP-014

İmmün kompetan olguda ağır seyirli kazanılmış CMV enfeksiyonu

Sercan Öztürk¹, Elif Çelik¹, İlknur Çağlar², Soner Sertan Kara²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:İmmün kompetan hastalarda sitomegalovirüs (CMV) enfeksiyonu genelde asemptomatik ya da kendi kendini sınırlayan hafif seyirli bir klinik tabloya neden olsa da bazı hastalarda son-organ hasarı yapabilir.

YÖNTEM:Burada ani gelişen solunum sıkıntısıyla getirilen ve CMV pnömonisi tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

BULGULAR:Yirmi dokuz gestasyon hafta doğum ve bir ay yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü olan dokuz aylık erkek olgu, acil servise ani gelişen solunum sıkıntısı, ishal ve şüpheli nöbetle getirildi. Birkaç gün öncesinde öksürük ve ateşi olan olgu yatağında hareketsiz ve atonik vasıfta yatar vaziyette bulunmuş. Başvuruda Glaskow Koma Skalası 3 (E1M1V1), yüzeysel solunumu ve dekompanse metabolik asidozu olan olgu entübe edilerek Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'nde izleme alındı. Kraniyel tomografisinde kanama, şift, ödem saptanmadı. EEG'sinde epileptik aktivite izlendi. Levatirasetam yükleme ve ardından idame tedavisi başlandı. Akciğer grafisinden infiltrasyonu, lökositozu ve akut faz reaktanlarında yükseklik saptanan olguya pnömoni+sepsis ön tanısıyla antibiyotik (seftriakson + vankomisin) tedavisi başlandı. İzleminde olgunun sitopenisi (Lökosit:6540/mm³ Hb:7,8 g/dL trombosit:39000/mm³), transaminaz düzeylerinde artış (max AST:3481 U/L; ALT:1085 U/L) ve koagülasyon parametrelerinde bozulma (INR:1,99 aptt:42,2 sn) gelişti. Bilirubin düzeyleri ve böbrek fonksiyon testleri olağandı. Anti-CMV IgM:1,93 S/CO (pozitif) ve anti-CMV IgG>250 AU/mL (pozitif) saptandı. İdrar CMV PCR 85 kopyaydı. Olguya taze donmuş plazma, eritrosit süspansiyonu ve intravenöz gansiklovir (5 mg/kg/doz, günde 2 doz) başlandı. Göz değerlendirmesinde koryoretinit saptanmadı, işitme testinden bilateral geçti, kranial ve batın ultrasonları normal sınırlardaydı. İlk gün mekanik ventilatörde, ikinci gün YANKOT'ta izlendi. Sonraki günlerde tedrici olarak solunum desteği azaltıldı. Olgunun gansiklovir 4. günde sitopenisi ve transaminaz yüksekliği geriledi. Gansiklovir tedavisi 14. gününde komplikasyon gelişmeden kesildi. Ardışık 14 gün oral valgansiklovir (16 mg/kg/doz, günde 2 doz) verildi. Altı aylık izleminde relaps/re-enfeksiyon görülmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İmmün kompetan hastalarda CMV'ye bağlı pnömoni, meningoensefalit, hepatit ve kolit gibi komplikasyonlar görülebilmektedir. Bazı olgularda antiviral tedavi gerekebilir. Bu olguda olduğu gibi antivirallere yanıt iyidir.

Anahtar Kelimeler: immunkompetan, pnömoni, sepsis, sitomegalovirüs

EP-016

Nadir Görülen Bir Vaka: İdiyopatik İntrakraniyal Hipertansiyon Tanısı ile Tetkik Edilen ve Nörobruselloz Tanısı Alan Hasta

Abdullah Çınaroğlu¹, Sevgi Aslan Tuncay², Seyhan Yılmaz², Burcu Parlak², Pınar Canizci Erdemli², Aylin Dizi Işık², Gülşen Akkoç², Eda Kepenekli²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Bruselloz; keçi, koyun, sığır gibi hayvanların pastörize olmayan ürünlerinin tüketimi, sekresyonlarının direk teması, aerosolleşmiş partiküllerin inhalasyonu yoluyla bulaşabilen zoonotik bir enfeksiyondur. Tipik olarak tekrarlayan ateş, gece terlemesi, artralji ile prezente olmaktadır. Brusella her sistemi etkileyebilir. Hastaların %70'inde osteoartiküler tutulum olmaktadır. Daha az sıklıkta (%10) genitoüriner sistem tutulabilir. Nadiren santral sinir sistemi tutulumu görülebilir. Menenjit, ensefalit, beyin apsesi, miyelit, radikülit ve nörite neden olabilir. Biz burada 18 yaşında nörobruselloz tanısı alan kız olgu sunmaktayız.

YÖNTEM: Olgu sunumudur.

BULGULAR: 18 yaşındaki kız hasta dört aydır devam eden baş dönmesi, dengesizlik, göz kararması ve bulantı şikayetleriyle nöroloji polikliniğine başvurmuştur. Hastanın öyküsünde pastörize edilmemiş süt ürünleri tüketme öyküsü bulunmaktadır. Hastanın fizik muayenesinde üst ekstremitelerde kas gücü 5/5, alt ekstremitelerde proksimalde kas grubunda 4/5 olarak değerlendirilmiştir. Romberg testi pozitifdir. Bilateral horizontal nistagmus izlenmiştir. Göz dibinde grade 3 papil ödemi olan, görme alanı testinde sağ gözünde periferik skotom alanları mevcuttur. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) bilateral perioptik beyin omurilik sıvı (BOS) mesafesi artmıştır. Hastaya idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon ön tanısı ile lomber ponksiyon uygulanmıştır. Alınan BOS rengi ksantokromaziktir. BOS açılış basıncı 270 mmH20 ölçülmüştür. Mikroskopta 100 lökosit/mm³ sayılmış, BOS protein:368 mg/dL, BOS glukoz:9 mg/dL, eş zamanlı plazma glukoz:88 mg/dL ADA düzeyi 15,7 U/ml olarak ölçülmüştür. BOS bulguları doğrultusunda menenjit ön tanısı ile seftriakson başlanmıştır. BOS kültüründe B. melitensis üremiştir. Hastada B. melitensis nörobrusellozu tanısı ile doksisiklin, rifampisin, amikasin antibiyoterapileri başlanmıştır. Diğer ayırıcı tanılara yönelik tüberkülin deri testi yapılmış negatif sonuçlanmıştır. BOS ve balgam mikobakter kültürlerinde üreme olmamıştır. Brucella tüp aglütinasyon testi 1/1280 titrede pozitif olarak sonuçlanmıştır. Toplamda 21 gün seftriakson, 14 gün amikasin verilmiştir. Tedavinin 1. ayında kontrol BOS kültürü üremesiz sonuçlanmıştır. Kontrol görme alanında önceki skotomları kaybolmuştur. Doksisiklin ve rifampisin tedavileri halen devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Brusella enfeksiyonu yaygın sistem tutulum yapabilmekle birlikte nadiren de santral sinir sistemi tutulumu yapabilmektedir. Özellikle epidemik alanlarda nörolojik bulguları olan hastalarda akla nörobruselloz gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: brusella, nörobruselloz, menenjit, idiyopatik intrakraniyal hipertansiyon

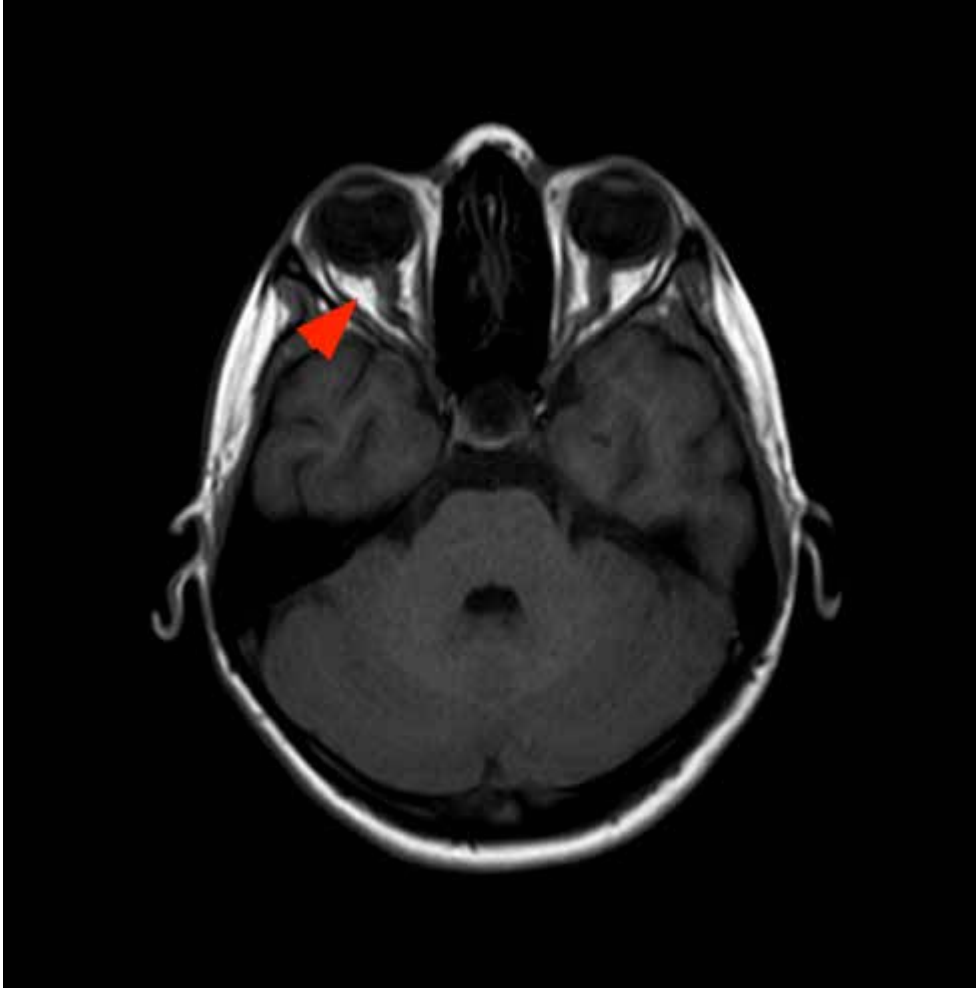
Akut Faz Reaktanlar Tablosu

	20.01	21.01	25.01	26.01	01.02	06.02	13.02	21.02
WBC (x10 ³ /μL)	5500	4400	5300	3700	4700	3600	4000	3900
NEU (x10 ³ /μL)	3200	2400	3800	2000	1900	1400	1400	1400
LYPMH (x10 ³ /μL)	1700	1100	800	1100	1700	1200	1500	1600
HGB (g/dL)	13.5	13.2	11.6	11	11,4	11,8	11,5	11,4
PLT (x10 ³ /μL)	244.000	282.000	244.000	227.000	299.000	306.000	264.000	240.000
CRP (mg/L)	0.38	0.51	7.6	4,7	0,71	0,29	0,20	
Prokalsitonin (μg/L)		0.03	0.59					
Sedim (mm/sa)			12		9	8	7	
PT/INR (sn)			18.6/ 1.39	17.6/ 1.31	18.1/ 1.35	18,3/ 1,36	18.8/ 1.4	
aPTT (sn)			31	24.5	30.2	31.9	33.3	
Fibrinojen (mg/dL)			286	245	292	284	245	
D-dimer (mg/L)				0.25	0.2	< 0.2	< 0.2	

Biyokimya Tablosu

	20.01	21.01	24.01	26.01	01.02	06.02	13.02	20.02
BUN/ Kreatinin(mg/dL)	8/0.63	7/0.72	7/0.51	4/ 0.42	4/0.69	6/0.7	15/0.66	10/0.62
Total protein/				63/43	63/41	66/44	56/38	62/41
20.01	BOS Piyojen Kültürü		Brusella Melitensis üredi		Hücre Sayımı 100 lökosit/mm ³ BOS Glukoz 9 mg/dL BOS Protein 368 mg/dL BOS Klor 110 mEq/L			
	BOS Mantar Kültürü		Üreme olmadı					
	BOS Mikobakteri Kültürü				ARB görülmedi M.tüberküloz pcr: negatif BOS ADA düzeyi: 15,7 IU/L (0-9)			
21.01	Aerop Kan Kültürü		Üreme olmadı					
22.01	Balgam Mikobakteri Kültürü				ARB görülmedi			
23.01	Uzun inkübasyon Kan Kültürü		Üreme olmadı					
23.01	İdrar Kültürü (Orta Akım)		1.000.000 cfu/ml Candida glabrata		Eş zamanlı tit: normal			
26.01	İdrar Kültürü (Orta Akım)		Üreme olmadı					
28.01	Aerop Kan Kültürü		Üreme olmadı					
07.02	BOS Kültürü		Üreme olmadı		Hücre Sayımı 170 lökosit/mm ³ BOS Glukoz 35 mg/dL BOS Protein 380 mg/dL			
07.02	BOS kültürü (Brusella için kan kültürü şişesine eklendi)		Üreme olmadı					
21.02	BOS kültürü				Hücre Sayımı 20 lökosit/mm ³ BOS Glukoz 41 mg/dL BOS Protein 228 mg/dL			

Optik Sinir (Kraniyal MR)



[

EP-017

Frontal Kemikte Osteomyelit Eşlik Eden Orbital Selülit

Erva Aydinli Cinaroglu, Sevgi Aslan Tuncay, Seyhan Yılmaz, Burcu Parlak, Pınar Canizci Erdemli, Aylin Dizi Işık, Gülşen Akkoç, Eda Kepenekli

Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Orbital selülit, orbital septumun posteriorunda yer alan kas ve yağ dokularının enfeksiyonudur. En sık etkenler arasında bakteriyel rinosinüzitin orbitaya yayılımı yer almaktadır. Nadir olarak orbital selülit orbital apekse ilerleyebilir, görme kaybına yol açabilir. İntrakranial alana ilerleyerek subdural empiyem, beyin apsesi, menenjit, kavernöz sinüs trombozuna neden olabilir. Özellikle frontal sinüzitin de olduğu vakalarda osteomyelit gelişebilir. Biz burada 11 yaşında bakteriyel pansinüzite sekonder sağ orbital selülit ve osteomyelit tanısı alan erkek olguyu sunmaktayız.

YÖNTEM:Olgu sunumudur.

BULGULAR:11 yaşındaki erkek hasta sol gözde yeni gelişen kızarıklık, şişlik şikayetleri ile çocuk acil polikliniğine başvurdu. Hastanın dört gün önce öksürük, burun akıntısı, baş ağrısı nedeniyle rinosinüzit ön tanısı ile amoksisilin-klavunat başlandığı öğrenildi. Fizik muayenesinde sağ göz ve çevresi eritemli ve ödemli olduğu görüldü. Tetkiklerde lökositozu (wbc: 13100) ve crp yüksekliği (117 mg/L) saptandı. Kontrastlı orbital bilgisayarlı tomografide (BT) sağ periorbital cilt altında kalınlık artışı, sağ orbitada kontrastlanan koleksiyon alanı izlendi. Sol maksiller, frontal ve ethmoidal sinüste yumuşak doku dansite artımları görüldü. Preseptal selülit tanısıyla ampisilin-sulbaktam ve klindamisin tedavisi başlandı. İleri inceleme olarak kontrastlı orbital magnetik rezonans görüntülemesi (MRG) çekildi. Sağda periorbital alanda, postseptal alana uzanan yumuşak dokuda kalınlaşma ve heterojen kontrastlanmalar izlenmesi üzerine orbital selülit olarak kabul edildi. Sağ orbita süperiolateral duvarda kemik yapıda kontrastlanma artışı izlenen hastada osteomyelit ile uyumlu olabileceği düşünülerek vankomisin, sefepim ve metronidazol antibiyoterapi seçimine geçildi. Apse drenajı yapılarak alınan piyogen kültüründe streptococcus intermedius üremesi oldu. Antibiyogram sonucuna göre ampisilin, benzilpenisilin duyarlı saptanan hastanın tedavisi sefotaksime geçildi. Takiplerinde gözdeki eritem ve şişliğin gerilemesi, akut faz reaktanlarının normalleşmesi kontrol MRI görüntülenmesinde absenin görüntülenmemesi, ancak sağ orbita süperiolateral duvarda fokal bir alanda kemik yapıda osteomyelit ile uyumlu olabilecek görünümün devam etmesi üzerine tedavisi amoksisilin-klavunat olarak toplam 6 hafta tamamlanması planlanarak taburcu edildi.

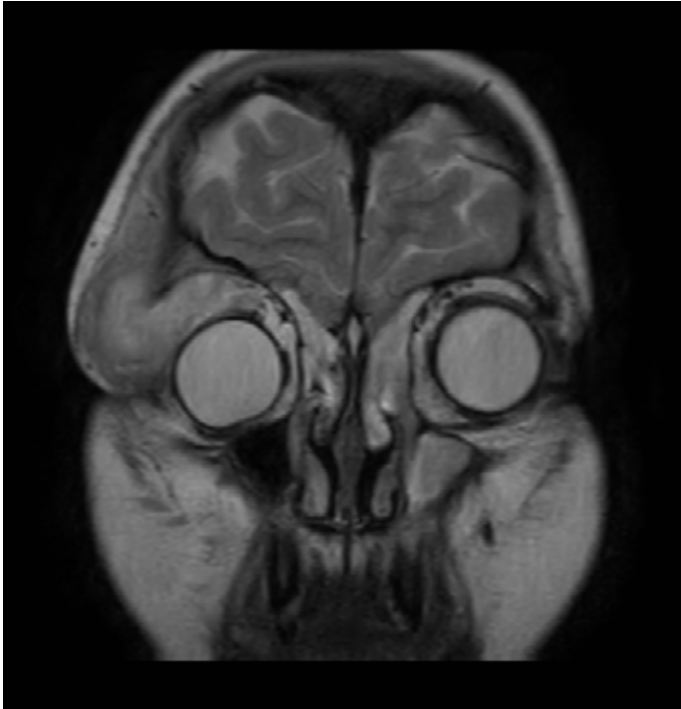
TARTIŞMA VE SONUÇ:Orbital selülitin erken tanınması ve tedavi edilmesi gelişebilecek komplikasyonların önlenmesi açısından önem arz etmektedir. Osteomyelit eşlik edebileceği akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: frontal sinüzit, orbital selülit, osteomyelit

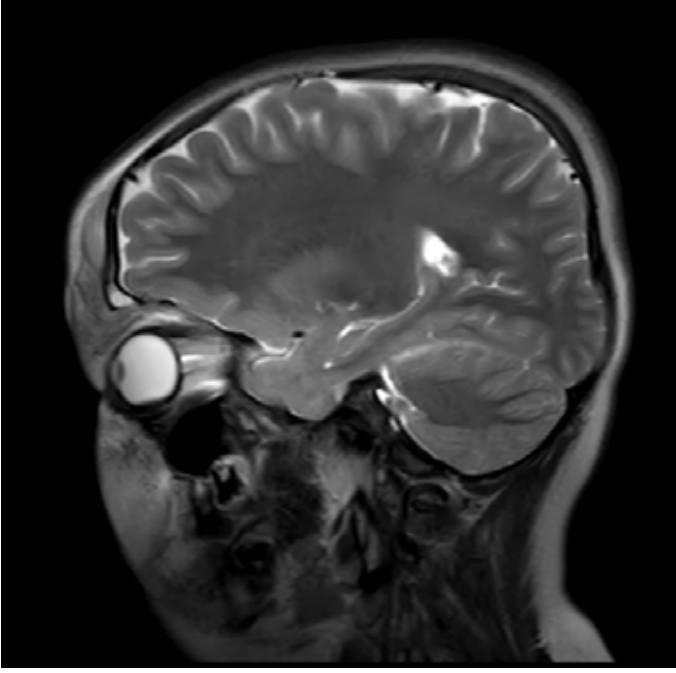
Hasta Fotografi



Orbital Selulit Koronal Kesit MRI



Osteomyelit Sagital Kesit MRI



EP-019

Akut Bakteriyel Meningokok Menenjit

Tuğçe Aybek¹, Oğuzhan Çam¹, Zeki Beyzade¹, Nesli Ağralı Eröz², Eda Karadağ Öncel²

¹SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İzmir

²SBÜ, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut bakteriyel menenjit(ABM), meninkslerin bakteriyel enfeksiyonuna sekonder enflamasyondur. ABM etkenlerinden olan Neisseria Meningitidis gram negatif, kapsüllü, oksidaz pozitif, aerobik diplokoktur. Hastalık 3 ay-1 yaş ve adolesan döneminde en sık görülür. Her yıl dünyada 500,000 invazif meningokokal hastalık görülmekte olup bunların 50,000'i ölümlle sonuçlanmaktadır.

YÖNTEM:40 günlük erkek hastanın, 10 gün önce hırıltı ve öksürük yakınmasıyla dış merkeze götürüldüğü öğrenildi.3-4 gün önce başlayan ve 38,7 dereceye kadar çıkan ateş ve huzursuzluk yakınması ile dış merkeze başvuran hastaya idrar yolu enfeksiyonu şüphesiyle sefiksime başlandı,tedavinin 2. gününde emme,halsizlik yakınması başlaması üzerine hastanemiz Çocuk Acil Servis'e başvurduğu öğrenildi.Fizik bakıda; Vücut sıcaklığı:38 0C, nabız:120/dk; solunum sayısı:38/dk; kan basıncı: 70/50 mm/Hg; Cutis marmoratus mevcut.Diğer sistem bakıları olağan.Laboratuvarında; BKH: 35.000/ml, ANS:24.800/ml hemoglobin:11,2 mg/dl, trombosit: 621.000/ml, CRP: 278 mg/L Prokalsitonin:11.63 APTT:23,4 sn PT: 11,4 sn INR: 0,94

BULGULAR:Hastanın ateş odağının araştırılması için hastaya lomber ponksiyon yapıldı.BOS direkt bakısında silme lökosit görüldü.BOS biyokimyasında Glukoz: 18.8 mg/dl, Mikroprotein:433.18 mg/dl saptandı. Eş zamanlı PUKŞ: 108 mg/dl ölçüldü. BOS, idrar ve kan kültürü gönderildi.Olguya menenjit tanısıyla vankomisin ve sefotaksim başlandı.Kan, idrar ve BOS kültüründe üreme saptanmayan olgunun BOS viral-bakteriyel menenjit panelinde N.meningitidis Tip B üremesi saptandı. Hastanın ateşinin 3. günde devam etmesi üzerine abse açısından MR çekildi,her iki lateral ventrikülde püye ait seviyelenme ve supratentoriyal alanda sulkuslarda püye ait görünüm saptandı. EEG çekildi ve yaygın amplitüd düşüklüğü görüldü, serebral disfonksiyon ile uyumluydu.N. meningitidis saptandıktan sonra vankomisin tedavisi 9. gününde kesilerek sefotaksim tedavisine devam edildi ve tedavi ventrikülde püye ait görünüm saptanması nedeniyle 4 haftaya tamamlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İnvaziv meningokok enfeksiyonu tıbbi bir acil durumdur.Bilinen veya şüphelenilen invaziv meningokok enfeksiyonu olan hastalarda mümkün olduğunca erken dönemde parenteral antibiyotik başlanmalıdır. ABM, erken çocukluk döneminde komplikasyonların ağır olması ve uzun dönem morbiditesinin yüksek olması nedeni ile çocukluk çağının en önemli enfeksiyonları arasında yer alır.

Anahtar Kelimeler: akut bakteriyel menenjit, meningokok, çocuk

EP-020

İmmün kompetan hastada sitomegalovirüs hepatiti olgusu

Rümeysa Ağır¹, İlknur Çağlar², Soner Sertan Kara²

¹Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Aydın

²Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Aydın

GİRİŞ VE AMAÇ:Sitomegalovirüs(CMV) Herpesviridae ailesinden bir DNA virüsüdür. İmmün kompetan hastalara bulaş doğum kanalından, anne sütü, kan ve kan ürünleriyle olabilir. Genellikle kendi kendini sınırlayan asemptomatik enfeksiyon görülebilen bu hasta grubunda en sık karşılaşılan klinik tablo enfeksiyöz mononükleozistir.

YÖNTEM:Burada CMV'ye bağlı hepatit gelişen bir olgu sunulmuştur.

BULGULAR:Dokuz aylık kız olgu sarılık ve solukluk nedeniyle getirildi. Olgunun intrauterin ve postnatal dönemde otoimmün hemolitik anemi nedeniyle tekrarlayan kan transfüzyonu ve IVIG kullanım öyküsü mevcuttu. Neonatal ve postnatal erken dönemde rubella ve CMV IgG pozitifliği dışında serolojik testleri negatifti. Aylık takiplerinde CMV IgG(>250 U/mL)titresi artarak sebat eden hastanın CMV IgM'inin de pozitifleştiği(1.25U/mL) görüldü. Sitopenisi olmayan olgunun hepatomegalisi, artan transaminaz (AST:246 IU/L, ALT:123 IU/L, GGT:290 U/L düzeyleri ve hiperbilirubinemisi (Total bilirubin:4.7 mg/dL, d.bil:3.6 mg/dL) transfüzyona bağlı kazanılmış CMV hepatiti tanısı koydurdu. Serum CMV PCR negatifti. Olguya iv gansiklovir (10 mg/kg/gün, 2 dozda) tedavisi başlandı. Değerlendirmelerinde CMV retiniti saptanmadı. İşitme testi, batın ve kraniyel ultrasonografileri normal sınırlardaydı. Hastanın immün yetmezlik açısından tetkikleri (kantitatif immüno globulin düzeyleri, lenfosit alt grupları, aşı yanıtları ve kompleman düzeyleri) normaldi. Tedavinin 4.günde transaminaz ve bilirubin düzeylerinde gerileme olduğu görüldü. İzleminde gansiklovire ait komplikasyon yaşanmadı. Toplam tedavi 14. günde kesildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İmmün kompetan hastalarda nadiren de olsa hepatit, kolit, pnömoni ve meningoensefalit gibi son-organ tutulumları görülebilir. Bu durumların tedavisi tartışmalı olsa da bu olguda olduğu gibi, komplikasyon gelişme olasılığı yüksek olan olgularda antiviral tedavi bir seçenek olarak düşünülebilir.

Anahtar Kelimeler: CMV, hepatit, immün kompetan, çocuk, transfüzyon

EP-021

Viseral Organ Tutulumu olan Kedi Tırmağı Hastalığı Olgusu

Melis Eyüpoğlu¹, Emine Hafize Erdeniz², Gamzenur Yalçinkaya¹, Oğuz Salih Dinçer³, Alper Uygun³

¹Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun, Türkiye

²Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

³Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Hastalıkları Bilim Dalı, Samsun, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Kedi tırmağı hastalığı (KTH), sıklıkla bölgesel lenf nodunda büyüme yapmakla birlikte, nadir vakalarda sistemik tutulumla karşımıza çıkabilmekte ve birlikte organ tutulumu görülebilmektedir. Bu sunumda karın ağrısı ile başvuran 14 yaşında bir hastada viseral organ tutulumu ile giden KTH olgusu sunulmuştur.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Bilinen bir hastalığı olmayan 14 yaşında erkek hasta, son bir aydır olan karın ağrısı, bulantı, iştahsızlık şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın karın ağrısının son üç gündür şiddetinin arttığı öğrenildi.Hastanın başvuru anında ve takibinde ateş şikayeti görülmedi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Başvuruda hastanın genel durumu iyi, vital parametreleri normal görüldü. Fizik muayenesinde batında sağ üst kadranda hassasiyeti ve splenomegali vardı. Bakılan tetkiklerinde hemogram özellik saptanmayan hastanın tetkiklerinde CRP 3 mg/L, sedimentasyon 15 mm/saat idi. Abdominal USG'de karaciğer ve dalakta heterojen hipoekoik çok sayıda lezyon izlendi. Hastada saptanan lezyonlar malignite açısından araştırıldı.Hastaya olası apse açısından ampirik olarak antibiyoterapisi başlandı, ancak klinik yanıt görülmedi.Abdomen MR'da karaciğer segment 8'de ve dalakta subkapsüler multipl çok sayıda lezyon görüldü. Hastanın anemnezi derinleştirildiğinde son 6 ay içinde yavru sokak kedileri ile temas öyküsü olduğu öğrenildi. Bartonella henselae Ig G ve Ig M pozitif saptandı. Hastanın kedi tırmağı hastalığı tanısı ile tedavisi rifampisin ve azitromisin olarak düzenlendi.Bartonella tedavisi ile klinik ve radyolojik fayda gören hastanın ayaktan poliklinik izlemi devam etmektedir.

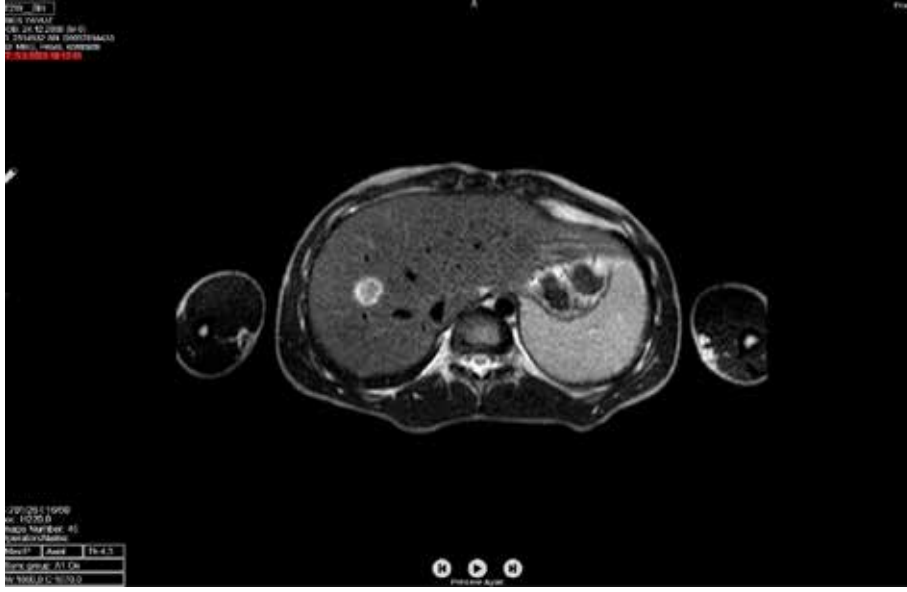
TARTIŞMA VE SONUÇ:Kedi tırmağı hastalığının periferik adenopati olmadan viseral organ tutulumu ile karşımıza çıkabileceği akla gelmelidir. Hastalardan sistemik hastalık yönünden derinlemesine anamnez alınmalı, hastalar görüntüleme ve serolojik testlerle tetkik edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bartonella Henselae, Karın Ağrısı, Kedi Tırmağı Hastalığı, Viseral Organ Tutulumu

Resim 1



Şekil 1



Resim 2

Viseral Organ Tutulumu olan Kedi Tirmığı Hastalığı Olgusu

Mehmet Fıçınocaklı¹, Elmine Hafız Erdemir², Gülzarhan Yalçınkaya³, Oğuz Salih Dinçer⁴, Alper Uygur⁵
¹Oranokulmanlı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye
²Oranokulmanlı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye
³Oranokulmanlı Devlet Hastanesi Tıp Fakültesi Çocuk Hastalıkları ve Diş Hekimliği Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye

Giriş

Kedi tirmığı hastalığı (KTH), özellikle bölgesel lenf nodusunda büyüme yaparken baskın, nadir vakalarda sistemik tutulumla karşımıza çıkabilmekte ve birlikte organ tutulumu görülebilmektedir. Etken olan Bartonella henselae (sıklıkla yavru kedilerin insanlara bulağımaktadır)(1). Tanı, özgülü olmayan ile lenfik şifre sonrası, laboratuvar ve radyolojik olarak desteklenir.

Bulgular

Bilinen bir hastalığı olmayan 14 yaşında erkek hasta, son bir aydır olan kaşın ağrı, bulantı, iştahsızlık şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın yakın ağrısının son üç gündür şiddetinin arttığı öğrenildi. Hastanın başvuru anında ve taburinde ailesi şikayeti görülmüdü. Özgüçmiş ve soygeçmişinde özelliği yoktu. Başvuruda hastanın genel durumu iyi, vital parametreleri normal görüldü. Fizik muayenesinde batında sağ üst koldanda hassasiyeti ve splenomegali vardı. Bakılan lenf klenlerinde hemogram özelliği saptanmayan hastanın lenf klenlerinde CRP 3 mg/L, sedimentasyon 15 mm/saat idi. Abdominal USG'de karaciğer ve dalakta heterojen hipoekojen çok sayıda lezyon izlendi. Hastada sezaryen lezyonlar malignite açısından araştırıldı. Hastaya olası apse açısından empirik olarak antibiyoterapisi başlandı, ancak klinik yanıt görülmüdü. Abdomen MR'da karaciğer segment 8'de ve dalakta subkapsüler multiple çok sayıda lezyon görüldü. Hastanın anemnezinde denmişliğinde son altı ay içinde yavru sokak kediler ile temas öyküsü olduğu öğrenildi. Bartonella henselae Ig G ve Ig M pozitif saptandı. Hastanın kedi tirmığı hastalığı tanısı ile tedaviyi rifampisin ve azitromisin olarak düzenlendi. Bartonella tedavisi ile klinik ve radyolojik fayda gören hastanın ayakta poliklinik izlemi devam etmektedir.

Sonuç

Kedi tirmığı hastalığının periferik adenopati olmadan viseral organ tutulumu ile karşımıza çıkabileceği akla gelmelidir(2). Hastalardan sistemik hastalık yönünden denemesine önemiz alınmak, hastalar görüntüleme ve serolojik testlerle tekk edilmelidir.

Tartışma

KTH genellikle kendini sınırlar ve tedavi gerekmez(1). Ancak viseral organ tutulumu ile birlikte seyrettiğinde ve uzun süreli tedavi gerekmektedir. Sonuç olarak, nedeni bilmeyen ateşle gelen hastalarda LAP ve viseral organlarda apse bifikeliğinde KTH akla bulundurulmalıdır.

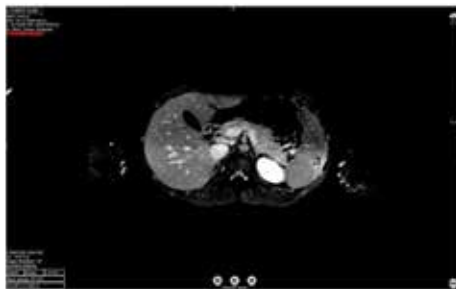
Yöntem

Bu sunumda kaşın ağrısı ile başvuran 14 yaşında bir hastada viseral organ tutulumu ile giden KTH olgusu sunulmuştur.

Kaynaklar

1. Elif Akdemir B. "Bartonella henselae Hastalığı Tanı ve Tedavisi". 4. Güzel Hastaneler, Hastaneleri ve Sağlık Kurumları, İstanbul, Türkiye (2021).
2. Bartlett MS, Tenover FC, Tenover CC. Bartonella henselae and Bartonella quintana. Clin Infect Dis. 2005;40:100-107.
3. Uygur A. Bartonella henselae ve diğer bakteriyel lenfadenopati. Çocuk Enfeksiyon Dergisi. 2018;21:1-6.

Şekil 2



EP-023

Karın ağrısı ile başvuran olguda nadir bir tanı: İliopsoas apsesi

Ramazan Talşık, Övgü Büke, Özge Marangoz, Selen Mandel Işık, Meltem Erol

İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ:Nadir görülen ancak ciddi bir enfeksiyon olan iliopsoas apsesi hastalığının klinik özelliklerini, tanı ve tedavi yöntemlerini tanıtmak ve hastalık hakkında farkındalığı artırmaktır.

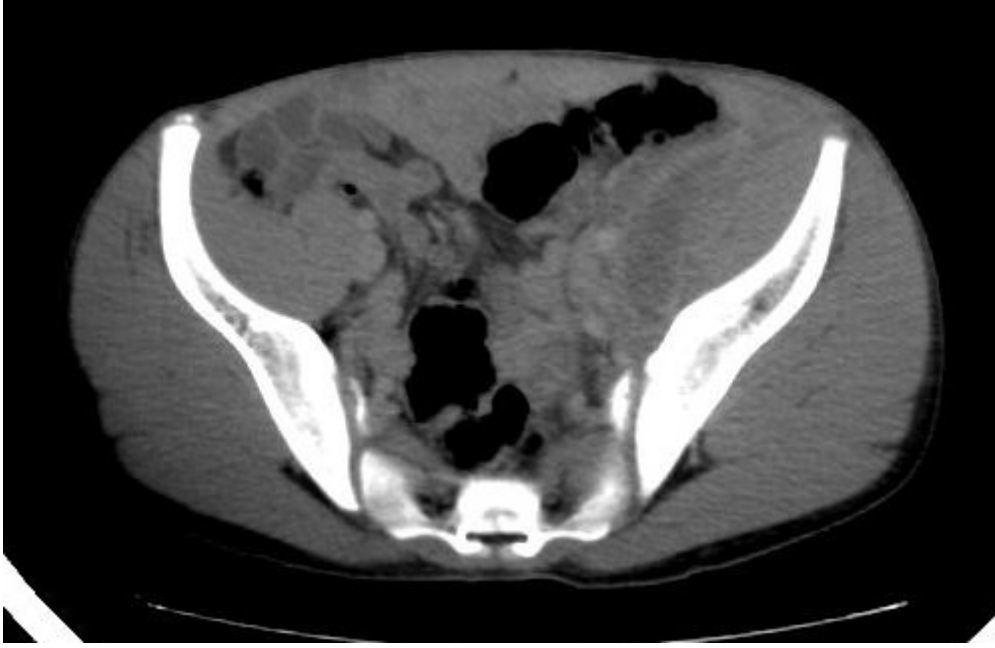
YÖNTEM:olgu sunumu

BULGULAR:Bilinen hastalık öyküsü olmayan 14 yaş erkek hasta, çocuk acil servisimize yaklaşık 10 gündür olan karın ağrısı, karın sol alt kadranda şişlik ve yürüme güçlüğü şikayetleriyle başvurdu. Öyküsünde tekrarlı ağır yük kaldırma harici özellik yoktu. Hastanın yapılan fizik muayenesinde sol alt kadranda inguinal bölgede hassasiyet, dolgunluk ve ısı artışı saptandı. Kalçanın ekstansiyonu ile ortaya çıkan ağrı olarak tanımlanan psoas belirtisi pozitif olarak değerlendirildi. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Laboratuvar tetkiklerinde CRP:119 mg/L WBC:14,92 (%72neu) Hg:9.7 bulundu, diğer tetkiklerde patoloji saptanmadı. Ultrasonografi incelemesinde sol iliopsoas kası medialinde sol inguinal cilt altı yağlı dokuya uzanan en geniş yerinde 78 mm boyutunda ölçülen heterojen görünümde yoğun içerikli koleksiyon alanı görüldü, iliopsoas apsesi olarak değerlendirildi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) ile apse alanı belirlendi. Perkütan drenaj ile yaklaşık 20 ml apse içeriği drene edildi ve kültürleri alınarak antibiyoterapi başlandı. Apse kültüründe metisilin duyarlı Staphlococcus aureus üremesi görülen hastanın kan kültüründe üreme saptanmadı. Tedavi sürecinde kültür sonucuna duyarlı antibiyoterapiye rağmen apse boyutlarında gerileme olmayan hastaya çocuk cerrahisi tarafından genel anestezi altında apse drenajı yapıldı ve operasyon sonrasında apse alanında hızla gerileme izlendi. Hastaya yapılan PPD testi negatif saptandı. İmmün yetmezlikler ve kanama bozuklukları açısından gönderilen tetkiklerde patoloji görülmedi. Hasta, 4 hafta süren antibiyoterapi sonrası şikayetlerinin gerilemesi üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Nadir görülen ancak hayati tehdit edebilen bir hastalık olan iliopsoas apsesi özellikle yürüme bozukluğu ve karın ağrısı şikayetiyle gelen ve muayenesinde inguinal bölgede şişlik ve hassasiyet olan hastalarda akılda tutulmalıdır.

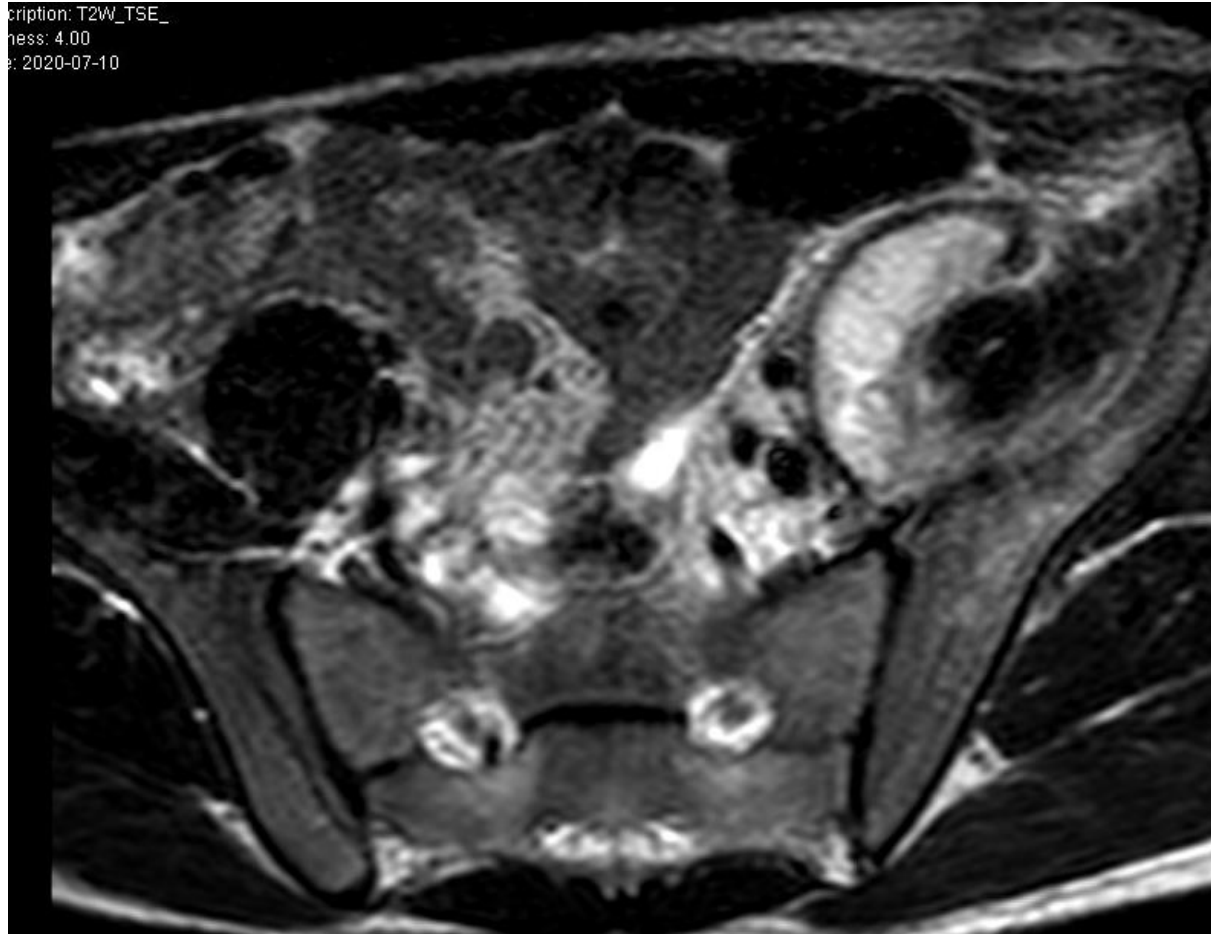
Anahtar Kelimeler: apse, enfeksiyon, iliopsoas

Resim1



iliopsoas absesi BT görüntüsü

Resim2



iliopsoas absesi MR görüntüsü

EP-024

Lenfadenopatide Ayırıcı Tanı: Staphylococcus Aureus İlişkili Lenfadenit

Berkay Alimoğlu¹, Belkıs İnceli², Nilay Penezoğlu², Ergin Çiftçi², Halil Özdemir²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ: Lenf bezleri vücut savunma mekanizmasının ana ögesi olan lenfoid sistemin bir elemanı olup, sağlıklı bireylerde vücuda giren yabancı maddelere karşı savunmada önemli rol oynar. Vücudun birçok yerinde bulunurlar ve genellikle zincirler hâindedirler. Lenfadenopati lenf bezlerindeki herhangi bir nedenle meydana gelen, sayı, boyut ve şekil değişikliklerine verilen genel addır. Çocukluk çağıında lenfoid sistemin antijenik uyarılara abartılı yanıtı sonucu sık görülür.

YÖNTEM: Dört yaş 6 aylık erkek hasta 1 haftadır sağ submandibular lenfadenit tanısıyla antibiyotik tedavisi alırken sağ submandibular lenfadenitin büyümesi ve sol submandibularde de şişlik oluşması nedeniyle acil servisimize başvurdu.

BULGULAR: Boyun şişliğine ateş, kilo kaybı, gece terlemesinin eşlik etmediği öğrenildi. Fizik muayenede boyun sağ submandibular alanda 5*3 cm, sol submandibular alanda 3*3 cm boyutlarında ağrılı, sert, fikse ve paket oluşturan kitleler mevcuttu. Batın rahat ve hepatosplenomegali yoktu. Tam kan sayımında hemogloblin: 11.1 g/dl, trombosit sayısı: 448.600/mm³, lökosit sayısı: 10.350/mm³, nötrofil sayısı: 6160/mm³; biyokim-yasal değerlendirmede ürik asit: 2,5mg/dL, LDH: 222 IU/L, CRP: 42,9 mg/L olarak saptandı. Periferik yaymada atipik hücre, downey hücresi görülmedi. Boyun ultrasonografisinde bilateral submandibular bölgede en büyüğü 21*15mm boyutlarında konglomere, nodüler konfigürasyonda, heterojen iç yapıda, büyümüş lenf nodları ve çevre yağ dokusunda belirgin ekojenite artışı izlendi. Hasta lenfadenit ön tanısıyla Çocuk Enfeksiyon Servisine yatırıldı. İntravenöz tedaviye rağmen lenfadenit boyutları küçülmeyen ve boynunda fluktuasyon oluşan hastanın lenfadenitleri ponksiyon ile boşaltıldı. Drenaj kültüründe Staphylococcus Aureus üremesi olan hastanın tedavisi antibiyograma göre düzenlendi. Drenaj ve etkene yönelik tedavi sonrası boyundaki şişlikleri gerileyen hasta taburcu edildi.

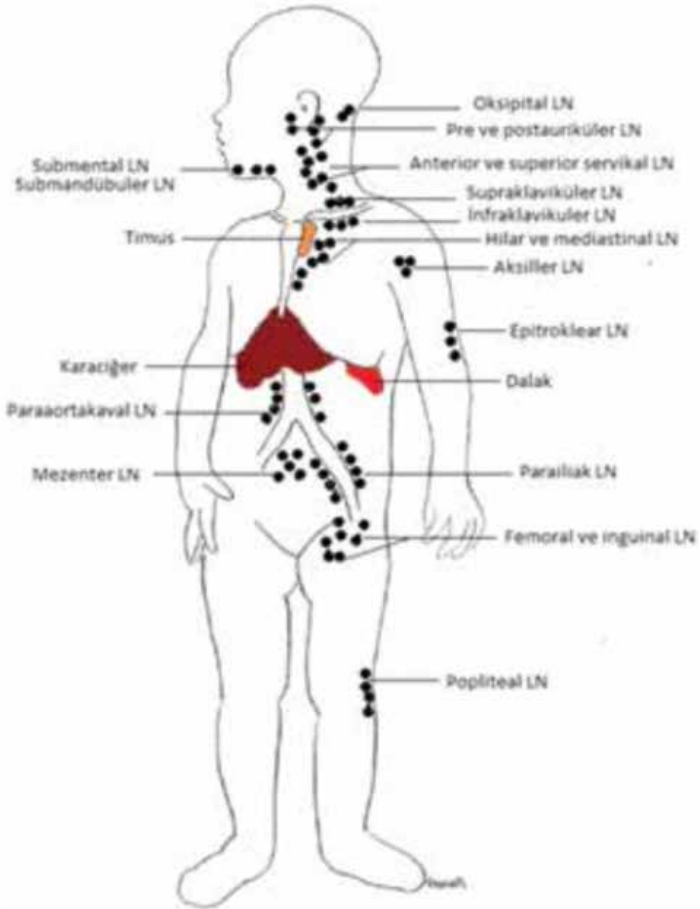
TARTIŞMA VE SONUÇ: Lenf nodundaki çoğu büyüme benign nedenlere bağlıdır. Ancak, ebeveynlerdeki endişeyle birlikte sık doktor değiştirmeye ve gereksiz detaylı incelemeye neden olabilir. Bu nedenle çocuk hekimliğinde lenf bezlerinin doğru değerlendirilmesi büyük önem taşır. Patolojik lenf bezi büyümeleri çoğunlukla yerleşim yeri, büyüklük ve şekil bakımından hekime ipuçları verir. Birçok nedene bağlı olarak gelişebilen lenfadenopatilerin değerlendirilmesinde belli özelliklere dikkat edilerek patolojik büyümelerin ayırdedilmesi, erken tanı ve tedaviye erken başlanması açısından önem taşır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Lenfadenit, Lenfadenopati, Staphylococcus Aureus

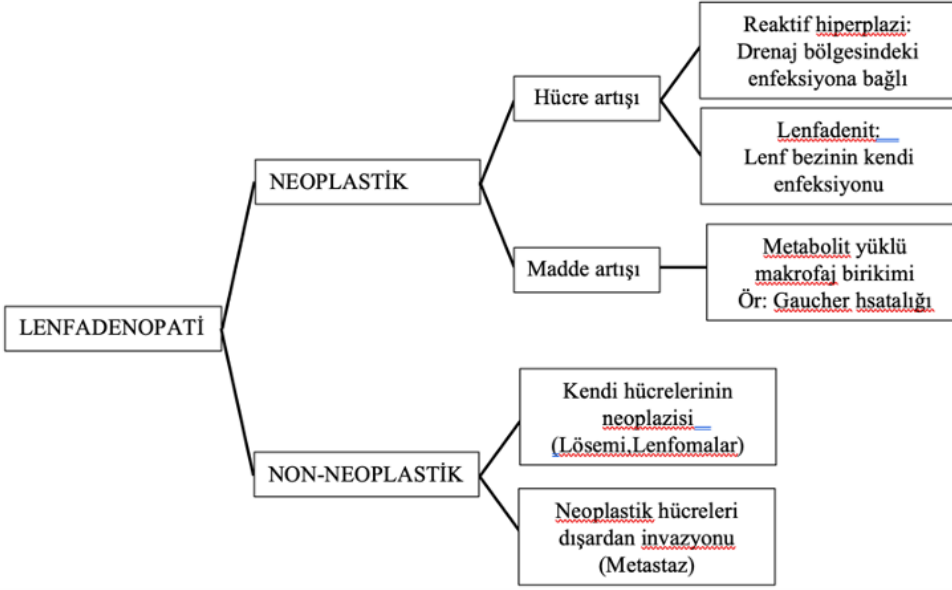
Olgu



Vücuttaki lenf bezlerinin anatomik yerleşimi



Lenfadenopati etiopatogenezi



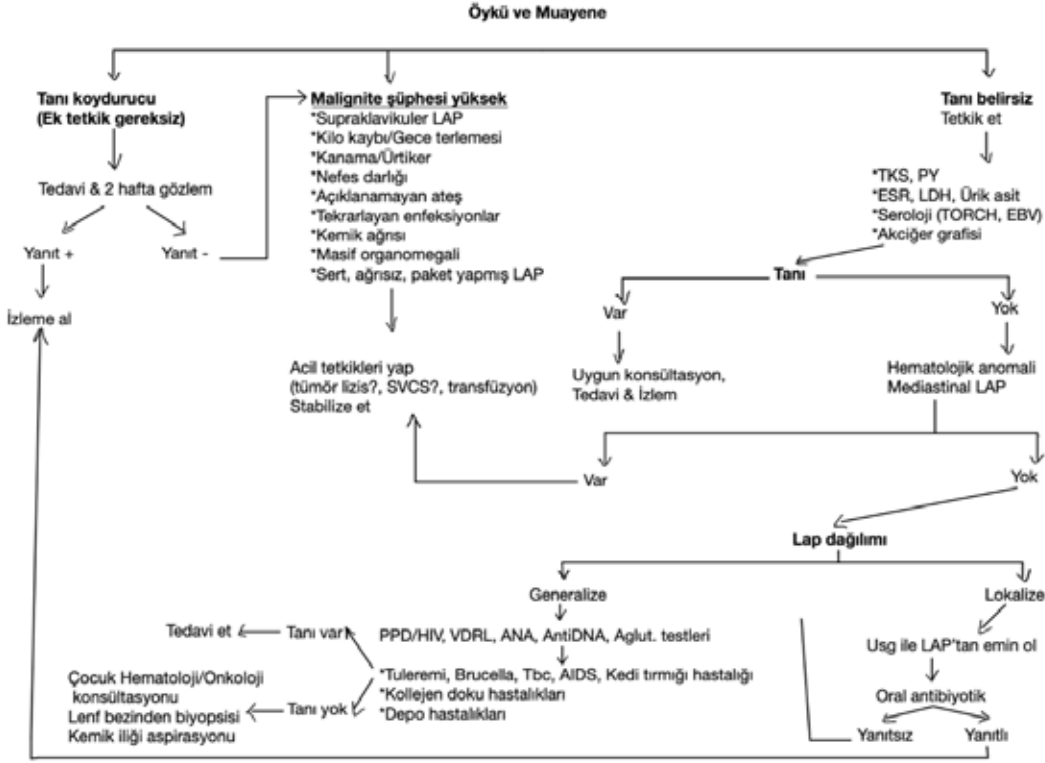
Çocukluk çağında lenfadenopatiyle karışabilen servikal patolojiler

Boyunda Kitle Sebepleri	
Brankial kleft kisti	Lenfanjiom
Tiroglosal duktus kisti	Kistik higroma
Timus bezi anomalileri	Fibromatosis Coli
Tiroid bezi anomalileri	Silaolitiasis/Sialoadenit
Dermoid ve Teratoid kistler	Laringosel
Hemanjiom	Özafagus divertikülü

Lenfadenopatili hastada biyopsi endikasyonları

Acil Biyopsi	Gözlem sonrası biyopsi
Sert ağrısız paket yapmış LAP	Nonspesifik tedaviye yanıtız LAP
Mediastinal /Supraklaviküler LAP	Spesifik enfeksiyon şüphesi
Kan sayımında sitopeni	4-6 hafta içinde gerilemeyen LAP
Abdominal kitle/Masif organomegali	>2 hafta büyümeye devam eden LAP
Gece terlemesi, refrakter ateş ve >%10 tartı kaybı	

Çocuklarda lenfadenopatilere yaklaşımda algoritma



EP-025

Ateş ve ishalle başvuran pediatrik Listeria olgusu

Mirsaid Aghalarov¹, Merve Nur Arı¹, Pınar Önal², Gözde Sever², Gülşen Kes², Beste Eren², Fatma Deniz Aygün², Haluk Cezmi Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Spor oluşturmeyen gram-pozitif bir basil olan *Listeria monocytogenes* toplumda sık görülmeyen bir enfeksiyon hastalığı etkenidir. *L. monocytogenes*'e bağlı en sık rastlanan klinik tablo ishal olmakla birlikte, özellikle hücresel bağışıklık yetersizliklerinde bakteremi, santral sinir sistemi enfeksiyonu, endokardit, osteomyeliti pnömoni gibi ciddi enfeksiyonlara neden olabilmektedir. Bu yazıda ateş ve ishal şikayetiyle başvuran kan kültüründe *L.monocytogenes* üreyen sağlıklı bir erkek olgu sunulacaktır.

YÖNTEM:Hasta onamı alınmıştır

BULGULAR:Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 16 yaşında erkek hasta 2 gündür devam eden ateş ve eşlik eden kusma, ishal ve baş ağrısı şikayeti ile başvurdu. Anamnezinde şüpheli hazır gıda tüketimi mevcuttu. Genel durumunun düşkün ve oral alımının yetersiz olması nedeniyle yatışı yapılan hastanın fizik muayenesinde inguinal ve servikal lenfadenopati dışında bir özellik yoktu. Laboratuvar değerlendirilmesinde bisitopeni ve yüksek enfeksiyon göstergeleri saptanan hastanın, periferik yayması normaldi. Kan kültüründe penisilin duyarlı *Listeria* SPP. üremesi oldu. İzleminde genel durumu düzelen hasta ağızdan amoksisilin-klavulanik asit tedavisi ile taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:*Listeria monocytogenes* toplumda nadir görülen, klinik ve laboratuvar bulgularla diğer enfeksiyonlardan ayırt edilmesi güç olan, kesin tanının etkenin izole edilmesiyle konulan bir enfeksiyon hastalığı etkenidir. Özellikle hazır gıda ve süt ürünleri tüketimi sonrasında ateş ve ishal ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Listeriozis, gram-pozitif basil, ishal

EP-027

Konjenital Toksoplazmozis: Bir Olgu Sunumu

Merve İşeri Nepesov¹, Esra Topal², Osman Kızılay³, Elif Özalkaya⁴

¹SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon, İstanbul

²SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

³SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göz Hastalıkları, İstanbul

⁴SBÜ Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital toksoplazmozis, gebelikte geçirilen maternal enfeksiyonun fetusa geçmesiyle oluşan intrauterin bir enfeksiyon olup bebekte birçok sistemi etkileyebilir. Kesin tanısının konulması için hastaların uzun dönem takibinin yapılması gereklidir. Bu yazıda, Toksoplazma Ig M pozitifliği ilk kez 12 aylıkken görülen bir olgu sunulmuştur.

YÖNTEM:Otuz dokuz yaşında bir annenin 3. gebeliğinden 37+6 haftalık 2530 gram olarak doğan bebeğin prenatal öyküsünde 28 haftalıkken bilateral ventriküloomegali saptanması üzerine annede bakılan Toksoplazma Ig M ve Toksoplazma Ig G pozitif (yüksek avidite) gelmesi üzerine anneye spiramisin tedavisi başlanmış olup anne doğuma kadar kullanmış.

BULGULAR:Yenidoğan bebeğin fizik muayenesinde genel durumu iyi ve vital bulguları normal aralıkta saptandı. Vücut ağırlığı: 2530 g (11 p), boy: 50 cm (75 p), baş çevresi: 35 cm (75 p) ve fizik muayene bulguları doğal idi. Hastanın göz muayenesinde sağ gözde makula tutulumlu koryoretinit odağı ve vitritis saptandı. Kraniyal ultrasonografisinde ventriküler sistem geniş (bilateral LI: 19 mm, VI: 0,42), korpus kallozum ince izlendi. Bebeğin Toksoplazma IgG: 650 (1-3) IU/ml, Toksoplazma IgM: 0,3 (0,8-1) IU/ml olarak saptandı. BOS biyokimyasında protein: 252 mg/dl, glukoz 48 mg/dl olarak sonuçlandı. Kan ve BOS Toksoplazma PCR negatif idi. Annede Toksoplazma Ig M ve Toksoplazma Ig G pozitifliği olan, hidrosefali ve koryoretiniti olan hastaya sülfadiazin, primetamin, folinik asit tedavisi başlandı; gözde aktif koryoretinit odağı olması üzerine tedaviye prednizolon eklendi. İlk 11 aylık takiplerinde Toksoplazma IgM negatif seyreden hastanın Toksoplazma IgG düzeyi 650 IU/ml'den 4,3 IU/ml'ye kadar geriledi. Tedavisi 1 yıla tamamlanan hastanın tedavi kesildikten iki hafta sonra bakılan serolojik testlerinde Toksoplazma Ig M: 1,02 (pozitif) IgG: 22 IU/ml olarak saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Antenatal dönemde konjenital toksoplazmozis kuşkusu olan olgular doğum sonrası ayrıntılı değerlendirilmeli, hem tanı konulması hem de tanının dışlanması için hastaların en az bir yıl süre ile takip edilmesi gerekmektedir. Mikrobiyolojik testler tanıda yardımcı olmakla beraber tedavi kararı verilirken hastanın klinik, laboratuvar, mikrobiyolojik ve radyolojik bulgularının bir arada değerlendirilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Konjenital Toksoplazmozis, intrauterin, yenidoğan

EP-030

İnfluenza B enfeksiyonunun nadir bir komplikasyonu: Akut selim çocukluk çağı miyoziti

Cansu Günerhan, Ramazan Talşık, Özge Marangoz, Selen Mandel Işıklı, Özlem Bostan Gayret, Meltem Erol
İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ: İnfluenza tip B ile ilişkili akut selim çocukluk çağı miyoziti gibi nadir görülen bir vakayı sunmak.

YÖNTEM: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde takip edilen influenza tip b ilişkili akut selim çocukluk çağı miyoziti tanısı alan hasta retrospektif olarak dosya bilgileriyle incelendi.

BULGULAR: Dokuz yaşındaki erkek hasta, on gündür devam eden 39°C'ye varan ateş, burun akıntısı şikâyeti ile acil servise başvurmuş. Üst solunum yolu enfeksiyonu olarak değerlendirilerek analjezik ile taburcu edilmiş. Son bir haftadır bacaklarındaki ağrı şikayetleri artarak yürüyememe ve kuvvet kaybı başlaması üzerine tekrar tarafımıza başvurdu. Travma öyküsü olmayan hastanın eklemelerde hassasiyet, şişlik veya kızarıklık izlenmedi. Fizik muayenesinde orofarenks hiperemik izlenen, postnazal seröz akıntı gözlenen hastanın alt ekstremitelerde kas gücünde ve tonusunda, eklem hareket açıklıklarında ve derin tendon reflekslerinde patoloji saptanmadı. Her iki gastrokiniyus kası üzerinde palpasyon ile hassasiyeti olan hastanın cildinde kızarıklık, ısı artışı, döküntü ve ödem gözlenmedi. Başvuru sırasındaki tetkiklerinde: eritrosit sedimentasyon hızı, akut faz reaktanları ve hemogramı normal sınırlarda olup serum kreatinin kinaz (CK):8632 U/L, aspartat aminotransferaz: 254 U/L olarak sonuçlandı. Hastanın böbrek fonksiyon testleri ile idrar analizi normaldi. Hastanın daha önce benzer şikâyeti olmamıştı, ailesinde bilinen kas hastalığı öyküsü yoktu. Hastanın, miyozit ön tanısı ile kliniğe yatırışı yapıldı. İnfluenza sezonu olması nedeniyle hastanın anamnezi, klinik ve laboratuvar özellikleri dikkate alınarak viral üst solunum yolu paneli örneği alındı. İnfluenza b pozitifliği saptandı. Oseltamivir,analjezik tedavisi başlandı. Takiplerinde yakınmaları ve CK düzeyi gerileyen hasta yatışının 3. gününde taburcu edildi. Bir hafta sonra polikliniğe başvuran hastanın aktif yakınması yoktu, fizik muayenesinde özellik saptanmadı. Kontrol tetkiklerinde serum CK düzeyinin (151 U/L) gerilediği gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Akut selim çocukluk çağı miyoziti, kendi kendini sınırlayan bu hastalığın gereksiz ileri tetkik ve tedavi planlarını önlemek adına benzer klinik bulgular ile seyreden hastalıklardan ayırımı önemlidir.

Anahtar Kelimeler: miyozit, kreatin kinaz yüksekliği, influenza B

Hastalığın başlangıcından itibaren laboratuvar bulguları

GÜN	CK (U/L)	ALT (U/L)	AST (U/L)	Total lökosit (mm ³)	Nötrofil (mm ³)	Lenfosit (mm ³)
1.GÜN	8632	54	254	3.750	1.870	1.450
2.GÜN	12659	75	312	4.370	2.450	1.560
3.GÜN	3046	121	250	2.560	1.110	1.190
10.GÜN	151	59	35	5.830	3.820	1.690

EP-032

Bronkopnömoni Seyrinde Viral Etkenlere Bağlı Olarak Gelişen Trombositoz Olgusu

Nazmiye Yeni, Selma Saraç, Didem Kızmaz İşançlı, Önder Kılıçaslan, Çiğdem Kırmacı, Adem Karbuz

Prof.Dr.Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları,İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Çocukluk çağında enfeksiyon hastalıklarının seyri sırasında, farklı fizyopatolojik mekanizmalar ile koagülasyon sistemi etkilenebilmektedir. Biz de bronkopnömoni tanısıyla takip edilen, solunum yolu multipleks polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) panelinde rhinovirüs ve respiratuvar sinsityal virüs (RSV) saptanan ve enfeksiyona sekonder trombositoz gelişen bir vakayı sunmak istedik.

YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:2,5 aylık kız hasta öksürük, nefes darlığı, hırıltılı solunum ve 38.5°C ateş şikayetleriyle başvurdu. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde yaygın kreptan ral, ekspiryum uzunluğu ve subkostal retraksiyonları olan hastanın laboratuvar incelemelerinde C-reaktif protein 117 mg/dl ve prokalsitonin 4.94 ng/ml saptandı. Tam kan sayımı, kan gazı ve diğer biyokimyasal parametreleri normaldi. Çekilen akciğer grafisinde kostalarda düzleşme ve bilateral parakardiyak infiltrasyon mevcuttu. Bronkopnömoni ön tanısıyla takip edilen ve akut faz reaktanları yüksek olan hastaya olası bakteriyel etkenlere uygun ampisilin-sulbaktam, inhaler tedavi, beslenme azlığı nedeniyle hidrasyon ve yüksek akım nazal kanül ile oksijen desteği başlandı. Solunum yolu multipleks PCR'da rhinovirus/enterovirüs ve RSV saptandı. Yatışının 6. gününde alınan hemogramında trombositoz ($1440 \cdot 10^3/uL$) bulundu. Diğer seriler ise normal sınırlarda idi. Yatışının 9. gününde hemogram kontrolünde trombosit $1041 \cdot 10^3/uL$ saptandı. Periferik yayması trombositoz ile uyumlu idi, atipik hücre görülmedi. Trombositoz etyolojisine yönelik diğer nedenlerin ekarte edilmesi sonucunda enfeksiyona sekonder trombositoz geliştiği düşünüldü. Takibinde akut fazlar reaktanları negatifleşti. Kan kültüründe üreme olmadı. İnhaler tedavileri azaltıldı ve oksijen desteği kesildi. Yatışının 10. gününde haftalık hemogram takibi planlanılarak şifa ile taburcu edildi. Sonraki takiplerinde trombosit sayısı sırasıyla $600 \cdot 10^3/uL$ ve $425 \cdot 10^3/uL$ olarak saptanarak normal sınırlara gerilediği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Trombositoz, trombosit sayısının $450 \cdot 10^3/uL$ üzerinde olmasıdır. Primer veya sekonder olarak sınıflandırılabilir, çocuklarda genellikle sekonderdir ve enfeksiyonlar bu nedenler arasındadır. Çocuklarda ise solunum yolu enfeksiyonları en sık karşılaşılan enfeksiyonlar olup enfeksiyona neden olan viral etkenler; trombositozu neden olabilir. Bu sebeple trombositoz saptanan çocuklarda, enfeksiyon hastalıkları akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Trombositoz, Rsv, Rhinovirüs

EP-033

Uzamış Ateş Etiyolojisinde Nadir Sebeplerden Biri: Salmonella Olgusu

Sedanur Çelik¹, Lütfiye Şahin², Senem Ulukaya², Nazan Dalgıç²

¹SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²SBÜ Şişli Hamidiye Etfal Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Salmonella türleri hayvan ve hayvan ürünleri ile kontamine gıdalar ve sularla bulaşan zoonotik bir enfeksiyon olup önemli bir halk sağlığı sorunudur. Klinik tablolarında gastroenterit, kendini sınırlayan bakteriyeminin eşlik ettiği ateşli bir hastalık, lokalize enfeksiyonlar, tifo gibi geniş bir spektrum oluşturur. Bu olguda 8 yaşında uzamış ateş ile başvuran *salmonella typhi* tanısı alan hasta sunulmuştur.

BULGULAR: 8 yaş erkek hasta yaklaşık 10 gündür, her gün olan en yüksek 39°C'ye ulaşan ateş, bel ağrısı ve 2-3 kez olup geçen sulu dışkılama şikayeti ile acile başvurdu. Hikayesinde arkadaşları tarafından darp edildiği, batın ön ve lomber bölgeye çok sayıda darbe aldığı sonrasında ağrıları başladığı öğrenildi. Yapılan muayenesinde vücut sıcaklığı 38,2°C, solunum sayısı 30/dk, nabız 120/dk, kan basıncı 111/65 mmHg idi, sistem muayenesinde lomber bölgede palpasyonla hassasiyet mevcuttu, travmaya bağlı lezyon gözlenmedi. Alınan tetkiklerinde lökosit:9570/mm³ nötrofil:7300/mm³ prokalsitonin:1,0ug/l, CRP:72 mg/dl, sedimentasyon:36 mm/sa, idrar tahlilinde dansite:1027, idrar mikroskopisinde her sahada 1 lökosit 1 eritrosit mevcuttu, diğer biyokimya parametrelerinde patoloji yoktu. Travma öyküsü olması nedeni hastaya batın ve lomber tomografi çekildi. Lomber tomografide kemik yapıda dejeneratif değişiklikler, batın tomografisinde sol böbrekte pyelit? ile uyumlu görüntü izlendi. Travma öyküsü nedeniyle çocuk cerrahisine danışılan hastanın muayenesi ve radyolojik bulguları ile mevcut ateş ve bel ağrısı travmaya sekonder olmadığı, cerrahi patoloji düşünülmeyeceği bildirildi. Hastanın uzamış ateş etiyojisi değerlendirilmesi açısından sepsis tanısıyla kan ve idrar kültürü alınarak seftriakson antibiyoterapisi başlandı, çocuk enfeksiyon servisine yatırılı yapıldı. Alınan kan kültürünün 72.saatinde *salmonella typhi* üremesi oldu. İzleminde bel ağrısı devam eden ve hareket kısıtlılığı olan hasta sakroileit açısından ortopediye danışıldı. Ortopedi tarafından pelvik ve spinal manyetik rezonans görüntüleme istenen hastaya görüntüleme planlandı. İleri tetkik ve tedavisi devam ediyor.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Uzamış ateş şikayetiyle gelen olgularda nadir etkenlerden olsa da salmonella enfeksiyonları ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Ülkemizde ara ara epidemiy yapması nedeni ile hala önemli halk sağlığı sorunudur. Enfeksiyonun önlenmesinde bulaşma yolları ve kaynaklarının kontrol altına alınması önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ateş, Salmonella, Sepsis

EP-036

Eritema Nodozum İle Tanı Alan Akciğer Tüberkülozu Olgusu

Serra Genç¹, Utkucan Kaban¹, Elif Dede², Asuman Demirbuğa², Ayşe Büyükcem², Ayper Somer², Selda Hançerli Törün²

¹İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Eritema nodozum (EN); eritematöz, basmakla hassas, bacak ön yüzündeki nodüler cilt lezyonudur. Enfeksiyonlar, romatolojik hastalıklar, tüberküloz gibi çok sayıda hastalıkla ilişkili veya idiyopatik olabilen bir pannikülitir.

YÖNTEM: Vakamızda EN ile başvuran, tetkikleri sonucunda tüberküloz tanısı alan olgumuz sunulmuştur.

BULGULAR: Öncesinde sağlıklı olan 14 yaş kız hasta, iki aydır alt bacakta ve iki ayak bileğinde çok sayıda ağrılı şişlikle başvurdu. Anamnezinde gece terlemesi, kilo kaybı, öksürük, ateş, tekrarlayan oral aft gibi yakınmaları, çiğ süt-peynir tüketimi, yakın zamanda enfeksiyon geçirme öyküsü, bilinen tüberküloz teması bulunmamaktaydı. Başvurusunda genel durumu iyi olan hastanın boyu 154 cm (SDS:-1,87), tartısı 36,7 kg (SDS:-2,71) idi. Muayenesinde; sağ ayak bileği medial malleolde ve sol ayak bileği posteriorunda 3x3 cm boyutunda, palpasyonla sert ve ağrılı, ısı artışının olduğu eritemli zeminde ekimotik lezyonlar görüldü. Diğer sistem muayenelerinde patoloji yoktu. Tetkiklerinde trombositoz (602.000 /mm³), C-reaktif protein (11 mg/L) ve sedimentasyon (42 mm/saat) artışı saptandı. Transaminazları, böbrek fonksiyon testleri, elektrolitleri, koagülasyon parametreleri normal aralıktaydı. Yüzeysel ultrasonografide ciltaltı doku kalınlığı artmış olup görünüm pannikülit ile uyumluydu. Akciğer grafisi sol üst lobda periferik ve santral kama benzeri opasite artışları görüldü. İleri tetkik amacıyla çekilen bilgisayarlı toraks tomografisinde; sol üst akciğerde santral ve periferik tree in bud formasyonları görüldü, tüberküloz veya atipik enfeksiyon proseslerle uyumlu olarak değerlendirildi. Hastadan alınan açlık mide sıvısında mikobakteri tipendirme için yapılan PCR testinde Mycobacterium tuberculosis kompleks pozitif saptandı, mikobakteri kültüründe; Mycobacterium tuberculosis kompleks üredi ve izoniazid, rifampisin, etambutol, streptomisine duyarlı olarak raporlandı. Hastaya izoniazid, rifampisin, pirazinamid, etambutol tedavisi başlandı. Tedavinin 1. ayında hastanın kontrol muayenesinde ayak bileğindeki ağrılı şişlikleri gerilemişti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: EN sıklıkla tedavi gerektirmeyen bir bulgu olmakla birlikte altta yatan hastalığın tedavisi önemlidir. EN ile başvuran çocuk hastalarda altta yatan hastalığı tespit etmek için muayene bulguları ve laboratuvar verileriyle hastanın bütüncül olarak değerlendirilmesi gereklidir. Tüberküloz Türkiye gibi gelişmekte olan ülkelerde önemini korumaktadır. Bu nedenle EN'lu çocuk olgular değerlendirilirken tüberküloz öncelikle düşülmesi gereken hastalıklardandır.

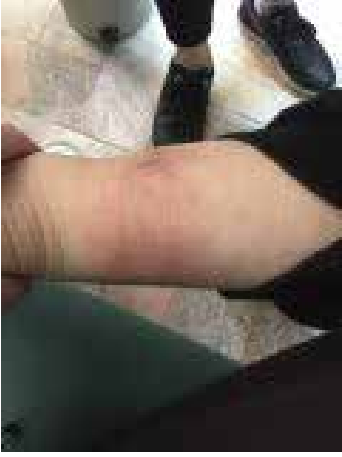
Anahtar Kelimeler: Çocuk, eritema nodozum, tüberküloz

Resim1



eritema nodozum

Resim 2



eritema nodozum

Resim3



Akciğer grafisi: Sol üst lobda periferel ve santral kama benzeri opasite artışı

Resim4



BT: Sol akciğer üst lobda santral ve periferel tree in bud formasyonları

EP-037

Bruselloz İlişkili Bir Hemofagositik Lenfohistiositoz Olgusu: Epidemiyolojik Öykünün Önemi

Esmâ Akboğa¹, Senem Ulukaya², Nazan Dalgıç², Lutfiye Keskin², Dildar Bahar Genç³

¹Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Onkoloji ve Hematoloji Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Hemofagositik lenfohistiositoz (HLH), anormal immün aktivasyon ve aşırı inflamasyonun doku hasarına neden olduğu, ölümcül seyredabilen nadir bir sendromdur. HLH, genetik etiyojolojiye bağlı primer veya malignite, otoimmün hastalıklar veya enfeksiyonlara bağlı sekonder olarak ortaya çıkabilir. Enfeksiyonlara bağlı sekonder HLH etiyojijisi arasında görülen Brusella, zorunlu intraselüller yerleşen ve üreyen Gr (-) bir kokobasildir. İyi pastörize edilmemiş süt ve süt ürünlerinden bulaşır. Ondulan ateş tipiktir. Burada, hemofagositik sendrom sebebi olarak tanımlanan bir bruselloz olgusu sunulmuştur.

BULGULAR:On bir yaşında kız hasta; yüksek ateş, halsizlik, baş ve eklem ağrısı yakınmaları nedeniyle başvurdu. Yakınmalarının 1 hafta önce başladığı, ateşinin 5 günden uzun sürdüğü, halsizliğinin ve genel durumunun giderek bozulduğu belirtildi. Anamnezinde son 2 yıldır Malatya ilinden temin edilen pastörize edilmemiş peynir ile beslendiği öğrenildi. Fizik muayenesinde ağırlığı 45 kg(75-90p), boy 153 cm(50-75p), vücut sıcaklığı 39°C, nabız 92/dk, solunum sayısı 24/dk, tansiyon arterial 110/60 mmHg, sistem muayenesinde hepatosplenomegali mevcuttu. Tetkiklerinde Hb 9,4 g/dl, lökosit 1960/mm³, nötrofil 1140/mm³, lenfosit 690/mm³, trombosit 15.000/mm³, ALT 80 U/L, AST 205 U/L bulundu. Trigliserit 307 mg/dl, ferritin 11,370 ng/ml, fibrinojen 2,04 g/L, LDH 1359 U/L idi. Brusella spot 1/320 ve Tüp aglütinasyon testi (Wright testi) 1280 pozitif bulundu. Kan kültüründe Brusella Mellitensis üredi. Kemik iliği aspirasyonunda hemofagositoz izlendi. Olguya brusella enfeksiyonuna sekonder gelişen hemofagositoz sendromu tanısı ile doksisisiklin (4,4 mg/kg/gün) ve gentamisin (5 mg/kg/gün) başlandı ve 6 hafta uygulanması planlandı. Tedavide HLH-2004 protokolüne uygun deksametazon ve IVIG (0,5 gr/kg) yer aldı. Tedavi sonrası sekel izlenmemiş olup izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ülkemiz koşullarında persistan yüksek ateş, hepatosplenomegali ve ferritin yüksekliği ile gelen olgularda HLH düşünülmesi erken tanı açısından önemlidir. HLH'de altta yatan enfeksiyöz etkenleri araştırmak için yapılacak testlerin seçiminde; hastaların öykü ve klinik bulgularının yanı sıra epidemiyolojik faktörler de göz önünde bulundurulmalıdır. Hastalar pastörize olmamış süt ve süt ürünleri tüketimine ve endemik bölgeye göre bruselloz ve leishmaniazis gibi enfeksiyonlar açısından da taranmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Brusella, Çocuk, hemofagositik lenfohistiositoz

EP-039

Çocuk Hastalarda Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu,Dental İşlem Sonrası Servikofasial Cilt Altı Amfizem,Orbital Amfizem ve Pnömomediastinum

Tuba Karaca¹, Emine Hafize Erdeniz², Mehmet Çelebi³, Nurlan Majidov³

¹Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Samsun/Türkiye

²Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Samsun/Türkiye

³Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Servikofasial amfizem,orbital amfizem ve pnömomediastinum dental girişimlerden sonra nadir görülen komplikasyonlardır ve yüksek hızlı hava türbinli dental matkap kullanımıyla bağlantılıdır.

Bu olgu sunumu ile sağ alt birinci ve ikinci molar diş arasına ara yüz dolgusu yapılması sonrasında yüksek hızlı hava türbinli dental matkap kullanılmasına bağlı servikofasial cilt altı amfizem, orbital amfizem ve pnömomediastinum gelişen hasta sunulmuştur.

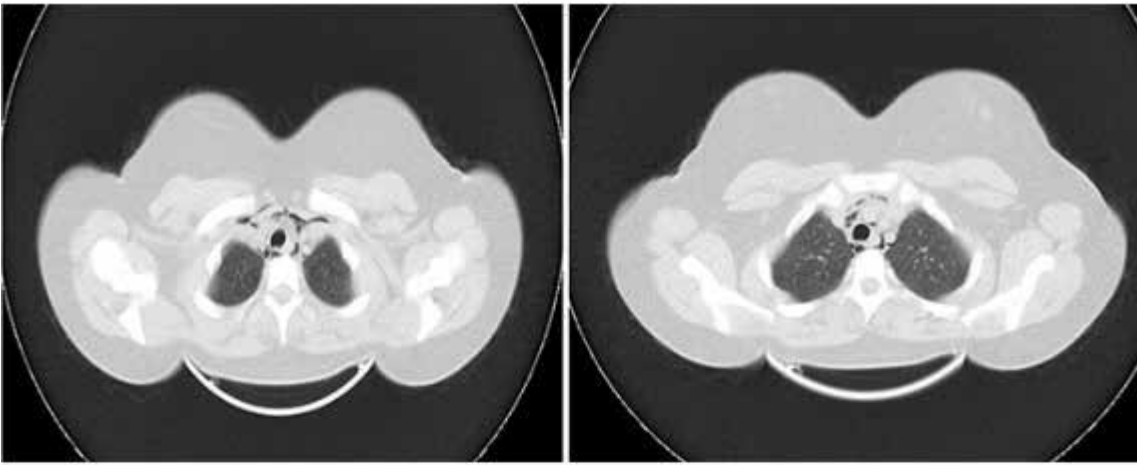
YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:14 yaşında kız hasta,sağ alt birinci ve ikinci molar diş arasına ara yüz dolgusu yapıldıktan sonraki onbeşinci günde merkezimize başvurdu. İşlemin ikinci saatinde sağ gözünde şişlik oluştuğu, şişliğin artması üzerine göz damlası kullandığı öğrenildi.Şişliğin artıp boyuna yayılması ve göğüs ağrısı gelişmesi üzerine işlemin yedinci gününde yatırılarak bir hafta intravenöz antibiyotik verildiği öğrenildi. Şikayetleri gerilemeyen hastaya çekilen Orbita BT'de bulguların preseptal selülit ile uyumlu olması üzerine tarafımıza sevk edildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok.Başvuruda hastanın genel durumu iyi, vital parametreleri normal, satürasyonu %97 olarak değerlendirildi.Fizik muayenede vücut ağırlığı:78 kg(>99 p) boyu:167 cm(>99 p),sağ göz kapağı, yüz ve boyunda cilt altı amfizeme bağlı krepitasyon, kızarıklık, şişlik mevcuttu.Sistemik muayenesinde ek özellik yoktu.Boyun ve Toraks BT'de yüz ve boyundan başlayıp, sağ orbita etrafında da olan T6 vertebraya kadar uzanan cilt altı amfizem ve pnömomediastinum izlendi.Laboratuar bulgularında:Wbc:12030 u/L crp:26 mg/L olarak sonuçlandı.Preseptal selülit dışlanamadığından antibiyotik tedavisi düzenlenip servise yatırıldı.Hastanın yatışının ikinci gününde merkezimiz göz bölümü tarafından sağ göz kapağına 0,5 cm kesi atılarak cilt altı hava drene edildi. Takibinde ateşi olmadı ve enfeksiyon parametreleri düzeldi. Krepitasyonu ve şişliği gerileyen hasta tedavisi tamamlandıktan sonra oral antibiyoterapi ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.

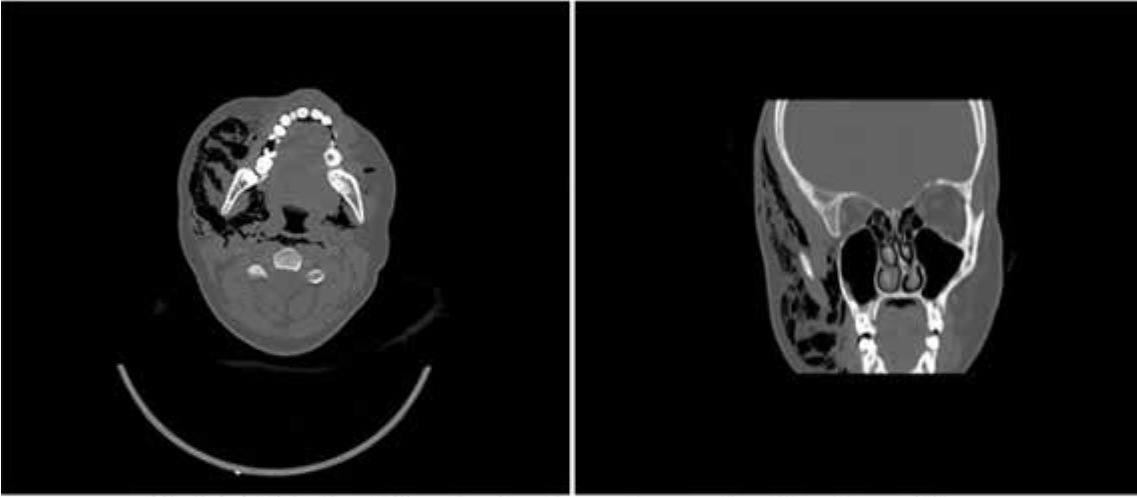
TARTIŞMA VE SONUÇ:Dental işlemlere bağlı gelişen cilt altı amfizem,orbital amfizem ve pnömomediastinum, genellikle kendini sınırlar ve ek bir işleme gerek duyulmaz. Ancak nadiren de olsa trakeal bası, pnömomediastinum, mediastinit, pnömoperikardium, sepsis ve kardiyak tamponad gibi hayatı tehdit edici durumlara da yol açabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dental işlem, Cilt altı amfizem, Orbital amfizem, Pnömomediastinum.

Olgunun fiziksel ve radyolojik görüntüleri



Resim 1:T6 vertebraya kadar ilerleyen pnömomediastinum



Resim 2:Sağ orbita etrafında ve boyunda cilt altı amfizem



Resim 3:Cilt altı hava drenasyonu öncesi ve sonrası

olgunun ve ailesinin yazılı izni dahilinde görüntüleri kullanılmıştır

Poster sunu

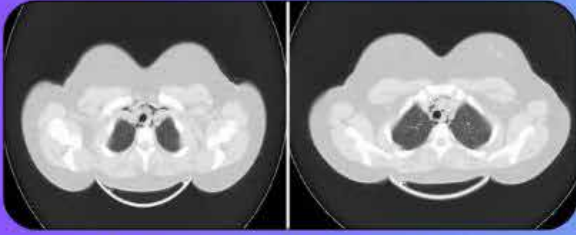


ÇOCUK HASTALARDA NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU SUNUMU, DENTAL İŞLEM SONRASI SERVİKOFASİYAL CİLT ALTI AMFİZEM, ORBITAL AMFİZEM VE PNÖMOMEDİASTİNUM



Tuba Karaco, Emine Hafize Erdeniz, Mehmet Çelebi, Nurhan Majidov

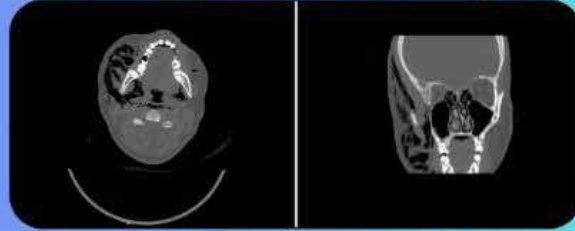
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Samsun/Türkiye
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye
Ondokuzmayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi KBB Anabilim Dalı, Samsun/Türkiye



Resim 1. T6 vertebraya kadar ilerleyen pnömomediastinum

OLGU SUNUMU

14 yaşında kız hasta, sağ alt birinci ve ikinci molar diş arasına ara yüz dolgusu yapıldıktan sonraki onbeşinci günde merkezimize başvurdu. İşlemin ikinci saatinde sağ gözünde şişlik oluştuğu, şişliğin artması üzerine göz damlası kullanıldığı öğrenildi. Şişliğin artıp boyuna yayılması ve göğüs ağrısı gelişmesi üzerine işlemin yedinci gününde yatırılarak bir hafta intravenöz antibiyotik verildiği öğrenildi. Şikayetleri gerilemeyen hastaya çekilen Orbital BT'de bulguların preseptal selülit ile uyumlu olması üzerine tarafımıza sevk edildi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yok. Başvuruda hastanın genel durumu iyi, vital parametreleri normal, saturasyonu %97 olarak değerlendirildi. Fizik muayenede vücut ağırlığı: 78 kg (>99 p), boyu: 167 cm (>99 p), sağ göz kapağı, yüz ve boyunda cilt altı amfizeme bağlı krepatasyon, kızarıklık, şişlik mevcuttu. Sistemik muayenesinde ek özellik yoktu. Boyun ve Toraks BT'de yüz ve boyundan başlayıp, sağ orbita etrafında da olan T6 vertebraya kadar uzanan cilt altı amfizem ve pnömomediastinum izlendi. (Resim 1-2). Laboratuvar bulgularında Wbc: 12030 u/L, crp: 26 mg/L olarak sonuçlandı. Preseptal selülit dışlanmadığından antibiyotik tedavisi düzenlenip servise yatırıldı. Hastanın yatışının ikinci gününde merkezimiz göz bölümü tarafından sağ göz kapağına 0,5 cm kesi atılarak cilt altı hava drene edildi. (Resim 3) Takibinde ateşi olmadı ve enfeksiyon parametreleri düzeldi. Krepatasyonu ve şişliği gerileyen hasta tedavisi tamamlandıktan sonra oral antibiyoterapi ile poliklinik kontrolü önerilerek taburcu edildi.



Resim 2. Sağ orbita etrafında ve boyunda cilt altı amfizem



RESİM 3. Cilt altı hava drenajyonu öncesi ve sonrası

AMAC

Servikofasial amfizem, orbital amfizem ve pnömomediastinum dental girişimlerden sonra nadir görülen komplikasyonlardır ve yüksek hızlı hava türbinli dental matkap kullanımıyla bağlantılıdır.(1)

Bu olgu sunumu ile sağ alt birinci ve ikinci molar diş arasına ara yüz dolgusu yapılması sonrasında yüksek hızlı hava türbinli dental matkap kullanımına bağlı servikofasial cilt altı amfizem, orbital amfizem ve pnömomediastinum gelişen hasta sunulmuştur.

SONUC

Dental işlemlere bağlı gelişen cilt altı amfizem, orbital amfizem ve pnömomediastinum, genellikle kendini sınırlar ve ek bir işleme gerek duyulmaz.(2) Ancak nadiren de olsa trakeal baskı, pnömomediastinum, mediastinit, pnömoperikardium, sepsis ve kardiyak tamponad gibi hayati tehdit edici durumlara da yol açabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Dental işlem, Cilt altı amfizem, Orbital amfizem, Pnömomediastinum

KAYNAKLAR

1. Guest PG, Henderson S. Surgical emphysema of the mediastinum as a consequence of attempted extraction of a third molar tooth using an air turbine drill. Br Dent J 1991;171:283-4.
2. Cardo VA Jr, Mooney JW, Stratigos GT. Iatrogenic dental-air emphysema: report of case. J Am Dent Assoc 1972;85:144-7.
3. Szubin L, La Bruna A, Levine J, Komisar A. Subcutaneous and retropharyngeal emphysema after dental procedures. Otolaryngol Head Neck Surg 1997;117:122-3.

*** Olgunun fiziki ve radyolojik görüntüleri ailesinin yazılı izni dahilinde kullanılmıştır.

EP-040

Savaş Mağduru Bir Çocukta Kronik Osteomyelit

Salih Türkmen, Beydanur Türkmen, Çağatay Nuhoglu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Osteomyelit(OM) kemik ve kemik iliğinin iltihabi durumudur, travmaya bağlı veya kan yoluyla olabilir. OM; tedavi edilmediği takdirde ilerleyerek kemik ve organ kayıplarına neden olmaktadır. Bu nedenle OM'in doğru teşhisi önemlidir.

Bu olgu sunumunda özellikle savaş ve doğal afetlerin sıkça görüldüğü coğrafyamızda çocuklarda travma sonrası yeterli tedavi edilmeyen hastaların morbiditesi yüksek olan kronik osteomyelit riskine dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM:olgu sunumu

BULGULAR:Beş yaş yabancı uyruklu erkek hasta, sol ayakta ağrı şişlik kızarıklık ve akıntı şikayetleriyle tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesinde dört yıl önce bombayla evlerinin çökmesi sonucu göçük altında kalmış ve kalçasında yarayla kırık oluşmuş. Dört ay önce de bir patlamada sol ayağına ve çenesine şarapnel parçası gelmiş.

Hastanın muayenesinde genel durum orta, vital bulguları doğal, cilt soluk, ağız tabanında pürülan akıntı, sol alt çenede ağrısız destrüktif değişiklikler, sol ayakta akıntı, şişlik ve kızarıklık, kalça destrüksiyonu ve yürüme bozukluğu mevcut. Diğer sistemik muayeneleri doğal.

Hastanın kan tahlillerinde; Crp:106mg/L albümin:21g/L Wbc:12,37 Hgb:5,2 Hct:19,3 Mcv:62,1 Plt:295 Sedimantasyon:22, diğer kan tahlilleri yaşıyla uyumlu sonuçlandı.

Hastanın radyolojik görüntüleri ortopedi kliniğimizle birlikte değerlendirildi.

Kalça dislokasyonunun travmaya sekonder olduğu düşünüldü, sol ayak bileğindeki deformasyonlar, talus kalkaneus ve tarsal kemiklerin net olarak vizüalize edilememesi ve 3 cm boyutlarında rezidü kemik parçası izlenmesi kronik osteomyelit lehine bulgular olarak değerlendirildi.

Hastanın ayağındaki apse ve sekestrasyonlar ameliyathane şartlarında drene edildi ve doku kültürü alındı. Kültür sonucunda üreme olmadı.

Kültürde üreme olmamasına karşın kronik osteomyelitte en olası etken olarak düşündüğümüz P. auriginosa'ya yönelik olarak hastaya 6 hafta süreyle Seftazidim ve metronidazol tedavisi verildi.

Submandibuler bölgeden yara kültürü alındı. Kültür sonucunda, MRSA ve S. mitis üremesi üzerine teikoplanin, ampisilin sülbaktam tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası hasta şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Savaş ve doğal afetlerin sıkça görüldüğü coğrafyamızda çocuklarda travma sonrası yeterli tedavi edilmeyen hastalarda kronik osteomyelit gelişebileceği akılda tutulmalıdır. Savaş yaraları ve sonuçları sadece askerlerin değil sivillerin, hatta çocukların da önemli bir sağlık sorunu olarak görülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kemik Rezorpsiyonu, Kronik Osteomyelit, Savaş, Yürüme bozukluğu

Ayak bileği grafisi



tibia ve fibula distal kesimleri belirgin deforme, talus kalkaneus ve tarsal kemikler net olarak vizüalize edilemedi. Bu lokalizasyonda yaklaşık 3 cm boyutlarında rezidü kemik parçası izlendi, metatarsal kemikler belirgin deforme ve dismorfik görünümündedir

Ayak bileği grafisi



tibia ve fibula distal kesimleri belirgin deforme, talus kalkaneus ve tarsal kemikler net olarak vizüalize edilemedi. Bu lokalizasyonda yaklaşık 3 cm boyutlarında rezidü kemik parçası izlendi, metatarsal kemikler belirgin deforme ve dismorfik görünümündedir

EP-041

Olgu Sunumu: Uzamış Ateş ve Pansitopeni ile Başvuran Visceral Leishmaniasis (Kala-Azar)

Elif Ceren Oruç¹, Ahmet Selim Başkaya¹, Muhammet Özkan¹, Barış Can Özdemir¹, Batuhan Şahin¹, Tuğçe Tural Kara², Funda Tayfun Küpesiz³, Banu Nur⁴

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya,

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Antalya

⁴Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Pediatrik Genetik Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ:Visseral leishmaniasis (kala-azar), tatarcıklar tarafından taşınan Leishmania cinsi protozoonun neden olduğu, yaygın bulaşıcı zoonotik bir hastalıktır. Hastalığa, Leishmania donovani ve L. infantum parazitleri neden olur. Bu olguda uzamış ateş ve pansitopeni tablosunda başvuran ve kala-azar tanısı alan hasta sunulmuştur.

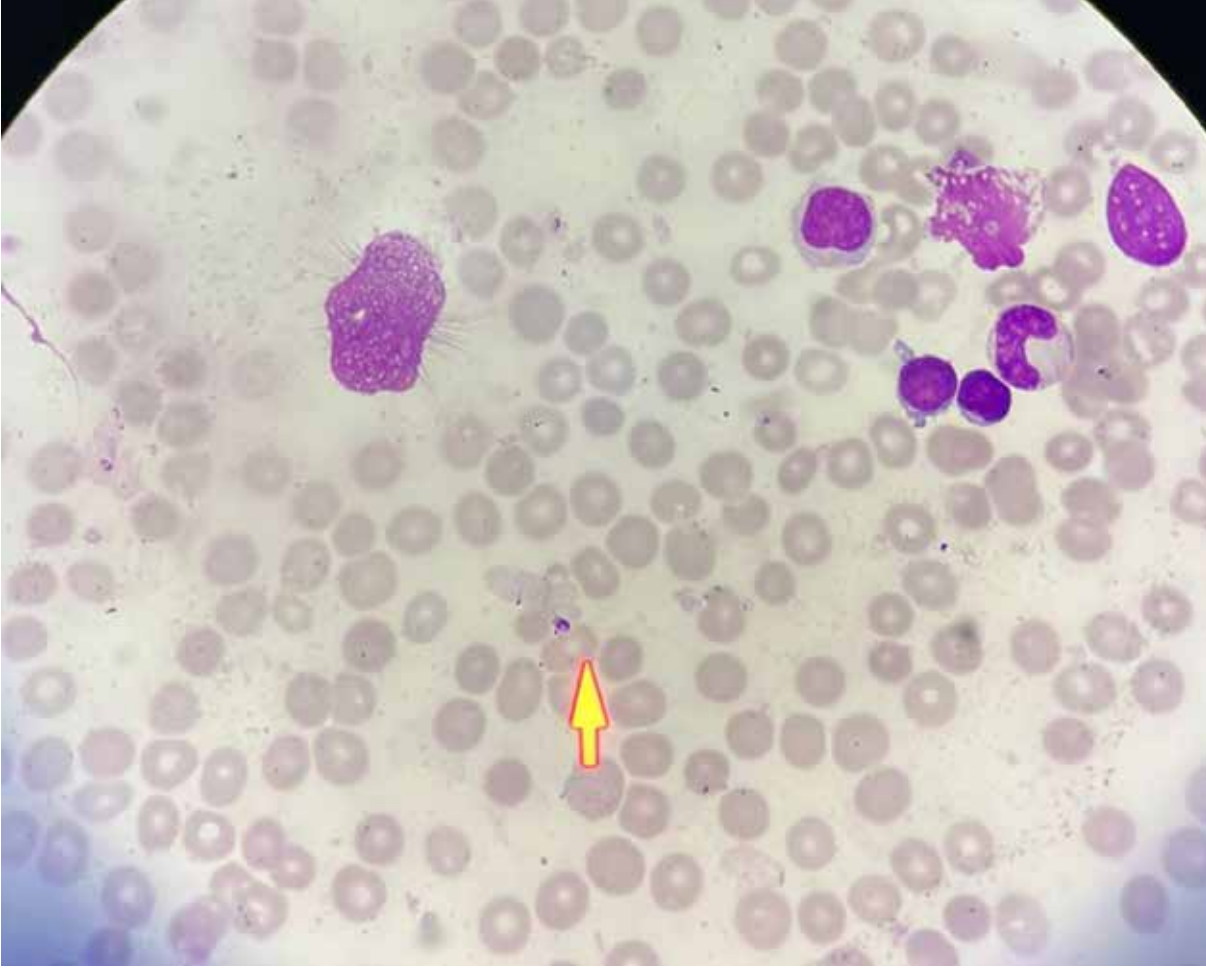
YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:Bilinen hastalığı olmayan, Alanya'da yaşayan, 2 yaş 4 aylık kız hasta, ateşinin 7. gününde Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi'nden uzamış ateş ve pansitopeni nedeniyle hastanemize sevk edildi. Öyküsü detaylandırıldığında; köyde yaşadığı, çiğ süt tüketimi olmadığı, keçi teması olduğu, köydeki çeşme suyundan içtiği, son bir ayda kilo kaybı olmadığı, akşamları sık terlemesi olduğu öğrenildi. Fizik muayenesinde; soluk görünüm ve 4-5cm hepatosplenomegali mevcuttu. Döküntüsü, ödemi ve artrit bulgusu yoktu. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin:6,2g/dL, lökosit:4780/mm³ (nötrofil:820/mm³), trombosit:54.000/mm³, C-reaktif protein:165mg/L, sedimentasyon:66mm/h, LDH:739U/L saptandı. Kan kültürleri alındı. Uzamış ateş etyolojisi açısından yapılan tetkiklerinde; EBV, CMV, parvovirus, HBV, HAV, HIV, brucella, salmonella seroloji tetkikleri negatif sonuçlandı. Ekokardiyografisinde; infektif endokardit bulgusu görülmedi, koroner arterler normal değerlendirildi. Kemik iliği aspirasyonu yapıldı; atipik hücre, blast, hemofagositoz, leishmaniasis bulgusu görülmedi. Sepsis ekarte edilemediğinden piperasilin-tazobaktam antibiyoterapisi başlandı. Yatışının 4. gününde dirençli ateşleri devam eden hastaya kemik iliği aspirasyonu tekrarlandı; leishmania amastigotları görüldü. Hastaya amfoterisin-B başlandı, tedavinin ilk 24 saatinde ateş yanıtı alındı. Amfoterisin-B tedavisi 5 gün aralıksız verildi; 14 ve 21. günlerde devam tedavisi planlandı. Ateşi olmayan, hepatosplenomegalisi gerileyen, laboratuvar bulguları düzelen hasta takibe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kala-azar, makrofaj ve mononükleer fagositik sistemde parazitlerin çoğalması ile seyreden bir hastalıktır. Tedavi edilmediği takdirde mortalitesi yüksek seyreder. Düzensiz ateş, kilo kaybı, hepatosplenomegali, pansitopeni ile karakteristik olup; sıtma, salmonelloz, bruselloz, hematolojik maligniteler ile karışabilmektedir. Sıcaklık ve nem etken parazitin insana geçişini sağlayan tatarcıkların yaşaması için en uygun koşullardır. Özellikle endemik bölgelerde uzamış ateş ve hepatosplenomegali ayırıcı tanısında mutlaka yer almaktadır. Hastalık bulgularının iyi bilinmesi erken tanı ve tedaviyi mümkün kılar.

Anahtar Kelimeler: amastigot, ateş, hepatosplenomegali, pansitopeni, visceral leishmaniasis

Kemik iliği aspirasyonu



Kemik iliği aspirasyonu yaymasında amastigot

Kala-Azar tedavisinde kullanılan ilaçlar(3)

İlaç	Dozu
Lipozomal Amfoterisin-B	3 mg/kg/gün (1-5. günler arası) 14 ve 21. günlerde doz tekrarı
Beş değerli antimon bileşikleri	20 mg/kg/gün (30 gün)
Miltefosin	2x50 mg (30-45 kg arası çocuklar, 28 gün) 3x50 mg (>45 kg çocuklar, 28 gün)

EP-042

Çocukluk çağı papüler akrodermatiti, Gianotti-Crosti Sendromu

Şeyma Karakoç, İbrahim Cemal Maslak

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk çağı papüler akrodermatiti (Gianotti-Crosti sendromu), simetrik dağılım gösteren akut, akral bölgelerde belirgin papüler veya papüloveziküler döküntü ile karakterize bir hastalıktır. En sık 1 ila 6 yaş arası çocuklarda görülür. Epstein-Barr virüsü ve Hepatit B virüsü Gianotti-Crosti sendromu ile ilişkili en yaygın patojenlerdir. Burada ekstremitelerde belirgin papüler döküntü ile başvuran 28 aylık kız hasta sunulmuştur.

YÖNTEM:28 aylık yaşına göre gelişimi normal olan hastada 10 gün önce başlayan yaygın kaşıntı, ekstremitelerde simetrik şekilde ve gövdede papüler tarzda lezyonlar çıkmış. Bir hafta steroid içeren krem kullanmış, fayda görmemiş. Ailede benzer şikayeti olmayan, atopi öyküsü olmayan, bilinen hastalığı olmayan, yakın zamanda geçirilen enfeksiyon öyküsü ve yakın zamanda aşılama öyküsü olmayan hastanın lezyonlarında gün geçtikçe artma izlenmiş.

Olgunun fizik muayenesinde üst ve alt ekstremitelerde, yüzde ve gluteal bölgede belirgin olan çok sayıda eritemli papüler lezyonlar mevcuttu.

BULGULAR:Laboratuvar tetkiklerinde tam kanda beyaz küre sayısı 14900, eozinofil yüzdesi %16.5, eozinofil sayısı 2500 saptandı. Biyokimya normal, total IgE 1011 IU/mL, EBV VCA IgM negatif, CMV VCA IgM negatif, Hepatit markerları negatif saptandı.

Cilt biyopsisinde epidermiste parakeratoz hafif spongioz, yüzeysel dermada ödem ve perivasküler ve dağınık orta belirgin lenfositik inflamasyon saptandı. Gianotti-Crosti ile uyumlu izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Gianotti-Crosti sendromu daha çok viral enfeksiyonlarla ilişkilendirilse de bazen hiçbir sistemik hastalık ile ilişkisi olmayan kendiliğinden iyileşmeye eğilimli bir dermatozdur. Semptomatik tedavi ile kendiliğinden 2-4 haftada iyileşir. Simetrik, papüller ve papüloveziküler döküntüler ile başvuran çocuk hastalarda, Gianotti-Crosti sendromu da akılda tutulmalı, böylece gereksiz tetkik ve tedavilerden uzak durulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: papüler akrodermatit, çocukluk, dermatoz, hipereozinofili

Deri lezyonları



Resim 1. Dirseklerde izlenen papüler döküntüler

Deri lezyonları



Resim 2. Akral bölgelerde (dizlerde) izlenen papüler veya plak tarzında basmakla solmayan döküntüler

EP-043

Ateş ve Döküntü ile Gelen Bir Olgu: Marsilya Humması

Gizem Güvener¹, Murat Sütçü², Manolya Kara³

¹Liv Hastanesi Ulus, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, LİV Bahçeşehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

³İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ulus Liv Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları

GİRİŞ VE AMAÇ:Rickettsia türleri gram negatif kokobasillerin neden olduğu zorunlu hücre içi bakterilerdir.Marsilya humması(akdeniz benekli ateşi) Rickettsia-conorii'nin neden olduğu bir hastalıktır.Artropod vektörler ile bulaşır.Olguların çoğu ilkbahar sonu ve yaz aylarında görülür.Akdenize kıyısı olan bölgelerde ve ülkemizde görülmektedir.Ateş,baş ağrısı,döküntü,miyalji görülebilir.Tanıda altın standart immunfloresan antikor tayinidir.Weil-felix testi de kullanılabilir.

YÖNTEM:Öncesinde bilinen sağlık yakınması olmayan 13 aylık kız hasta 5 gündür devam eden en yüksek 38.6 C ulaşan ateş ve vücutta döküntü yakınması ile getirildi.Fizik muayenede genel durumu iyi olan hastanın sistematik muayenesi doğaldı.Batında organomegali saptanmadı.Lenfadenopati izlenmedi.Vücudunda yüzde, el ve ayak tabanlarında belirgin olmak üzere generalize makülopapüler döküntü mevcuttu (Figür-1).Köpeklerle temas öyküsü olan hastanın ilk olarak yanaklarda döküntü çıktığı dönemde dış merkezde pikür düşünülerek antihistaminik tedavi başlanmıştı.

BULGULAR:Hastanın kan sayımında total lökosit sayısı:10.670 /mm³ (%28.2 nötrofil, %60.9 lenfosit), hemoglobin 12.4 gr/dL, trombosit sayısı 194 ku/L idi. C-reaktif protein 14.2 mg/L (normal <5) hafif artmış saptandı. Böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer transaminazları normal aralıktaydı.Hastanın total IgE 202.8 IU/mL yüksek bulundu.Uzamış ateş ve döküntü öyküsü olan hastanın serolojik incelemesinde; CMV IgM, EBV IGM, parvovirus B19 IgM, Coxackie virüs IgM negatif bulundu.Hastanın Weil- Felix testinde OX K \geq 1/320, OX 19 1:80, OX 2 1/320 titrede pozitif saptandı.Hastanın ikiz erkek kardeşine köpekten pire bulaştığı öğrenildi.Mevcut klinik bulgularla hastada ön planda akdeniz benekli ateşi düşünülerek azitromisin (10 mg/kg/doz; 1.gün, 5 mg/kg/doz 2-5. günler olmak üzere) toplamda 5 gün süre ile verildi.Antibiyoterapi ile ateşi gerileyen hastanın döküntüleri 1 hafta içinde tamamen soldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Marsilya humması insanlara başta köpek kenesi olmak üzere bit ve pire ile de bulaşabilir. Yüksek ateş, baş ağrısı, döküntü, kas ve eklem ağrısı ile kendini gösterir.Döküntüler makülopapüler tarzda periferden başlayıp gövdeye yayılır.El içini ve ayak tabanını tutar.Kenenin ısırıldığı bölgede siyah krutlu lezyon (tache noire) görülür.Ateş ve döküntü ile başvuran özellikle endemik bölgede yaşayanlarda hayvan teması sorgulanarak, klinik şüphe ile tedaviye başlamayı düşünmek ve serolojik testlerin 2 hafta boyunca negatif olabileceğini unutmamak gerekir.

Anahtar Kelimeler: ateş, döküntü, marsilya humması, riketsia, rickettsia conorii

Rickettsia conorii



Rickettsia conorii



Rickettsia conorii



Rickettsia conorii



EP-044

Dirençli Uyuz Vakasına Bir Olgu İle Yaklaşım

Zehra Yücel¹, Gizem Arslan¹, Ahmed Melik İlbeği¹, Hakan Arslan², Emine Özçelik¹, Hülya Şeker Yıkılmaz¹, Emine Polat¹

¹SBÜ. Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Ankara Beştepe Devlet Hastanesi, Dermatoloji Bölümü

GİRİŞ VE AMAÇ:Skabies, geçmişte “kaşıntı akarı” olarak tanımlanan *Sarcoptes scabiei* var. *hominis*'in etken olduğu yaygın kaşıntılı bir deri enfestasyonudur. Klasik olarak kaşıntılı sillonlarla prezente olmaktadır. Bazı olgularda jeneralize papüler raştan atipik nodüllere, ekimoz, ürtiker, krut, vezikül ve büle kadar farklı morfolojilerle görülebilmektedir. Hastaların bir kısmında, milyonlarca akar ile istila sonrasında krutlu uyuz gelişebilmektedir. HIV enfeksiyonu, immunsupresyon, kaşıntı duyumu ve yanıtına engel durumlar (inme, spinal hasar), mental retardasyon (trizomi 21) risk faktörlerini oluşturmaktadır.

Bu sunuda, kliniğimizde krutlu uyuz tanısıyla izlenen ve uzun süreli tedavi gerektiren bir olgu nedeniyle uyuz hastalığına dikkat geçmek amaçlandı.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Yabancı uyruklu 14 yaşında erkek hasta 1 aydır devam eden geceleri şiddetlenen kaşıntı ve vücudunda döküntü yakınması ile başvurdu. Kötü hijyen koşullarında yaşadığı ve kağıt toplayarak geçimini sağladığı öğrenildi. Fizik incelemesinde; gövde ve kollarda hiperemik kenarları düzensiz çok sayıda üzeri kurutlu en küçüğü 1x1 cm en büyüğü 2x3 cm boyutlarında papül ve plaklar izlendi. El içi ve ayak tabanında hiperemik çok sayıda hiperkeratotik papüler lezyonlar gözlemlendi. Sağ bacak ön yüzde yaklaşık 4x10 cm boyutlarında kenarları düzensiz üzeri eritemli zeminde hiperkeratotik plak lezyon; sol bacak ön yüzde çok sayıda en küçüğü 1x1 cm en büyüğü 2x2 cm birleşme eğiliminde kenarları düzensiz hiperemik zeminde çok sayıda papül ve plak lezyonlar izlendi. Laboratuvar incelemeleri normal sınırlarda, eozinofil sayısı:330 idi. Skabies tedavisi için topikal permetrinle birlikte oral ivermektin 200 mcg/kg/gün 1 hafta ara ile toplamda üç doz uygulandı. Kaşıntıları için oral antihistaminik kullanıldı. Hastanın tedavi bitiminde kaşıntılarında ve lezyonlarında belirgin gerileme görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Günümüzde çocukluk çağında da sıklıkla gözlenen uyuz hastalığının tanısının konulması bulaşın engellenmesi açısından çok önemlidir. Bulaşın önlenmesi için kişisel eşyalar ortak kullanılmamalı, toplu yaşam ortamlarında bireysel temizliğe dikkat edilmelidir.

Sonuç olarak; immün yetmezlik olmamasına rağmen fizik muayene bulguları ve kötü yaşam şartları birlikte değerlendirildiğinde krutlu uyuz tanısı konulan bu olgu nedeniyle nadir bir hastalık olan uyuza dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: Uyuz, Kabuklu uyuz, İvermektin

Resim-1



Alt Ekstremitte Döküntüsü

Resim-2



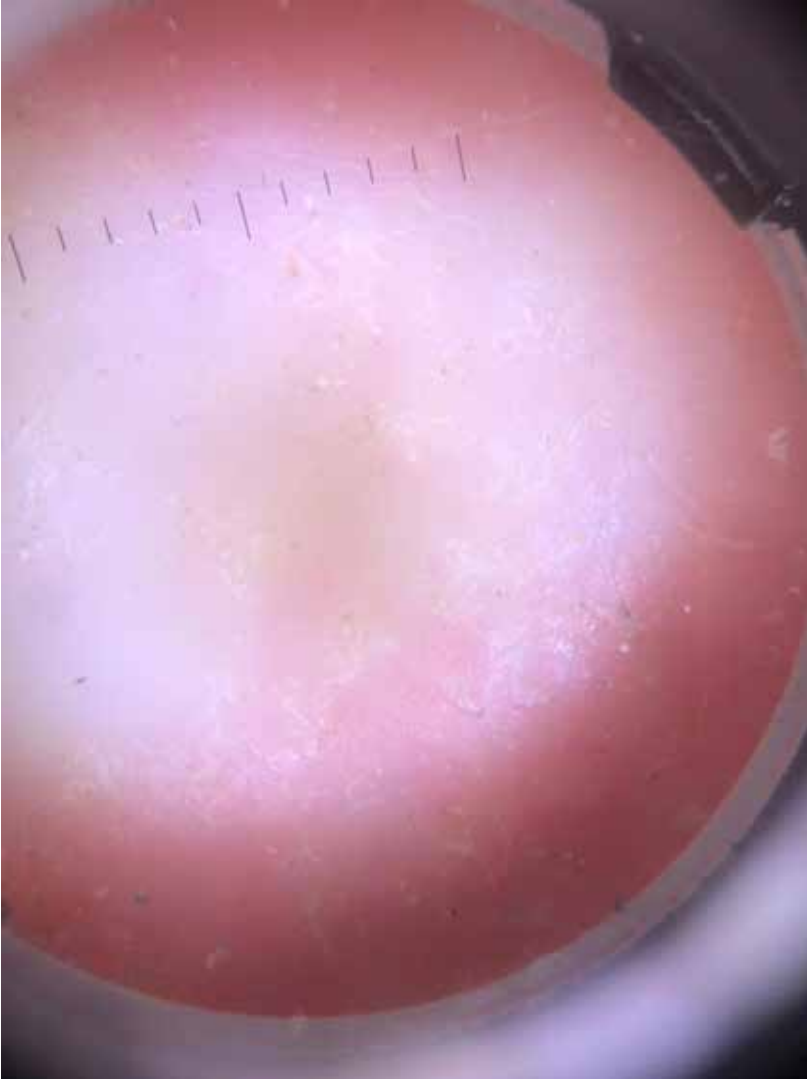
Alt Ekstremitte Döküntüsü

Resim-3



Üst Ekstremitelerde Döküntüsü

Resim-4



Skabies Dermoskopi Görüntüsü

EP-046

Bronşa Açılan Kist Hidatik Olgusu

Taylan Çetindamar¹, Aylin Dizi Işık², Sevgi Aslan Tuncay², Seyhan Yılmaz², Burcu Parlak², Pınar Canizci Erdemli², Gülşen Akkoç², Eda Kepenekli Kadayıfci²

¹Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kist hidatik, dünyada en yaygın, insan sestod enfeksiyonudur. En sık etken Ekinokokus Granulosus'tur, daha nadir olarak E.multilocularis'tir. Erişkinlerde karaciğer en sık tutulan organken, çocuklarda kistler en sık akciğerde görülmektedir. Akciğer kistleri genelde çekilen grafilerde tesadüfen saptanmaktadır. Kist rüptüre olmadığı sürece nadiren öksürük, hemoptizi, göğüs ağrısına neden olurlar. Burada hemoptizi şikayeti ile tanı alan bronşa açılan kist hidatik tanılı bir olgu sunulmuştur.

YÖNTEM: olgu sunumu

BULGULAR:On bir yaşında kız hasta yaklaşık bir yıldır olan ve son iki ayda yoğunlaşan hemoptizi, hematüri ve epistaksis şikayetleri ile çocuk enfeksiyon polikliniğine başvurdu. Hastanın başvuru anında çekilen PAAC'de sağ alt orta zonda opasite artışı izlendi(Resim 1). Kontrol amaçlı çekilen toraks BT'de sağ akciğer alt lobda fissür komşuluğunda 63x50 mm boyutlu kistik nekrotik görünümde kavitasyon alanları barındıran kitlesel alan ve komşuluğunda konsolidasyon sahaları izlendi (Resim 2). Ön tanı olarak nekrotizan pnömoni, bronşa açılan kist hidatik olarak değerlendirilen hastada, tüberkülozu dışlamak için bakılan balgamda ARB negatif, PPD testi anerjik sonuçlandı. Ailesiyle hayvancılık ile uğraşan hastada bakılan kist hidatik indirekt hemaglütinasyon testi 1/2560 pozitif saptandı. Hastaya albendazol ve seftriakson tedavisi başlandı. PAAC'de opasite artışı izlenen hastanın tedavisine teikoplanin eklendi. Karaciğer fonksiyon testinde artış izlenmesi üzerine seftriakson kesilerek sefotaksim tedavisine geçildi. Seftriakson ve sefotaksim toplam 17. Gününde, teikoplanin 7. Gününde kesildi. Kist hidatik organ tutulumları açısından; kontrastlı kranial mr, kemik survey, batın usg ve ekokardiyografi normal olarak sonuçlandı. Yatışı sırasında çocuk cerrahisi ve göğüs cerrahisine danışılan hastaya acil operasyon düşünülmeydi. Taburculukta bakılan IHA testi 1/2560 saptandı. Genel durumu iyi, şikayetleri gerileyen hasta oral albendazol ve amoksisilin-klavulonat tedavisi ile taburcu edildi. Kronik akciğer hastalığı kabul edilen hastaya pnömokok aşısı planlandı. Hasta çocuk göğüs hastalıkları, enfeksiyon ve cerrahi polikliniklerinden takibe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hastalığın ana tedavi yaklaşımı cerrahidir. Cerrahi öncesi ve sonrası adjuvan medikal tedavi protokolleri inaktive ederek kistin rekürensini, büyümesini ve kist içeriğinin yayılmasını engellemektedir. Bu nedenle medikal tedaviye erken başlanmalıdır.

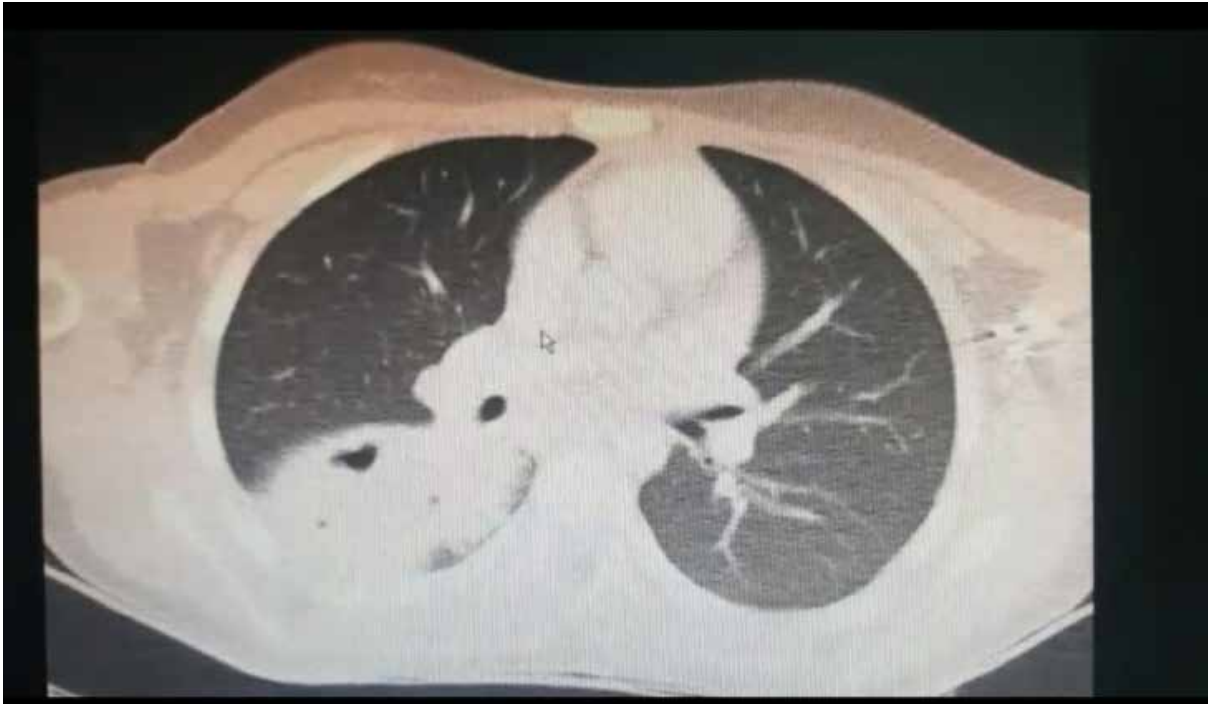
Anahtar Kelimeler: Akciğer, Hemoptizi, Kist Hidatik

Resim 1



Resim 1

Resim 2



Resim 2

EP-047

Pandemi Sonrası Pediatrik İnvaziv Bakteriyel Enfeksiyon Olgularının Değerlendirilmesi

Uygar Erkan¹, Nidai Dalokay¹, Mahmut Can Kızıl², Yalçın Kara², Ömer Kılıç², Gürkan Bozan³, Eylem Kırıl³, Ener Çağrı Dinleyici³

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Bilim Dalı,Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı,Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı,Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ:İnvaziv bakteriyel hastalıklar menenjit, bakteriyemi ya da sepsis, bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoni gibi hastalıklar olarak tanımlanmaktadır. Etiyolojisinde başta Streptococcus pneumoniae, Neisseria meningitidis, Haemophilus influenzae, Streptococcus pyogenes olmak üzere birçok bakteriyel patojen yer almaktadır. Bu çalışmayla COVID-19 pandemisi sonrasında, kliniğimizde gördüğümüz invazif bakteriyel enfeksiyon olgularının, epidemiyolojik ve klinik bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Çalışmaya Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde Aralık 2022- Ocak 2023 tarihleri arasında, bakteriyemi, efüzyon ve bakteriyeminin eşlik ettiği pnömoni, bakteriyeminin eşlik ettiği mastoidit sebebiyle takip edilen 11 çocuk olgu dahil edildi. Olguların, epidemiyolojik ve klinik özellikleri, laboratuvar ve radyolojik bulguları, medikal ve cerrahi tedavi şekilleri değerlendirildi

BULGULAR:Çalışmaya dahil edilen, 12 olgunun yaş ortancası 70 (8-204) aydı ve olguların 6'sı (%50) kızdı. Olguların %91'i daha önce sağlıklı iken, 1 (%9) olguda otoimmün hepatit ve immünsüprese kullanım öyküsü mevcuttu. En sık başvuru semptomu sırasıyla, ateş, öksürük ve solunum sıkıntısıydı. Laboratuvar tetkiklerinde, olguların tamamında lökositoz ve C-reaktif protein yüksekliği mevcuttu. Olguların 10'unda (%83) pnömoni ve pulmoner efüzyon, 9 (%75) olguda bakteriyemi, 2 olguda mastoidit, 1 olguda subperiostal abse, 1 olguda ise sepsis bulguları mevcuttu. Multiplex PCR ile, 3 olguda Streptococcus pyogenes, 3 olguda Haemophilus influenzae ve 3 olguda da Streptococcus pneumoniae saptandı. Kan ve vücut sıvı kültürlerinde ise, 3 olguda Streptococcus pneumoniae, 2 olguda ise Haemophilus influenzae saptandı. Olguların tamamına sistemik antibiyotik tedavisi verilirken, 8 (%75) olguya tüp torakostomi, 3 (%25) olguya cerrahi torakotomi ve dekortikasyon, 2 olguya ise mastoidektomi tedavisi uygulandı. Olguların %50'si yoğun bakımda yatarken, ortalama yatış süresi 13 gündü. Tüm olgular şifa ile taburcu olurken, exitus olan olgumuz yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:COVID-19 pandemisiyle birlikte, maske kullanımı, sosyal izolasyon önlemleri sayesinde viral ve bakteriyel enfeksiyon sıklığında ciddi azalma görüldü. Önlemlerin gevşetilmesi ile birlikte, hem viral hem de bakteriyel enfeksiyonlar pandemi öncesi seyrine geri döndü. Özellikle solunum sıkıntısı, nedeni bilinmeyen ateş bulguları ile başvuran olgularda invazif bakteriyel enfeksiyonlarda akılda tutulmalıdır

Anahtar Kelimeler: invaziv bakteriyel enfeksiyon, pandemi, çocuk

EP-048

Serebral tuz kaybı ile seyreden Brusella olgusu

Şükran Akgeyik, Ferhat Karakoç, Uğur Deveci, Abdullah Murat Kayaokay, Yaşar Doğan

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Bruselloz halen Türkiye’de endemik yaygın görülen bir enfeksiyon hastalığıdır. Brusella hareket-siz gram negatif kokobasilidir. Enfeksiyonların çoğu doğrudan veya dolaylı olarak hayvanlara maruz kalma veya hayvansal ürünleri tüketmekle bulaşmaktadır. Bruselloz, hemen her sistemi etkileyen ve geniş bir klinik semptom yelpazesi ile ortaya çıkabilen bir enfeksiyondur. Santral sinir sistemi tutulumu en şiddetli ve nadir görülen komplikasyon olup bazen brusellozun tek bulgusu olabilir.

135 mmol/lt den düşük serum sodyum değeri (hiponatremi) tek başına ya da başka hastalıklarla ilişkili olabilir. Hiponatremi nedenlerinden olan serebral tuz kaybı genel olarak santral sinir sistemi defektlerinden sonra görülebilir.

BULGULAR: 16 yaş erkek hasta dış merkezden bilinç bulanıklığı nedeniyle yoğun bakıma kabul edildi. Beyin Bilgisayarlı tomoğrafi ve diffüzyon magnetik rezonans (MR) normal olan hastanın bilinç bozukluğu ve vital bulguları düzelmesi üzerine servise devredildi. Serviste bakılan tetkiklerinde serum sodyumu 124 olan ve diğer tetkikleri normal olan hasta çocuk endokrin, kardiyoloji ve nefroloji departmanına danışıldı. Eko ve üriner usg normal olan hastanın bakılan İdrar sodyum düzeyi 244 mmol/L bulundu (normal idrar sodyum <40 mmol/L). Mevcut bulgularla hastaya serebral tuz kaybı tanısı konuldu. Serebral tuz kaybı açısından bakılan Beyin MR;’ da lateral ventriküllerde sinyal artışı izlendi. Serum sodyum düşüklüğü dışında başka patolojik bulgusu ve herhangi bir şikayeti olmayan hastanın oral ve iv sodyum defisitlerine rağmen inatçı sodyum düşüklüğü devam etti. Takiplerinde bir defa 38.5 ateşi olan ve ek şikayeti olmayan hastanın paag tit kan kültürü bakıldı. paag tit normal olan hastada patolojik sistem bulgusu saptanmadı. Kan kültüründe brusella spp. üreyen hastaya bakılan rose bengal ve aglutinasyon testleri de pozitif çıkması üzerine hastaya brusella tedavisi başlandı. Tedaviden iki gün sonra bakılan serum sodyum değeri 137 saptandı. Takiplerinde herhangi bir problem olmayan hasta şifa ile taburcu edildi..

TARTIŞMA VE SONUÇ: Serebral tuz kaybı Nörobrusellozun muhtemel bulgularında biridir. Nörobruselloza bağlı serebral tuz kaybının nadir de olsa ilk bulgu olabileceği unutulmamalıdır. İlişkili hiponatremi, yoğun tuz replasmanına dirençli olabilir.

Anahtar Kelimeler: bilinç bulanıklığı, bruselloz, serebral tuz kaybı,

EP-050

Postoperatif P. AERUGINOSA Sepsisi Neden Diğer Hastalardan Farklı?

Emirhan Uzak, Çağatay Nuhoğlu

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kardiyak cerrahi sonrası enfektif endokardit tanı kriterlerini karşılamayan *P. Aeruginosa* bakteriyemisi ile karşılaştığımız bir vakada predispozan faktörlerden ve tetkik sonuçlarından bağımsız olarak 6 ay içerisinde 3 kez enfektif endokardit şüphesi ile yatışı mevcut. Bu vakada bunun sebebini önemini neleri gözden kaçırdığımızı ve benzer vakalarda neler düşünebileceğimizi konuşacağız.

YÖNTEM: *P. aeruginosa* bakteriyemisi olan bir hastanın kliniğimizdeki izlemi ve tecrübelerimiz üzerine bir olgu.

BULGULAR: 17 yıl 5 aylık kız hasta. Aort kapak replasmanı sonrası 14. gününde ateş halsizlik, mide bulantısı çarpıntı şikâyeti ile acil servisimize başvuruyor. Hastadan alınan anamnezde şikâyetlerinin iki gündür olduğu belirtiliyor. Hastanın yapılan tetkiklerinde *p. aeruginosa* bakteriyemisi olduğu tedaviye cevap verdiği ancak tekrarlayan nöksleri olduğu fark ediliyor. Yapılan peşi sıra tetkiklerine rağmen kaynak bulunamayan hastanın enfektif endokardit kriterlerine uymaması TTE gözlemlerinin eski patolojileri ile uyumlu olması ileri tetkik gerekliliğini göz ardı etmemize sebep olabiliyor. Hastamız toplam 280 dozdan fazla meropenem tedavisi almış ve 100 güne yakın servisimizde yatmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hekimlik sanatının vaka temelli olduğunu unutmamak, tanı kriterleri içerisinde sıkışmak gerektiği bu vakada görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: sepsis, bakteriyemi, p. aeruginosa, enfektif endokardit,

EP-053

İnfluenza B ilişkili Ensefalit Olgusu

Melis Özkumur Yeşil¹, Meltem Polat², Anıl Tapısız², Tuğba Bedir Demirdağ², Ercan Demir³, Mutlu Uysal Yazıcı⁴, Esra Serdaroğlu³

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara

³Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Ankara

⁴Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun bakım Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:İnfluenza genellikle çocuklarda akut, kendi kendini sınırlayan ve komplike olmayan bir hastalıktır. Ancak nadiren hastaneye yatmayı gerektiren daha ciddi hastalık ve komplikasyonlara neden olabilir. Burada influenza B virüsüne bağlı gelişen nadir bir ensefalit olgusu sunulmuştur.

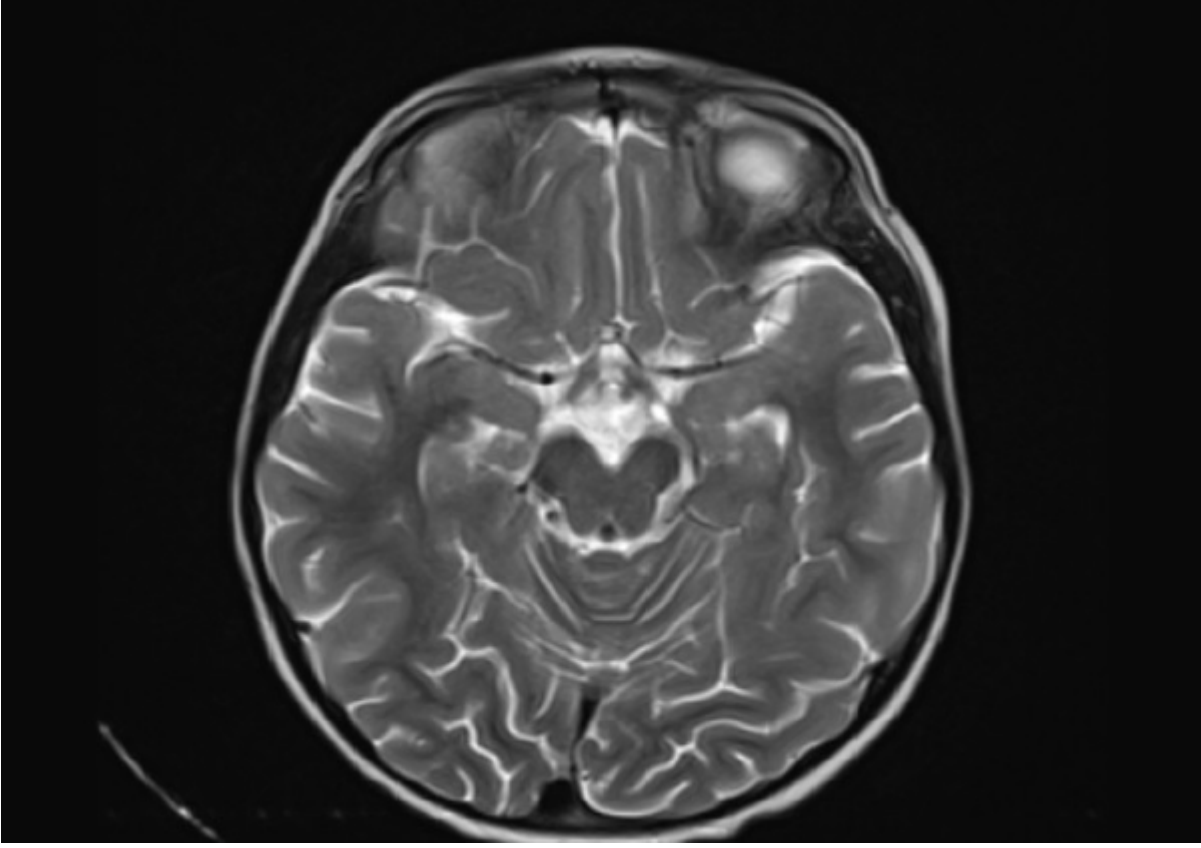
YÖNTEM:3 yaş 10 aylık erkek hasta 2 gün önce başlayan ateş, burun akıntısı, öksürük şikayetiyle Çocuk Enfeksiyon polikliniğine başvurdu. Özgeçmişinde inguinal apse nedeniyle operasyon öyküsü dışında bulgu yoktu. İlk başvuru fizik muayenesinde tonsilleri hiperemikti ve sol ön servikalde 1x1 cm'lik lenfadenopatisi mevcuttu. Hastaya yapılan İnfluenza A/B hızlı antijen testinde İnfluenza B pozitifliği saptandı ve oseltamivir tedavisi başlanarak kontrole çağrıldı. Oseltamivir tedavisinin 3. gününde polikliniğe son bir gündür olan anlamsız konuşma, uykuya meyil ve idrar kaçırma şikayetiyle başvurdu. Bilinç bulanıklığı da olan hasta viral ensefalit ön tanısıyla Çocuk Enfeksiyon servisine yatırıldı

BULGULAR:Laboratuvar tetkiklerinde lökopeni (4000/mm³) trombositopeni (80.000/mm³), aspartat aminotransferaz (82 U/L) ve laktat dehidrogenaz yüksekliği (503 U/L) saptandı. Hastaya lomber ponksiyon yapıldı. Beyin omurilik sıvısında (BOS) hücre saptanmadı, BOS glukoz ve protein sonucu normal, BOS meningoensefalit paneli negatifti. Üst solunum yolu multipleks PZR tetkikinde influenza B pozitifliği saptandı. Servisteki izleminde bilinci giderek kapanan, solunum sıkıntısı ve yutma güçlüğü gelişen hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi'ne alındı. Kranial Manyetik Rezonans görüntülemesinde medulla spinalis, pons ve mezensefalon posterior kesimlerinde, serebellar pedinküllerde, hipotalamusta diffüz hiperdens sinyal değişiklikleri, bu alanlarda patolojik periferik kontrast tutulumu izlenen milimetrik büyüklüklerde patolojik difüzyon kısıtlaması (ensefalit ?) saptandı. Elektroensefalografi tetkiki diffüz ensefalopatiyle uyumlu bulundu. Hastaya influenza ilişkili ensefalit tanısıyla intravenöz immunoglobulin ve pulse steroid tedavileri verildi. İzleminde bilinci açılan hasta servise devredildi. Klinik bulgularında düzelme olan hasta yatışının 3. haftasında yıllık influenza aşılması önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ensefalit influenza enfeksiyonunun nadir bir komplikasyonu olmasına rağmen, özellikle influenza mevsiminde ensefalit bulguları ile başvuran hastaların ayırıcı tanısında düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfluenza b, ensefalit, bilinç değişikliği

Manyetik Rezonans Görüntüleme



EP-058

Yenidoğanlarda Lenfanjiom Tedavisi

Metin Göksel Gök¹, Nesrin Kaya², Ali Ekber Hakalmaz⁴, Süheyla Ocak³, Zeynep Alp Ünkar², Ersin Ulu², Gonca Ayşe Tekant⁴, Zekeriyya Mehmet Vural²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

⁴Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Lenfanjiyom, sıklıkla servikofasiyal bölgede ortaya çıkan lenfatik sistemlerin konjenital malformasyonunun neden olduğu nadir görülen kistidir. Yönetimi konusunda fikir birliği yoktur. Gözlem, aspirasyon, enjeksiyon, kriyoterapi, elektrokoter, radyasyon, ligasyon ve eksizyon yapılabilmektedir. Vakamızda olduğu gibi yerleşim yeri ve boyutunun cerrahi eksizyon için riskli olduğu hastalarda oral sirolimus tedavisiyle eşzamanlı kitle içi bleomisin uygulamasının etkinliğini göstermek üzere sonuçlar paylaşılmıştır.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Aralarında akraba evliliği olmayan 19 yaş G1P1A0 anneden 38+2 gestasyon haftasında vajinal yolla doğan antenatal öyküsü olmayan hastamız postnatal ilk gün fark edilen boyunda kitle ve boyutlarında artış olması nedeniyle postnatal 30.gününde tarafımıza başvurdu. Geliş fizik muayenesinde boynun sağ ve sol tarafında mevcut olan ağız tabanı ile ilişkili kitle mevcuttu diğer sistem muayenelerinde patoloji saptanmadı. Hastanın yatışında alınan hemogram, biyokimya, koagülasyon, kan gazı tetkiklerinde patoloji görülmedi. Hastanın yapılan ultrasonografisinde lenfanjiomla uyumlu kitle görülmesi üzerine çekilen bilgisayarlı tomografisinde lenfanjiomla uyumlu mediastinal komponenti olan kitlesi mevcut olup, trakeası en dar yerinde 3 mm olarak ölçülmüştü. Hastanın oluşabilecek solunum güçlüğü sebebiyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatışına devam edildi. Hasta çocuk cerrahisi ve çocuk hematoloji onkolojisi bilim dallarına konsülte edildi. Hasta Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Pediatrik Tümör Konseyine çıkarıldı. Konseyde hastaya kitle içi bleomisin uygulanması ve oral sirolimus tedavisi düzenlenmesine karar verildi. Aileden onam alınarak hastaya 2 hafta arayla 2 kez kitle içi bleomisin uygulaması yapıldı ve 1mg/m²/gün sirolimus tedavisi başlandı. Takibinde kitle boyutu küçülen hastanın klinik ve laboratuvar sonuçlarının normal olması sebebi ile orogastrik sonda ile beslenen hastanın ailesine beslenme eğitimi verilerek taburcu edildi. Taburculuk sonrası takip amacıyla çocuk cerrahisi ve çocuk hematoloji-onkolojisine bağlandı. Taburculuk sonrası takiplerine devam etmeyen hasta solunum arresti sebebiyle çocuk acile başvurmuş olup entübe edilerek pediatrik yoğun bakım ünitesine alınmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kitle içi bleomisin uygulanması ve eşzamanlı oral sirolimus tedavisi altında kitle boyutunda anlamlı küçülme görülmüş olup, cerrahi eksizyon anında ve sonrasında oluşabilecek komplikasyonlardan korunulmuştur. Bleomisin ve sirolimusun lenfanjiom tedavisinde etkin olduğunu düşündürmektedir.

Anahtar Kelimeler: Lenfanjiom, bleomisin, sirolimus

Tedavi oncesi



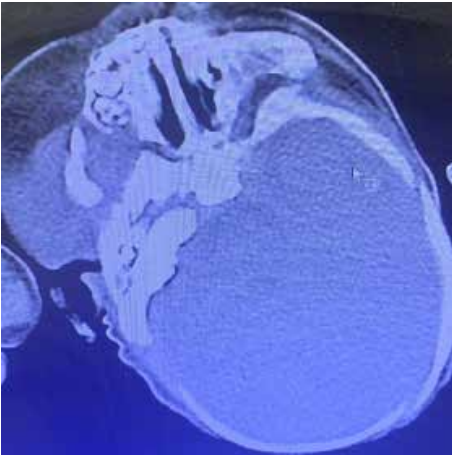
tedavi oncesi

Tedavi sonrası



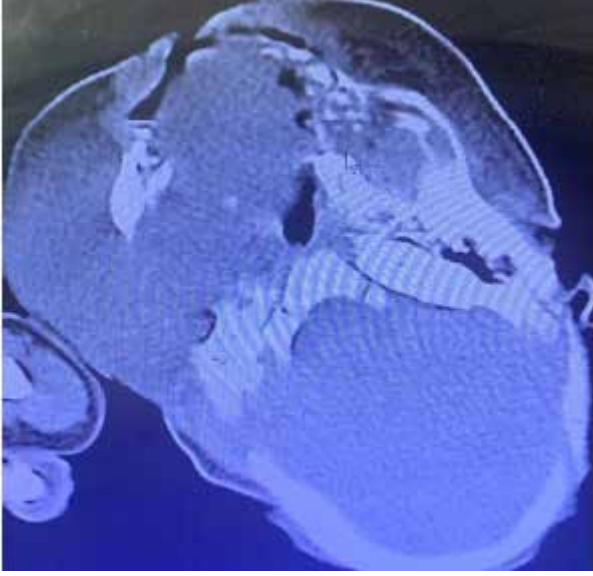
tedavi sonrası

Tedavi oncesi bt görüntüsü



tedavi oncesi bt görüntüsü

Tedavi oncesi bt görüntüsü



tedavi oncesi bt görüntüsü

EP-061

Non-immün hemolitik anemi ve koagülopati ile prezente olan konjenital sifiliz olgusu

Batuhan Berk Demir¹, Damla Geçkalan¹, Burak Deliloglu²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Yoğun Bakım BD.

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital sifiliz, gebelik sırasında "Treponema pallidum" spiroketlerin anneden fetüse geçmesiyle oluşur. Konjenital sifiliz enfeksiyonu canlı doğanların %60-90'ında asemptomatiktir. Hastaların doğumda semptomatik olması intrauterin enfeksiyonun zamanı ve annenin tedavi durumu ile ilişkilidir. Semptomatik yenidoğanlarda sık görülen klinik bulgular hepatomegali, rinit, döküntü ve jeneralize lenfadenopatidir. Bu olgu sunumunda konjenital sifiliz enfeksiyonunun nadir bir prezentasyonu olarak non-immun hemolitik anemisi ve DİK tablosu olan prematüre bir yenidoğan vakası sunulmuştur.

YÖNTEM:Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Yenidoğan Yoğun Bakım ünitesine yatırılan hasta sunulmuştur

BULGULAR:Çoklu uyuşturucu madde, alkol ve sigara kullanım öyküsü olan 17 yaşındaki anneden C/S ile 35 gestasyonel haftada 1800 gram mekonyum deprese doğan kız bebek doğum salonunda entübe edilerek yenidoğan yoğun bakıma yatırıldı. Fizik muayenesinde cilt ödemli, vücutta yaygın soyulma, peteşiyal döküntü ve hepatomegali mevcut. Laboratuvar tetkiklerinde lökomoid reaksiyon, anemi, trombositopeni, retikülositoz (WBC: 112 bin/mm³ Hb: 8,4 g/dl Hct: %29,2 Trombosit: 78 bin/mm³ Retikülosit: %11); koagülopati (INR: 2 PT: 22 sn aPTT:34.8 sn); kolestaz ve transaminaz yüksekliği AST:179 u/L ALT:36 u/L Total bilirubin: 4,5 mg/dl Direkt bilirubin: 2,73 mg/dl) ve CRP yüksekliği (85 mg/L) saptandı. Anne kan grubu 0 Rh (+) bebek kan grubu A Rh (+) Direct coombs negatif. Periferik yaymada hemoliz bulguları görüldü. Hastada mevcut klinik ve laboratuvar bulgular ile non-immun hemolitik anemi ve dissemine intravasküler koagülasyon düşünüldü. Etiyolojiye yönelik intrauterin enfeksiyonlar açısından TORCH, sfiliz, HIV, Parvovirus B19 serolojisi, kan kültürü; eritrositer hastalıklar açısından G6PD, piruvat kinaz enzim düzeyleri gönderildi. Hastaya destek tedavileri olarak kan ürün transfüzyonu, sepsis için antibiyoterapi başlandı. Serolojik tetkiklerinde VDRL pozitif saptandı, anneden gönderilen VDRL testi de pozitif olarak görüldü. Konjenital sifiliz tedavisine yönelik kristalize Penisilin intravenöz olarak başlandı. Hastanın takiplerinde hematolojik parametrelerin postnatal 5. gününde düzeldiği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Anemi ve DİK tablosu ile doğan yenidoğanlarda nadir görülmesine rağmen destekleyici fizik muayene bulguları (düşük doğum ağırlığı, hepatomegali, ciltte soyulma) varlığında konjenital sifiliz enfeksiyonu ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Konjenital sifiliz, yenidoğan, non-immun hemolitik anemi, DİK

Konjenital Sifiliz tanılı hastanın klinik prezentasyonu



Tablo 1: Konjenital Sifiliz tanılı hastanın laboratuvar parametrelerinin değerlendirilmesi

Hemogram	Koagülasyon	Biyokimya	Antikor- Enzim Seviyeleri
WBC: 112 x 10 ³ /uL (4-10)	INR: 2.03 (0.8-1.25)	Albumin: 19 g/dL (35-52)	Vdrl-Rpr: 181 COI pozitif (0-1)
RBC: 2.4 x 10 ⁶ /uL (3.5-5.5)	PT: 22 sn (10.9-14.7)	Direkt bilirubin:9.8 mg/dL (postnatal 48-72.saat)	Glukoz 6 fosfat dehidrogenaz: 13.9 U/g Hb (7.9-16.3)
HGB: 8.4 mg/dL (11-16)	APTT: 34.8 sn (22.5-31.3)	Total bilirubin: 16.2 mg/dL (postnatal 48-72.saat)	Piruvat kinaz: 196 mU/ml (111-406)
HCT: 29.2% (41-53)	D-dimer: >4500 ng/ml (170-550)	İndirekt bilirubin: 6.4 mg/dL (postnatal 48-72.saat)	Parvo IgM: Negatif
Platelet: 76 x 10 ³ /uL (130-400)	Fibrinojen: 266 mg/d L (200-400)	AST: 179 U/L (25-75) ALT: 40 U/L (13-45)	Anti-HIV: Negatif
MCV: 120 fL (80-100) (27-34)	KAN GAZI: -Ph: 7.16 (7,35-7,45)	ALP: 236 U/L (30-120) GGT: 77 U/L (<38)	Anti HCV: Negatif
MCHC: 28.6 g/dL	-pCO2: 48.4 mmHg (32-48)	CRP: 83 mg/L	Anti-Rubella: Negatif
RDW-CV: 24.1% (11-16)	-HCO3: 17.3 mmol/L	LDH: 1429 U/L (180-430)	CMV Ig M: Negatif
RET: 11.75 % (0.3-3.0)	-cBase (b): -10.4 -Laktat: 4.2 (0.5-1.6)	Ürik asit : 5 mg/dL	Toxoplazma IgM: Negatif

EP-062

Yenidoğanda Atlanmaması Gereken Bir Cilt Bulgusu: Sklerem

Ferah Diyar Karaman¹, Özden Can², Gökhan Büyükkale³

¹Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırması Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırması Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırması Hastanesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Sklerem; periferik dolaşım bozukluğuna bağlı olarak deri altı yağ dokusunda sertleşme ile karakterize bir sepsis bulgusudur. Yenidoğanda görülen patolojik bir cilt bulgusu olan sklerem yenidoğanın ağır sepsis bulgusu olup ayırıcı tanıda önemlidir.

YÖNTEM:olgu sunumu

BULGULAR:Olgumuz, postnatal 5.günde emmede ve hareketlerde azalma, ciltte döküntü ve sertlik, solunum sıkıntısıyla acile başvurdu. 20 yaşındaki annenin 2. gebeliğinin 2. canlı doğumu olan, 37. gebelik haftasında normal doğumla 3500gr doğan kız bebeğin soygeçmişinde akraba evliliği öyküsü mevcuttu. Hasta acil serviste solunum sıkıntısı sebebiyle entübe edilerek ağır sepsis, konjenital kardiyak hastalık, metabolik hastalık ön tanılarıyla yenidoğan yoğun bakım servisine yatırıldı. Geliş tetkiklerinde hemogramda lökosit: 21890/µl, nötrofil: 13900/µl, hb: 11.7g/dL, hct: %35.7, trombosit: 80.000/µl, biyokimyada kreatinin: 2,64mg/dL, BUN: 39,39mg/dL AST:508U/L, ALT:183U/L, procalcitonin: 1.87µg/L, crp: 3.86mg/L, koagülasyonda aptt: 64sn inr: 6,11 şeklinde patolojik değerler saptandı. Fizik muayenesinde; genel durumu kötüydü, jeneralize ödem mevcuttu, cilt parpasyonla gergin sklerem ile uyumluydu, peteşileri mevcuttu. Entübe takip edilen hastanın kardiyovasküler sistem muayenesinde KTA:150/dk ritmik, 1/6 sistolik üfürüm duyuldu, tansiyon: 47/22mmHg ölçüldü, bilateral femoral nabızları alınamadı. Ekokardiyografide arkus hipoplazisi, interrupted aorta, perimembranöz outlet ventriküler septal defekt, pulmoner hipertansiyon izlendi. Hastaya vankomisin, sefotaksim ve amikasin antibiyoterapisi, inotrop olarak dobutamin, sedoanaljezik olarak midazolam, fentanil infüzyonu başlandı. Milrinon, alprostadil ve furosemid infüzyonu eklenerek tedavisi sürdürüldü. Hasta yapılan tedavilere rağmen postnatal 10. gününde ciddi sepsis ve multiorgan yetmezliği sebebiyle eksitus oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Yenidoğan ağır sepsisinin önemli bulgularından biri olan sklerem ayırıcı tanıya gitmemizde bize yol gösterdi. Hastada saptadığımız kritik aort yetmezliği, karaciğer ve böbrek fonksiyon testlerinde bozulma hastanın multiorgan yetmezliğinde olduğunu ve ağır sepsis ayırıcı tanımımızı doğruladı. Tıbbi yöntemlerin geliştiği günümüzde sepsisin tedavi edilme oranının artışıyla ağır sepsis bulgusu olan skleremin görülme sıklığı azalmakla birlikte hala görülmektedir. Yenidoğanda sepsis önemli bir mortalite sebebi olduğundan yenidoğanın fizik muayenesinde patolojik cilt bulgularının ayırt edilmesi hayati önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: sepsis, sklerem, yenidoğan

Sklerem



Laboratuvar Sonuçları

Lökosit: 21890/ μ l	Nötrofil: 13900/ μ l	Lenfosit: 6800/ μ l	Trombosit: 80.000/ μ l
Hb: 11.7g/dL	Hct: %35.7	Inr: 6,11	Aptt: 64sn
AST: 508U/L	ALT:183U/L	Kreatinin: 2,64mg/dL	BUN: 39,39mg/dL
Crp: 3.86mg/L	Procalcitonin: 1.87 μ g/L	Ph: 7,112	PCO2: 17,3mmHg
HCO3: 8,1 mmol/L	BE: -23.0 mmol/L	Lac:11,9 mmol/L	

EP-064

Konjenital Hipotiroidi tedavisinde alternatif yol: Rektal Levotiroksin kullanımı

Şevval Kaplan Kılıç¹, Ersin Ulu², Zeynep Alp Ünkar², Mehmet Vural²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital hipotiroidi, 1/2000-3000 canlı doğumda bir görülen yenidoğan döneminin en sık endokrin sorunudur. Ülkemizde Ulusal Yenidoğan Tarama Programına Aralık 2006'da dahil edilen Konjenital hipotiroidi, önlenebilir zeka geriliğinin en sık sebeplerindendir. Tedavisinde L-tiroksin oral formu ilk tercihtir.

YÖNTEM:Olgu sunulacaktır.

BULGULAR:Olgumuz E.G, aralarında akraba evliliği olmayan 29 yaş G2P2A0 anneden preeklampsi nedeniyle 26+3 GH'da acil C/S ile 875 gr olarak doğurtuldu. Çok düşük doğum ağırlığı, ileri prematürite, respiratuar distress sendromu nedeniyle Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatışı yapıldı. Beslenme intoleransı nedeniyle oral alımı arttırılamayan hastanın kalori ihtiyacı TPN ile karşılandı. Postnatal 10.gününde alınan tetkiklerinde TSH: 32.3 MIU/L, serbest T4: 0.85 ng/dL sonuçlanması üzerine 15 mcg/kg Levotiroksin oral başlandı. 1 hafta sonra alınan kontrol tetkiklerinde TSH: >100 MIU/L, serbest T4: 0.65 ng/dL sonuçlandı. Beslenme intoleransı ve gastrointestinal sistem immatüritesi nedeniyle oral levotiroksinden etkin faydalanamadığı düşünülererek 10 mcg/kg oral + 10 mcg/kg rektal olacak şekilde 5 gün levotiroksin verildi.

Kontrollerinde TSH: 36.1 MIU/L, serbest T4: 1.06 ng/dl olarak sonuçlandı. Rektal levotiroksinden fayda gördüğü düşünülen ve beslenme intoleransı devam etmekte olup oral alımı zayıf olan hastanın oral levotiroksini kesildi, rektal formu 20 mcg/kg'a kadar arttırıldı. İzleminde TSH: 3.65 MIU/L, serbest T4: 1.4 ng/dl olarak sonuçlandı Tam enteral beslenmeye geçilmesi ile birlikte hastanın kullanmakta olduğu rektal levotiroksin kademeli olarak azaltılarak oral forma geçildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital hipotiroidi, yenidoğan döneminde en sık görülen endokrin bozukluktur. Erişkin dönemde yapılan güncel çalışmalara göre oral tedaviye refrakter hipotiroidi olgularında rektal, intravenöz ve intramusküler yol denenmelidir. Yenidoğan döneminde özellikle prematürelde sık görülen gastrointestinal sistem immatüritesi ve beslenme intoleransı nedeniyle ilaçların oral yararlanımı oldukça düşmektedir. Olgumuzda, yenidoğan döneminde etkinliği kanıtlanmış bir çalışma olmamasına rağmen gerek güvenli bir yol olması gerek biyoyararlanımının yüksek olması nedeniyle rektal yol ile levotiroksin tedavisi verildi ve fayda sağlandı. Sonuç; çeşitli sebeplerle oral yararlanımın azaldığı konjenital hipotiroidili yenidoğan olgularında rektal yol etkin ve güvenilir bir yöntem olarak kullanılabilir.

Anahtar Kelimeler: konjenital hipotiroidi, rektal levotiroksin, yenidoğan

EP-066

Neonataloji nöbetinde 6 şubat 2023 saat 4:17 deprem anı ve sonrası yenidoğan yagunbakim unitelerimizde yatan hastaların yönetimi ve tahliyesi

Rada Özalp

Hatay Eğitim ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ:Antakya depreminde yenidoğanyogunbakim nobetinde hasta tahliyeleri için nasıl bir uygulama ve eylem planı icra edildiği üzerine bu bildiri yapılmıştır.

YÖNTEM:Deprem esnasına müteakiben, alınan tahliye ve kurtarma kararı ile yapılan eylemde kuvözler içindeki hastalar yeke yeke kontrol edilerek üniteadaki salonlardaki yenidoğanların hepsine müdahale edildi.

BULGULAR:İlk kurtarma eylemimde, tek kurtarıcı ile 3A ünitesindeki 3 entube yeni doğan endotrakeal tüpleri çıkarılması ve spontan kendi spontan solunumlarına başarılı geçişleri gözlemlendi. Düzey 3A ünitedeki nazal cpapdaki hastaların hepsinin zaten spontansolunumları yeterli idi. Düzey 3B ünitede 7 hastanın 7sinin endotrakeal tüpü çıkarıldı ve spontan solunuma bırakıldı. Ünite 3 B de ilk kurtarma anında, bir hasta çok düşük doğum ağırlığında 27 w altında ve solunum gasping yapıyor idi. Hastaya kısa süreli cpr resusitasyon nihayetinde kurtarılamadı ex olarak kabul edildi. Ünitimizde 3.düzey A basamak salonunda 3 hasta entube durumda iken, 13ü aralıklı nazal cpap, 3ü serbest oda havasında oksijen almakta idi. 3.düzeyB salonumuzda hastaların 7si entube mekanik ventilator takibinde, 3ü nazal cpap da, 5i hood ile, 2si kuvöz içi oksijen alıyor idi. Bizim, 2.düzey ünitemizde nöbette devir alınan toplam 23 hastanın tümü serbest oda havasında oksijen almakta idi ve bunların ikisi deprem öncesi gündüz taburcu olmuştu. Ünitelerimizde kuvözlerin anormal göçmesi ve bazılarının tamamen devrilmesi nedeniyle o anda tek kurtarıcı iken hastalar kurtarma için değerlendirildiğinde, 3A düzeyde 8 kuvözde tamamen devrilmesi, 3 kuvözde anormal yani kapı açılmaz pozisyon nedeniyle buradaki yenidoğanların ikişer ve üçerli yatırılması için diğer kuvözlere nakli sağlandı. 3B düzeyde 13 kuvözde anormal devrilme veya pozisyon nedeniyle aynı şekilde bazıları 3 lu kimileri 2 li hastalar olarak aynı kuvöze yatırıldılar. Bu esnada yeke kurtarıcı iken, tüm hastalara uygulanacak olan tahliye hizmeti nedeniyle çoğunluğun iv damar yolları, bazılarının göbek ven, birinin santral venoz kateterine geri çekilme işlemi yapıp böylece hastanın kuvözden çıkarılma durumuna getirilebilmesi sağlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Depremin yol açtığı akla zarar ortam durağanlaşınca, sarsıntı sakinleştiğinde eylemlerimiz üzerine bildiri tartışıldı.

Anahtar Kelimeler: deprem, yenidoğan üniteleri nöbeti, tahliye

EP-067

Riskli Bebeklerde Uyku Sorunlarının Değerlendirilmesi

Ayşe Mete Yeşil¹, Buse Şencan Karakuş¹, Şeyma Kılıncı¹, Nihal Yaman Artunç², Elif Nursel Özmert¹

¹Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı, Ankara

²Sami Ulus Çocuk Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Uyku öğrenme, hafıza ve beyin gelişimi için gerekli temel bir fizyolojik ihtiyaçtır. Riskli bebeklerin uyku sorunlarıyla ilgili daha kırılgan olduğunda dair çalışmalar mevcuttur. Bu çalışmada riskli bebeklerin uyku sorunlarının değerlendirilmesi, bu sorunların anne uyku bilgi düzeyi ve kaygı, depresyon ve stres belirtileriyle olan ilişkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Bu çalışmaya takvim yaşı/düzeltilmiş yaşı 3-6 ay olan, Hacettepe Üniversitesi Gelişimsel Pediatri Polikliniğinde riskli bebek olarak izlenen bebekler ve anneleri ile Sami Ulus Çocuk Hastanesine başvuran, perinatal risk faktörü taşımayan bebekler ve anneleri dahil edilmiştir. Bebekler TND rehberine göre risk açısından sınıflandırılmıştır. Ailelere Amerikan Pediatri Akademisinin önerilerinden oluşturulmuş 8 soruluk 5'li likert tipi uyku bilgi anketi; annelerin depresyon, kaygı ve stres belirtilerini değerlendirmek için Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-Kısa Formu ve Genişletilmiş Bebek Kısa Uyku Anketi uygulanmıştır. Ölçeğe uygun olarak, gece 1 saatten uzun uyanık kalan, toplam uyku süresi 9 saatten kısa olan veya gecede 3'ten fazla kez uyanan bebekler 'kötü uyuyan' olarak sınıflandırılmıştır. Uyku bilgi anketinde yüksek puan daha iyi bilgiyi ifade etmektedir.

BULGULAR:Çalışmaya dahil edilen bebeklerin 82'si orta/yüksek riskli iken; 60'ı düşük riskli/kontrol grubundaydı. Bebeklerin temel demografik özellikleri ve uygulanan anket sonuçları Tablo 1'de özetlenmiştir. Orta/yüksek riskli bebekler ve düşük risk/kontrol grubundaki bebekler arasında iyi uyuyan olma açısından anlamlı farklılık saptanmamıştır ($p>0.05$).

İyi uyuyan bebeklerin ortanca yaş değeri 4(3.75-5) ay olup anlamlı olarak yüksektir($p:0.02$). İyi uyuyanların uyku bilgi anketi ortalaması 27.7(± 5.78); kötü uyuyanların 25.3(± 5.78); kötü uyuyan bebeklerin anne depresyon skor ortancası 3(1-6); iyi uyuyanların annelerinin ortancası ise 1(0-4) olarak saptanmıştır($p:0.02$, $p:0.00$).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Orta/yüksek riskli bebekler ile düşük risk/kontrol bebekler, 3-6 ayda iyi uyuyan olma açısından anlamlı farklılık göstermemektedir. Annelerin uyku konusundaki bilgi düzeyinin düşük olması ve depresif belirtilerinin olması kötü uykuyla ilişkilidir. Uyku değerlendirilmesi, çocuk sağlığı izlemlerinin bir parçası haline getirilmeli ve uykunun bebekle anne arasındaki etkileşimlerle şekillenmekte olduğu akılda tutulmalı, ailelerin destek ihtiyacı göz ardı edilmemelidir.

Anahtar Kelimeler: uyku, BISQ, riskli bebek, maternal depresyon

Bebeklerin temel sosyodemografik özellikleri ve değerlendirme sonuçları

	Orta-yüksek risk n:82	Düşük risk-kontrol n:60	p
Yaş/düzeltilmiş yaş (ay)*	4 (3.75-4.5)	4 (3.75-5.25)	0.84
Doğum haftası*	35(33-37)	38(36-39.5)	0.00
Cinsiyet n (%)			
erkek	47 (57.3.)	34 (57.6)	0.97
kız	35 (42.7)	25 (30.4)	
Anne yaşı**	29.7(±5.3)	30.2 (±4.5)	0.91
Anne eğitimi			
lise altı	11 (14.1)	8 (14.0)	0.99
lise üstü	67 (85.9)	49(85.9)	
Anne çalışma durumu n (%)			
evet	17 (21.2)	8(13.6)	0.24
Baba eğitimi n (%)			
lise altı	45 (55)	38(64.4)	0.29
lise üstü	36 (45)	21(35.6)	
Baba çalışma durumu n (%)			
evet	80 (98.7)	57 (100)	0.40
DASS klinik anlamlılık n (%)			
depresyon skoru	21 (26)	16 (27)	0.89
anksiyete skoru	33 (40)	20 (33)	0.40
stres skoru	13 (16)	16 (27)	0.11
Anne DASS skorları*			
depresyon skoru	1 (0.42-5)	3.4 (1-8)	0.26
anksiyete skoru	3 (0-5)	3 (1-8)	0.68
stres skoru	4 (1-6.3)	7 (3-12)	0.02
Uyku bilgi anketi skoru**	27.46 (±5.46)	25.79 (±6.63)	0.11
BISQ			
iyi uyuyan (n%)	54 (65)	29 (52)	0.10
kötü uyuyan (n%)	28 (35)	27 (48)	
gece uyku süresi* (dk)	510 (420-600)	480 (420-570)	0.44
gece uyanık kalma süresi *(dk)	30 (15-60)	30 (15-60)	0.95
gece uyanma sayısı* (n %)	2 (2-3)	3 (2-4)	0.32

*ortanca (ÇAG) **ortalama (SS) BISQ: Bebek Kısa Uyku Anketi DASS: Depresyon, Anksiyete ve Stres Ölçeği-Kısa Formu

EP-070

Erken Görülen Neonatal Yoksunluk Sendromu

Atike Berra Mert¹, Dilşad Kizir¹, Nesrin Kaya², Zeynep Alp Ünkar², Ersin Ulu², Zekeriya Mehmet Vural²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Neonatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Neonatal yoksunluk sendromu (NYS), opioid kullanım bozukluğu olan bir annenin gebeliğinde bebeğin opioidlere maruz kalması ve doğum sonrası bebekte yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasını tanımlayan klinik tanıdır. Opioidlere maruz kalan bebeklerin %55-94'ünde yoksunluk belirtileri gelişir ve bunların %30-65'i şiddetli yoksunluk için farmakolojik tedaviye ihtiyaç duyar.

Eroine bağlı NYS belirtileri, doğumdan sonraki 24 saat içinde, kısa etkili opioidlere bağlı 48 saat içinde, metadon ve buprenorfin gibi uzun etkili opioidlere bağlı olan ise 72-96 saat içinde başlayabilir. Tremor, hiperirritabilite NYS'in en belirgin belirtileridir.

Tanı, tedavi ve klinik yönetimde Finnegan skorlaması kullanılır. Opioidlere maruz kalan tüm bebekler için ilk tedavi seçeneği farmakolojik olmayan destektir. Farmakolojik tedavide ana amaç yoksunluk sendromunun kötüleşerek nöbet oluşturmamasının önüne geçmektir. Tedavide en sık oral morfin ve metadon kullanılır. Fenobarbital ikinci seçenek ilaçtır.

Oral morfin ve metadon kliniğimizde bulunmadığı için birinci seçenek ilaç olarak fenobarbital ile başarılı şekilde tedavi ettiğimiz neonatal yoksunluk sendromu vakamızı sunuyoruz.

YÖNTEM: Olgu

BULGULAR: Aralarında G1P1A0, 26 yaş anneden 37 +4 GH'da 2570 gr olarak NSVD ile kız olarak doğdu. Madde kullanım bozukluğu olan annenin gebelik süresince düzensiz olarak eroin, kokain ve tedavi amaçlı metadon kullanması nedeniyle bebek, doğum sonrası neonatal yoksunluk sendromu açısından izleme alındı.

İlk muayenesinde hiperaletti. Yenidoğan refleksleri alınabilmekteydi.

Yakın Finnegan skorlaması ile izlendi. Postnatal 18. saatinde 3 saatlik arayla yapılan skorlamada 8'in üzerinde sebat etti. NYS tanısı ile 20 mg/kg'dan Fenobarbital yüklemesi yapıldı. Sonrasında Finnegan skoru 8'in altında seyretti. 5 mg/kg/g'den fenobarbital idamesine geçildi. İzleminde stabil seyretti. Finnegan skorlamasında düşme saptandı. İdame fenobarbital dozu tedricen azaltılarak kesildi. İlaçsız stabil seyreden hasta sosyal hizmetler biriminin onayı taburcu edildi

TARTIŞMA VE SONUÇ: Gebelik sırasında opioid ile beraber opioid dışında maddeler de kullanan ve kullanım bozukluğu tedavisi de alan annelerin bebeklerinde yoksunluk bulguları tahmin edilenden daha önce ortaya çıkabilir. Bu olgular özellikle birinci basamak tedavi seçenekleri olan oral metadon ve buprenorfin olmadığı durumlarda oral fenobarbital ile başarılı şekilde tedavi edilebilir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal, Sendrom, Yoksunluk

Tablo 1. Modifiye Finnegan Skorlaması

Modifiye Finnegan Skoru*		
Merkezi Sinir Sistemi Bulguları		
Yüksek sesli ağlama <5 dakika		2
Devamli yüksek sesli ağlama >5 dakika		3
Beslenme sonrası uyku < 1 saat		3
Beslenme sonrası uyku < 2 saat		2
Beslenme sonrası uyku < 3 saat		1
Hiperaktif Moro Refleksi		2
Belirgin hiperaktif Moro Refleksi		3
Uyan ile hafif tremor		1
Uyan ile orta ve ciddi tremor		2
Uyansız hafif tremor		3
Uyansız orta ve ciddi tremor		4
Artmış kas tonusu		2
Deride soyulma		1
Myoklonik atım		3
Jeneralize konvülsiyon		5
Metabolik, vazomotor, solunumsal bulgular		
Terleme		1
Ateş (37,2-38,3 C°)		1
Ateş (>38,4 C°)		2
Sık esneme (>3-4 kez)		1
Beneklenme		1
Burun tıkanıklığı		1
Hapırma (>3-4)		1
Nazal akıntı		2
Solum hızı >60 /dk		1
Solum hızı >60/dk ve retraksiyonlar		2
Gastrointestinal bulgular		
Artmış emme		1
Kötü beslenme		2
Regürjitasyon		2
Projektil kusma		3
Yumuşak gıyca		2
Sıtık dışkılama		3
Toplam Skor		

Tablo 2. Farmakolojik Tedavi Seçenekleri

İLAÇ	İLK DOZ	DOZ ARTIMI	DOZ AZALTMA
Morfin	0.05 mg/kg/doz (3 saatte 1)	24 saatte %10-20 doz	24 saatte %10
Metadon	0.1 mg/kg/doz (6 saatte 1)	4 saatte 1'e artırılabilir	0.7 mg/kg/doz × 2 0.05 mg/kg/doz×2 0.04 mg/kg/doz×2 0.03 mg/kg/doz×2 0.02 mg/kg/doz×2 0.01 mg/kg/doz×2 0.01 mg/kg/doz×1
Buprenorfin	4 µg/kg (8 saatte 1)	Maksimum 15 µg/kg olacak şekilde +2 µg/kg	3 µg/kg/doz × 3 2 µg/kg/doz × 3 2 µg/kg/doz × 2 2 µg/kg/dose × 1
Fenobarbital	20 mg/kg/doz	-	24 saatte 5 mg/kg
Klonidin	1.5 µg/kg/doz (3 saatte 1)	24 saatte %25 doz	24 saatte %10 doz

EP-073

Yenidoğan sarılığında nadir ama kolay tanınan hastalık - Periferik yaymanın önemi

Nijat Aliyev¹, Ersin Ulu¹, Zeynep Alp Ünkar², Zekeriyya Mehmet Vural², Hilmi Apak³

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Neonatoloji Ana Bilim Dalı

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Yenşdoğan sarılığı olan hastalarda nadir de olsa konjenital hemolitik anemiler olabilir. Bu sunumda kliniğimize sarılık nedeniyle yatırılan bir hastada periferik yayması ile tanısının konmasını sunuyoruz

YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:Eşi ile aralarında birinci derece kuzen evliliği olan 30 yaş anneden G5P4A1C0 35+4 GH, C/S ile 2940gr APGAR 7/9 verilerek doğmuş.İlk 24 saatte bakılan total bilirubin:11,7mg/dl saptandı. Tektik ve tedavi için YDYBÜ'ne yatırıldı. Kardeşinde uzamış sarılık nedeniyle fototerapi öyküsü vardı.Hastanın kendisinin ve annesinin kan grubu:A Rh (+) saptandı. Direkt coombs testi negatif idi. Sistemik muayenesinde sarılık dışında özellik yoktu. Hastanın yatışda Hgb:10,7 saptandı.. Ret: % 28 saptandı(mutlak ret:900 000/ml). Periferik yaymada eliptositler yanında miğfer hücreleri, mikrosferositler, polikromazi, göz yaşı hücreleri, görüldü. Ön tanıda herediter eliptositoz düşünüldü.

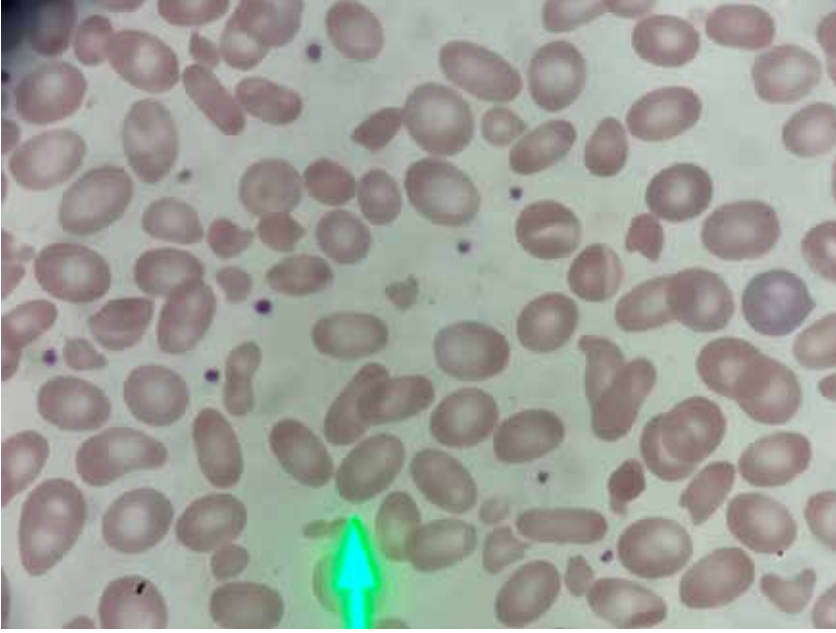
TARTIŞMA VE SONUÇ:Herediter eliptositoz, genellikle, eritrosit membranındaki horizontal yerleşen spektrin dimerleri yada spektrin-aktin-protein 4.1 ilişkilerindeki hasarlar sonucunda gelişmektedir.Nadiren Glikoforin-C eksikliği veya beta spektrindeki bir mutasyon sonucu alfa-zincir yapısı etkilenmiş olgular bildirilmiştir. Bu hastalarda sorunlu genler:SPTA1(α-spectrin),SPTB(β-spectrin) EPB41(protein4.1R),GYPC(glycophorinC) Başlangıçta eritrosit öncü hücreleri morfolojik olarak normalken, eritrositler yaşlandıkça ve özellikle kapiller alandan tekrar tekrar geçmeleri ile membran proteinlerindeki hasar sonucunda kalıcı eliptosit şeklini almaktadırlar

Tam kan sayımında; hastalığın ciddiyetine bağlı olarak farklı düzeylerde hemoglobin düşüklüğü vardır. Anemi olmasa bile hemoliz bulgusu olarak; retikülositoz, haptoglobulin düşüklüğü, indirek hiperbilirubinemi, LDH yüksekliği genellikle saptanmaktadır. Herediter eliptositozlu hastalarda intravasküler hemoliz ve buna bağlı olarak gelişebilecek hemoglobinüri ve hemosiderinüri beklenmemektedir. Periferik yaymada %15-100 oranında eliptositin görülmesi HE tanısı için tipiktir.

Sarılık ve anemi öyküsü olan, fototerapi almak için yatırılan tüm yenidoğanlarda periferik yayma bakılması bize hastaya tanı koymakta yardımcı olabilecek en ucuz ve kolay yöntemlerden biridir ve böylece nadir hastalığa tanı koyulabilir

Anahtar Kelimeler: periferik yayma, herediter eliptositoz, yenidoğan sarılığı

Periferik yayma



Periferik yayma 2



Tablo

Tablo 17.48 - Hereditör Eliptositöz Varyantlarının Klinik Sınıflaması

	Sessiz Taşıyıcı	Yaygın Hereditör Eliptositöz		Hereditör Pyropoikilositöz	Sferositik Eliptositöz	Güneydoğu Asya Ovalositozu
		Heterozigot	Homozigot ya da Çift Heterozigot			
Kalıtım	OD	OD	OR	OR	OD	OD
Anemi	Yok	Yok ya da hafif	Orta ya da ağır	Ağır	Hafif ya da orta	Yok
Hemoliz	Yok	Yok ya da hafif	Orta ya da ağır	Ağır	Hafif ya da orta	Yok
Splenomegali	Yok	Yok	Var	Var	Var	Yok
Periferik yayma	Normal	%15-90 oranında eliptositler	Eliptosit, parçalanmış ve mikroeliptositler	Parçalanmış, mikroeliptositler ve mikrosferositler	Sferositik eliptositler, parçalanmış eritrositler yoktur	Ovalositler
Ozmotik fragilite	Normal	Normal	Artmış	Artmış	Artmış	Normal ya da azalmış
Diğer bulgular	Genellikle aile taraması sırasında tanı alırlar	Erken çocukluk çağında geçici bir anemi ve poikilositöz olabilir	Düşük ortalama eritrosit volümü	Çok düşük ortalama eritrosit volümü (30-50 fl)	Splenektomi tedavi edicidir	Özellikle serebral maleryaya karşı konuyucudur

EP-074

Ağır Bronkopulmoner Displazi Hastalarında Dornaz Alfa Tedavisi Olgu Sunumu

Berivan Kılıncı¹, Nesrin Kaya², Azer Kılıç Başkan³, Zeynep Alp Ünkar², Ersin Ulu², Ayşe Ayzıt Kılıncı Sakallı³, Haluk Cezmi Çokuğraş³, Zekeriyya Mehmet Vural²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Neonatoloji Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Bronkopulmoner displazi (BPD), anormal solunum muayenesi ile yaşamın 28. gününde oksijen gereksinimi olarak tanımlanır.BPD'nin şiddetini önlemeye veya değiştirmeye yönelik tedavi yöntemleri sınırlıdır. Dornaz alfa kistik fibrozlu(KF) hastalarda pürülan hiperviskoz balgam tedavisinde endikedir.Ancak yapılan çalışmalarda; BPD, atelektazi, ventilatör ilişkili pnömoni(VIP) tedavisinde solunum sekresyonlarını ve ventilasyon ihtiyacını azalttığı gösterilmiştir.

YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:25 yaş G1P1A0C0 anneden, 27+1 gebelik haftasında 650 gram acil sezeryan ile doğurtulan hastanın antenatal izleminde preeklampsi ve uteroplasental yetmezlik saptanmış. Doğumda canlandırma gereksinimi olmuş, entübe edilerek sürfaktan uygulanmış, yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatırılmıştı. Yatış muayenesinde genel durumu kötü entübe, antropometrik ölçümleri 10 persantil altında SGA, 2/6 sistolik üfürüm, hipotonisite ve yenidoğan reflekslerinin alınmaması dışında patolojik özellik yoktu. Postnatal 28. günde entübe olması sebebiyle BPD olarak değerlendirilmiş, iki kez deksametazon tedavisi denenmiş ancak sepsis nedeniyle tamamlanamamıştır. Postmenstrüel 36. haftada halen entübe olması sebebiyle ağır BPD olarak değerlendirilmiştir. İzleminde pulmoner hipertansiyon gelişmiş sildenafil tedavisi başlanmıştır. Endotrakeal aspirat kültüründe ikişer kez Klebsiella spp. ve Stenotrophomonas maltophilia üremesi, sepsis ve VIP nedeniyle çoklu antibiyotik kullanmıştır. Çocuk göğüs hastalıklarıyla beraber değerlendirilen hastaya dornaz alfa tedavisi verilmesine kararlaştırılmış, 1.25 ml/mg/gün dornaz alfa tedavisi başlanmıştır. İzleminde sekresyonları, oksijen ve pozitif basınç ihtiyacı azalmış olup tedavinin ikinci haftasında ekstübe olmuştur. Ventilasyon ihtiyacı kalmayan hasta; FiO2:%30 ile takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Dornaz alfa;bakteri ve lökositlerden salınan DNA kalıntılarını hidrolize eden rekombinant insan deoksiribonükleazdan oluşmuş saflaştırılmış çözeltilidir. Enfekte olmuş hiperviskoz balgamı sekresyonlardan temizler. Uygulamadan sonra bronkokonstriktif etkiye neden olmaz. BPD'de, mekanik ventilasyona bağlı pulmoner parankimdeki kronik enflamasyona sekonder mukus tıkaçları, atelektazilerde kullanıldığına dair kısıtlı olgu serileri mevcuttur. Yenidoğanlarda dornaz alfa kullanımına ilişkin veri sınırlıdır ancak mekanik ventilasyon ve oksijen gereksinimindeki azalmanın bir kısmını dornaz alfa ile tedaviye bağlamak mantıklı görünmektedir.BPD'li hastalarda sekresyonların, ventilasyon ve oksijen ihtiyacının azalması, akciğer hasarının azalması tedavide umut vericidir.

Anahtar Kelimeler: bronkopulmoner displazi, dornaz alfa, ventilatör ilişkili pnömoni

Resim 1



Tedavi Öncesi

Resim 2



Tedavi Sonrası

Resim 3



Tedavi Sonrası İzlem

EP-075

Periferik Pulmoner Stenoz Saptanan Bir Yenidoğanda Williams Sendromu

Ayşe Sena Kum¹, Laçın Cümşüdoğ², Nurcan Hanedan², Canan Türkyılmaz², Nuriye Ebru Ergenekon², İbrahim Murat Hirfanoğlu², Esra Eray Önal², Esin Koç²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Williams-Beuren Sendromu 7q11.23 kromozomundaki elastin geninin mikrolelesyonu sonucu oluşan peri yüzü, mental retardasyon, konjenital kalp hastalığı (supravalvüler aort stenozu, periferik pulmoner stenoz), büyüme geriliği, bağ dokusu anomalileri, idiyopatik hiperkalsemi, renal anomaliler ile karakterize bir sendromdur. Sıklığının 10.000 ile 50.000 canlı doğumda bir olarak bildirilmektedir. Doğumsal kalp hastalıkları Williams sendromlu hastaların %60-85'inde saptanmaktadır.

YÖNTEM:Bu olguda periferik- valvüler pulmoner stenoz nedeniyle yapılan genetik incelemede Williams Sendromu saptanan bir olgu bildirilmiştir.

BULGULAR:Gebelik haftası 37 hafta olan 2875 gram olarak, deselerasyon nedeniyle acil sezaryenla doğan kız bebeğin doğumda mekonyum ile boyalı ve boynuna 3 kez kord dolanması olduğu görüldü. Canlandırma geçirmeyen, akrosiyanozu ve desatürasyonu olan bebeğin 10.dakikadaki arterial kan gazı pH:7.02, CO₂:71, BE: -14 HCO₃: 13.3 olarak saptandı. Hasta perinatal asfiksi ön tanısıyla yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılarak CFM izlemine alındı. Pasif hipotermi yapıldı. Hood ile oksijen desteği verildi. İzleminde nörolojik muayenesi normal olan CFM de nöbet aktivitesi saptanmayan bebekte pasif hipotermi 24.saatinde sonlandırıldı. Transfontanel ultrason normal değerlendirildi. Hastanın EKO görüntülemesinde hipertrofik kardiyomyopati ve bilateral periferik-valvüler pulmoner stenoz saptanması üzerine genetik konsültasyonu istendi. Yeni nesil DNA dizileme yöntemi ile hastada 7q11.23 bölgesinde 1.4 Mb lık delesyon saptandı. Bu sonuç Williams Sendromu ile uyumlu bulundu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital periferik-valvüler pulmoner stenoz genetik bir sendromun komponenti olabilir. Bu nedenle pulmoner stenoz saptanan her yenidoğan etiyoloji açısından mutlaka ileri genetik inceleme yapılmalıdır

Anahtar Kelimeler: Periferik-valvüler Pulmoner stenoz, Williams sendromu, 7q11.23 delesyonu

EP-076

Kuşkulu Genitalyalı Bir Yenidoğanda 21 Hidroksilaz Eksikliğine Bağlı Konjenital Adrenal Hiperplazi Olgusunda Over Agenezisi Birlikteliği

Ayşe Sena Kum¹, Laçın Cümşüdoğ², Nurcan Hanedan², Canan Türkyılmaz², Nuriye Ebru Ergenekon², İbrahim Murat Hirfanoğlu², Esra Eray Önal², Esin Koç²

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital adrenal hiperplazi (KAH), kortizol sentezinde gerekli olan enzimlerden birinin eksikliği sonucu ortaya çıkan otozomal resesif bir grup bozukluktur. Tüm KAH olgularının %90-95 inden 21- hidroksilaz enzim eksikliği sorumludur. Hastalığın klasik formu 15.000 canlı doğumda bir görülür, tuz kaybettiren ve basit virilizan tip olmak üzere iki klinik formda kendini gösterir.

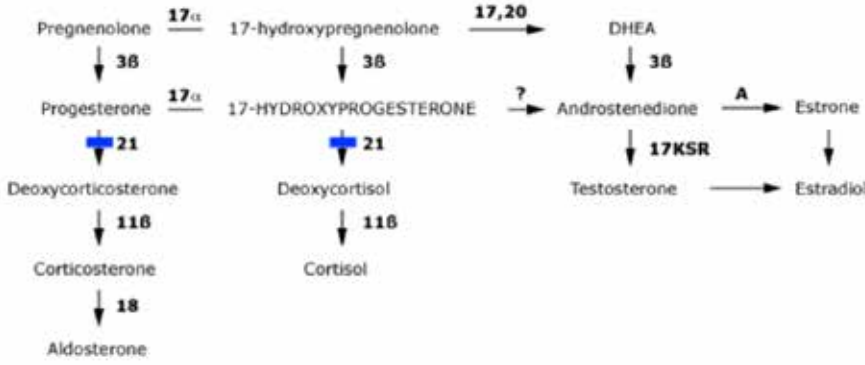
YÖNTEM:Bu olguda 21 hidroksilaz eksikliğine bağlı konjenital adrenal hiperplazi ve over agenezi birlikteliği sunulmuştur.

BULGULAR:Primipar 39 yaşındaki anneden vajinal yolla 39.haftada 3205 gram doğan, doğum sonrası takipnesi olan bebek; fizik muayenesinde yarık damak, mezokardiyak odakta 2/6 sistolik üfürüm ve kuşkulu genitalya saptanması üzerine yenidoğan servisine yatırıldı. Kan şekeri ve elektrolit takibi yapılan bebeğin 4.günü topuk kanı KAH taramasında pozitiflik saptandı. Hormon değerleri KAH açısından tanısız saptanmadı. Takvim yaşının 9.gününde bakılan kontrol biyokimyasında Na: 125 mg/dl, K: 7,9 mg/dl görüldü. Hipoglisemik değeri olmadı. Kortizol: 21,8 µg/dl, ACTH 54,7 pg/ml 17-OH-Progesteron 14,8 ng/ml(yüksek), saptandı. Adrenal kriz kabul edilen hastaya hidrokortizon ve fludrikortizon verildi. Sodyum ve antipotasyum tedavileri eklendi. Pelvik ultrasonografide overler bilateral görüntülenemediği için yapılan pelvik MR da uterus ve endometrial kavite görüldü, overyan agenezi raporlandı. Ekokardiyografide patent duktus arteriozus, sekundum ASD ve bovin arkus aorta saptandı. Karyotip analizi 46,XX olarak sonuçlanan hastanın genetik incelemesinde CYP21A2 homozigot tüm gen delesyonu saptandı. Sonuç klasik tip 21-OH eksikliğine bağlı konjenital adrenal hiperplazi olarak değerlendirildi. Hasta hidrokortizon ve oral sodyum tedavileriyle poliklinik kontrolleriyle izlem planlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Topuk taraması ve ilk tetkikleriyle KAH tanısı kesinleşmeyen ancak izleminde adrenal krize girip tanı alan ve over agenezi birlikteliği olan nadir olgu sunulmuştur. Günümüzde KAH'a bağlı adrenal yetersizlik nedeniyle ortaya çıkabilecek ani ölümleri azaltmak; bu hastalığın yol açabileceği morbiditeleri engellemek, bu hastalığın ekonomik yükünü düşürmek için yenidoğan döneminde tarama yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Kuşkulu genitalya, 21-OH hidroksilaz eksikliği, Over agenezi

Adrenal steroid sentezinin yolları



21-hidroksilazdaki sentetik bir kusur, kortizol sentezinde azalmaya, kortikotropin (ACTH) salınımında artışa, 17-hidroksiprogesteron birikimine (özellikle ACTH uygulamasından sonra), artan androjen üretimine bağlı olası virilizasyona ve azalan androjene bağlı olası tuz kaybına neden olur. aldosteron ve deoksikortikosteron üretimi

EP-079

Atipik Şikayetlerin Endoskopi İle Aydınlatılması: Çölyak Hastalığı

Fatoş Genç¹, Meltem Uğraş²

¹Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Çölyak hastalığı; genetik olarak duyarlı kişilerde diyetle alınan gluten proteinine karşı gelişen otoimmün bir reaksiyondur. Hastalık 4 tipte incelenmektedir. Klasik formu en sık ishal,karın ağrısı gibi tipik gastrointestinal semptomlar ile giderken, atipik form anemi,cilt bulguları,karın şişkinliği,kabızlık gibi atipik gastrointestinal semptomlar ile,sessiz formu asemptomatik,normal biyopsi,pozitif seroloji,gizli formu ise normal biyopsi,pozitif seroloji ile görülmektedir. Tanıda serolojik belirteçler (anti-doku transglutaminaz IgA) yol gösterici olup kesin tanı ince barsak biyopsisi ile konulur.Tedavi ömür boyu glutensiz diyettir.Burada kabızlık yakınması ile gelen bir hasta sunulacaktır.

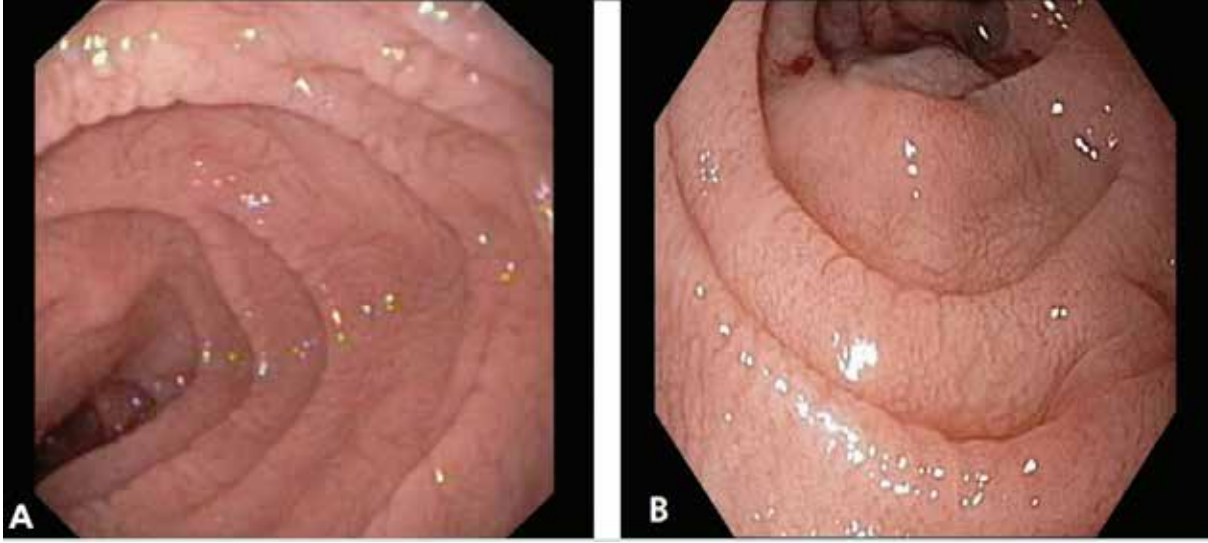
YÖNTEM:Sekiz yaş erkek olgu 2 yıldır süren aralıklı kabızlık yakınması ile kliniğimize başvurdu. Özgeçmişinde 1.5 ay önce yapılan orşiopeksi operasyonu olup soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın vital bulguları normal, boy ve kilosu 50-75persentil idi, fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuar incelemesinde; Hb:12.1 g/dL, lökosit: 11.400 µg/L, trombosit: 384.000 µg/L, periferik yaymasında patolojik bulgu saptanmadı. Ön tanıları çerçevesinde istenen sedimentasyon, tiroit fonksiyon testleri, B12 vitamini, folik asit, demir, D vitamini ve diğer biyokimya parametreleri ve tam idrar tetkiki, dışkı tetkiklerinde patoloji saptanmadı. EMA ve TTG testi pozitif saptanması üzerine yapılan endoskopisinde bulbus mukozasında erozyon duodenum ikinci kısım pililerde silikleşme(şekil1a.) duodenum 2.kısım mukozasında çatlamış toprak manzarası (şekil1b.), saptandı.

BULGULAR:Biyopsi sonucunda histopatolojik bulgular Modifiye Marsh Klasifikasyonu tip 2 ile uyumlu saptandı. Yapılan genetik test sonucunda Çölyak Hastalığı ile uyumlu olan HLADQA1 ve DQB1 pozitif saptandı.Hastaya glutensiz diyet başlandı ve hastanın takibinde kabızlığının düzeldiği görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çölyak hastalığı (gluten enteropatisi) genetik olarak duyarlı kişilerde başlıca buğdaydaki gluten ve arpa, çavdar, yulaf gibi tahıllardaki gluten benzeri diğer tahıl proteinlerine karşı kalıcı intolerans olarak gelişen proksimal ince barsak hastalığıdır.Bu çalışmada tedavisi glutensiz diyetle beslenerek uzun dönem komplikasyonların önlenildiği Çölyak Hastalığının tanısını koymada sık görülen gis semptomların yanı sıra kabızlık gibi atipik gis semptomlarının tanı koymada göz önünde bulundurulması gerektiğini vurgulamak istedik.

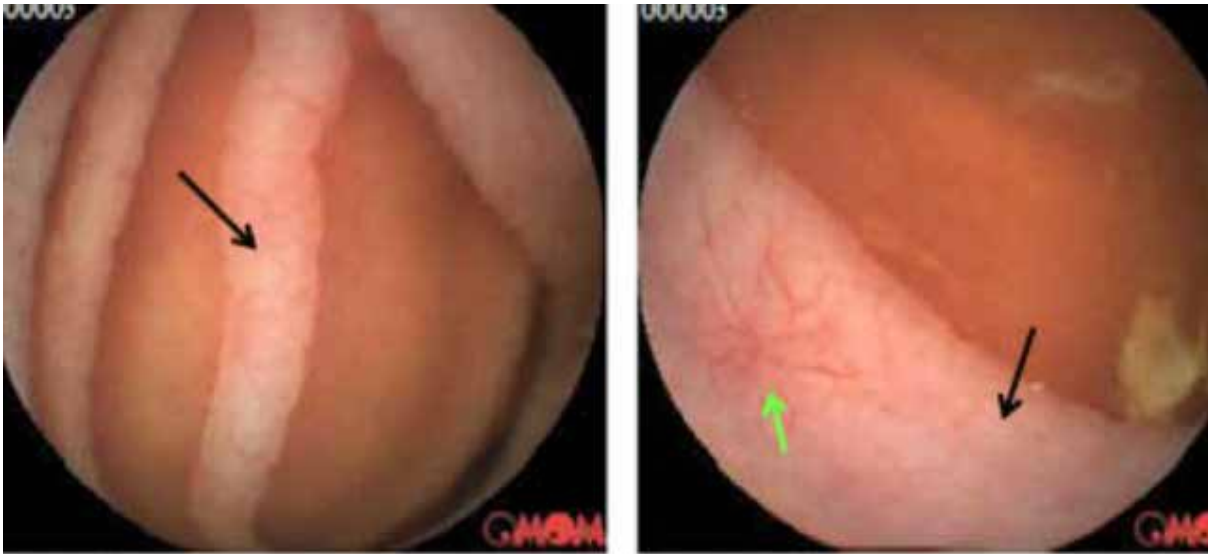
Anahtar Kelimeler: gluten, çölyak, kabızlık

Şekil1a.



Çölyak hastalığında endoskopik görünüm, duodenum ikinci kısım pililerde silikleşme

Şekil1b.



Kapsül endoskopide mukozada çatlamış toprak görünümü (Scalloping)

EP-080

Göğüs Ağrısı İle Başvuran Adolesanda Tetrasikline Bağlı Özofajit

Fatoş Genç¹, Meltem Uğraş²

¹Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Özofajit, özofagus mukozasının asit reflüsü, infeksiyon, sistemik hastalıklar, radyasyon, ilaçlar ve travma gibi birçok nedenle hasarlanmasıdır. İlaça bağlı özofajit çeşitli ilaçların kullanımı ile özofagus mukozasında oluşan ülser ve ciddi hasar sonucu gelişen hastalıktır. Sorumlu ilaçların yaklaşık %50'sini tetrasiklin, doksisisiklin ve klindamisin oluşturmaktadır.İlaçların bol su ile dik oturur pozisyonda alınması ve yarım saat yatar pozisyona geçilmemesi gerekmektedir. Olgular genellikle erişkin yaş grubunda görülmektedir. Literatürde çocukluk yaş grubunda yeterli vaka bulunmamaktadır. Bu yazıda tetrasiklin kullanırken yutmada zorluk,retrosternal ağrısı gelişen endoskopi ile özofajit tanısı alan 14 yaşında kız olgu sunulacaktır.

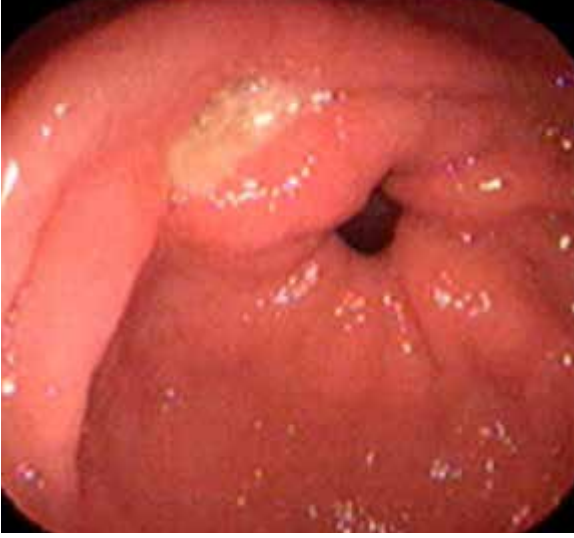
YÖNTEM:14 yaş kız olgu yutma sırasında göğüs ön tarafında ağrı,yutmada zorluk, yutabildiği porsiyonların küçülmesi yakınması ile polikliniğimize başvurdu.Öyküsünden 4 hafta önce akne vulgaris tanısıyla tetrasiklin kapsül kullanmaya başladığı, ilacı içtikten sonra hemen yattığı ve son 10 gündür şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Hastanın özgeçmişinde, soygeçmişinde özellik yoktu. Hastanın vital bulguları normal, boy ve kilosu 50-75percentil idi, fizik muayenesinde patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar incelemesinde; Hb:13.5 g/dL, lökosit: 5260 µg/L, trombosit: 213.000 µg/L, crp:8.9 mg/L, koagülasyon ve diğer biyokimya parametrelerinde patolojik bulgu saptanmadı.

BULGULAR:Hastanın yapılan endoskopisinde kardial, fundus, korpus mukozası belirgin hiperemik izlendi, korpusta 1 adet erode alan, antrum benekli hiperemik, prepilorik alanda erozyonlar, fundusta erozyon izlendi, bulbus ön arka yüz hiperemik, duodenum 2.kısım mukoza doğal,özofagusta yaklaşık 7 cm genişliğinde ülser erode alan, pan gastrit, kardida 2 adet polip, bulbit olarak sonuçlandı. Alınan biyopsi sonucunda lamina propriada ödem, çevre mide mukozasında kronik gastrit olarak sonuçlandı. Hastamızın kullanmakta olduğu tetrasiklini kesildi, proton pompa inhibitörü, sukralfat tedavisi düzenlendi poliklinik kontrolüne gelmek üzere ayaktan takipe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İlaça bağlı özofajitte sorumlu tutulan ilaçların önemli bir bölümünü oluşturan tetrasiklinin ilaç yan etkisinin yanısıra ilacın özofagus pasajında temas süresini uzatan faktörler olarak az su ile alımı ve ilaç alımından hemen sonra yatma, ciddi özofagus yaralanmalarına neden olmaktadır. Bu çalışmamızda tetrasiklinin ve ilacı bol su ile almadan, hemen sonra yatıldığında karşılaşılabilecek özofajit tehlikesinin önemini vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: tetrasiklin, özofajit, göğüs ağrısı, yutmada zorluk

Şekil1a.



özofagusta ülsere erode alan

EP-081

Yeni mutasyon saptanan familial hiperkolenemi olgusu

Busra Zeynep Yılmaz¹, Aylin Yucel², Mehmet Burak Mutlu³, Emre Özcan³

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

³Deta-Gen Genetik Hastalıklar Değerlendirme Merkezi, Kayseri, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Safra asitlerinin konjugasyonu, safra kesesine salınmadan önce hepatik safra asidi sentezindeki son adımdır. Bu adım, safra asidi CoA: amino asit N-asiltransferaz (BAAT) tarafından katalize edilir. Safra asidi konjugasyon defektlerinden olan ve çok nadir bir genetik bozukluk olarak bildirilen familial hiperkolenemi; yüksek serum safra asidi, kolestaz ve yağ malabsorpsiyonuna neden olmaktadır.

YÖNTEM:Bu çalışmada, çok nadir olarak görülen BAAT geninde defekte bağlı olarak gelişen bir safra asit konjugasyon defektlerinden familial hiperkolenemi olgusu sunulmaktadır.

BULGULAR:17 aylık kız hasta, on gün önce başlayan sarılık ve kaşıntı yakınmasıyla başvurdu. Özgeçmişinde özelliği yoktu. Soygeçmişinde anne baba arasında akrabalık yoktu. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 5,4 kg (<3 p), boyu: 63,5 cm (27 p), baş çevresi: 41 cm (20 p), yüzünde ve skleralarında ikterik görünümü mevcuttu ve karaciğer kot altı 3 cm ele geliyordu. Geliş laboratuvar tetkiklerinde; total bilirubin: 7,47 mg/dl, direkt bilirubin: 5,65 mg/dl, aspartat aminotransferaz: 203 U/L, alanin aminotransferaz: 88,5 U/L, gamma glutamik transferaz: 15 U/L ve alkalen fosfataz: 2534 U/L olarak sonuçlandı. Hasta gamma glutamik transferaz normal kolestaz açısından tetkik edildi. Açlık serum safra asiti düzeyi 140,2 mmol/l olarak sonuçlandı. Batın ultrasonografi hepatomegali dışında normaldi. Karaciğer biyopsisi yapıldı. Patolojik incelemede periportal mesafede belirgin fibrozis, hepatositlerde safra pigment birikimi ve portal mesafedeki duktuslarda dilatasyon görüldü ve progresif familial intraepitelyal kolestaz ile uyumlu bulundu. Hastadan progresif familial intraepitelyal kolestaz (PFIC) defektleri açısından genetik gönderildi; normal olarak sonuçlandı. GGT normal kolestazı devam eden hastadan tüm ekzon analizi gönderildi; BAAT geninde c.2T>A p.Met1 Lys chr9:104133685, otozomal resesif homozigot varyasyon tespit edildi. Bu varyant daha önce literatürde saptanmamış, de-novo bir mutasyon olarak gösterildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Familial hiperkolenemi kliniği olan bir hastada ilk kez tanımlanmış bir mutasyon tespit ettik. Bu olgunun literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: kolestaz, çocuk, familial hiperkolenemi

EP-083

Neonatal Kolestaz Olgularının Geriye Dönük Değerlendirilmesi

Sıdıka Sümeyye Özmen, Tuğba Gürsoy Koca, Halil Kocamaz

Pamukkale Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Neonatal kolestaz, hayatın ilk aylarında başlayan, safra yapımı veya ekskresyonunun bozulması sonucu direkt bilirubin artışı ve sarılıkla seyreden bir durumdur (1). İnsidansı 2.500 canlı doğumda 1 olarak bilinmektedir (2).

Neonatal kolestazın en sık nedeni intrahepatik kolestazdır. İdiopatik neonatal hepatit, enfeksiyonlar, endokrinopatiler, sistemik hastalıklar, genetik-kromozomal bozukluklar, metabolik hastalıklar, total parenteral nütrisyon (TPN) ve herediter kolestatik hastalıklar intrahepatik kolestaz nedenleridir (3). Biliyer atrezi (BA) tüm neonatal kolestazlı olguların %25-35'ini oluşturur (4).

YÖNTEM:Bu çalışmaya; Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Bilim Dalı'nda, Ocak 2018-Ocak 2023 yılları arasında neonatal kolestaz tanısı alan (0-2 aylık) hastalar dahil edildi. Hastaların demografik özellikleri, etiyolojik faktörleri, klinik bulguları ve son durumları incelendi.

BULGULAR:Çalışmaya alınan kolestazlı 32 hastanın 21'i (%65) erkekti. Anne-baba akrabalığı 2 (%6,3) hastada vardı. Hastaların fizik muayene bulguları incelendiğinde en sık sarılık (%71,9) gözlenmiş olup, bunu sırasıyla hepatomegali (%31) ve splenomegali (%3) izliyordu. Hastalar kolestaz etiyolojileri açısından değerlendirildiğinde en sık TPN ilişkili kolestaz vakaları (%33) görüldü. Bunu sırası ile sepsis (%16), nedeni saptanamayan (%16) ve BA (%16) izledi. Bir hastada Alagille sendromuna, bir hastada biotinidaz eksikliğine ve bir hastada intrauterin sfiliz enfeksiyonuna sekonder kolestaz saptandı.

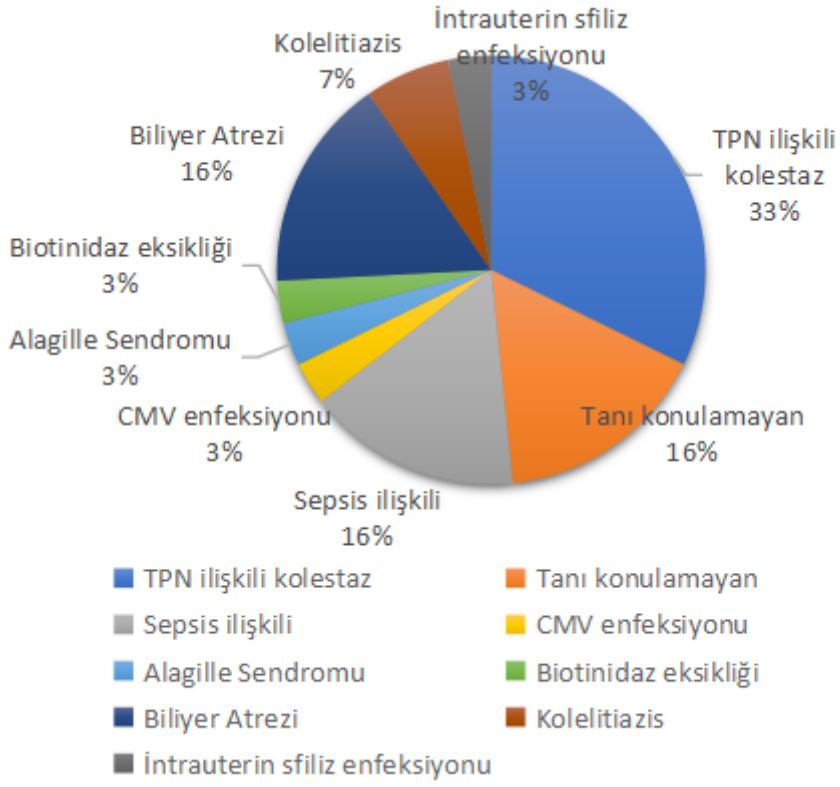
Hastalar laboratuvar verileri incelenmek üzere doğum yaşına göre <32 hafta (grup 1) ve >32 hafta (grup 2) olarak iki gruba ayrıldı. Gruplar arasında AST, ALT, GGT, ALP, total ve direkt bilirubin düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmadı.

Hastaların son durumları değerlendirildiğinde; tüm hastaların 30'u (%93,7) yaşamakta olup 2'si (%6) yenidoğan döneminde sepsisten kaybedilmişti. BA saptanan 5 hasta tanı aldıktan sonra operasyon yapılabilecek merkezlere yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Neonatal kolestaz etyolojisinde intrahepatik nedenlere daha sık rastlanmaktadır. Yenidoğan yoğun bakım yatış ve TPN öyküsü olan olgularda sık gözlenen klinik bir durumdur. Etiyolojik nedenlerinin saptanması genellikle zaman alıcıdır, yüksek maliyet gerektirir. Bu nedenle tanıya giden yolda en önemli nokta erken dönemde cerrahi veya medikal olarak tedavi edilebilen hastalıkların tespit edilmesi ve gelişebilecek karaciğer hasarının önlenmesidir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal kolestaz, biliyer atrezi, TPN ilişkili kolestaz

Neonatal Kolestaz Etiyolojisi



EP-085

Influenza A'ya Bağlı Akut Hepatik Yetmezlik Olgusu

Ceren Türközkan¹, Ozlem Kalaycik Sengul², Sebahat Cam²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut hepatik yetmezlik (AHY), hepatositlerin masif nekrozu ya da şiddetli fonksiyon bozukluğu sonucu oluşan hızlı seyirli, multisistemik bir hastalıktır. Enfeksiyonlar, ilaçlar/toksinler, metabolik hastalıklar, otoimmünite, neoplazmlar, vasküler patolojilere bağlı veya idiyopatik (%50-60) olarak gelişebilir. Akut gelişen karaciğer hücre yıkımına nedeniyle çok yüksek aspartat aminotransferaz (AST), alanin aminotransferaz (ALT) düzeyleri ile birlikte K vitaminine yanıtız protrombin zamanı (PT) uzaması ile tanı konulur. Nonspesifik semptomlardan ensefalopati, nöbetler, asit oluşumu, multiorgan yetmezliği gibi geniş bir klinik spektrum mevcuttur. Bu vaka sunumunda AHY etiolojisinde Influenza virüsünün yerini hatırlatmayı ve iyi prognozlu bir örnek göstermeyi amaçladık.

YÖNTEM:Çocuk gastroenteroloji yataklı servisinde teakip ve tedavi edilen hastanın anamnez, fizik muayene ve laboratuvar sonuçlarını kaydettik.

BULGULAR:Öncesinde bilinen hastalığı olmayan 28 aylık kız hastanın, 10 gündür kusma, ishal ve ateş şikayetleriyle dış merkeze çoklu başvuruları olmuş. Tetkiklerinde pansitopeni ve AST, ALT yüksekliği saptanması nedeniyle acil servisimize sevk edilen hasta düşkün, halsiz görünümdeydi ve batin muayenesinde kot altı 3 cm hepatomegali mevcuttu. Tetkiklerinde lökosit 1200/mm³, hemoglobin 10,9 gr/dl, trombosit 118000, nötrofil 160, AST/ALT 5739/3016 U/L, albümin 3,5 gr/dL, total/direkt bilirubin 0,72/0,49 mg/dL, LDH 3119 U/L, PT 25,4 sn, INR 1,94 saptandı. N-asetil sistein infüzyonu başlanan hastaya parenteral K vitamini uygulandı. Sefotaksim intravenöz başlandı. Takibinde K vitaminine rağmen INR düzeyinde artış olan hastaya AHY tanısı konuldu. Nötropeni olan hastanın takibinde ateşi devam etmesi üzerine antibiyoterapisi meropenem ile değiştirildi. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde Influenza A PCR yüksek pozitif bulundu ve oseltamivir (oral) eklendi. Bu tedavinin 24. Saatinde ateşi düşen hasta bir haftalık servis yatışının ardından taburcu edildi. Ayaktan takibinde bir hafta sonra karaciğer enzimleri tamamen normale döndü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuklarda AHY nadir görülmekle birlikte karaciğer naklinin sık nedenlerindedir. Etiyolojik faktöre göre değişkenlik göstermekle birlikte %30-40 oranında mortal seyredebilmektedir. Etiyolojinin belirlenmediği olgularda spesifik medikal tedavi ile nakilsiz sağkalım olasılığı artmaktadır. İnfluenza enfeksiyonu, nadir de olsa özellikle tedavi edilebilir bir etiyolojik faktör olması nedeniyle AHY'de akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Akut hepatik yetmezlik, Influenza, etiyoloji

EP-086

Nadir Bir Akut Hepatik Yetmezlik Nedeni: COVID-19 Enfeksiyonu

Gözde Nur Bektaş Kılıçaslan, Sinem Arusal, Gizem Aktemur, Bilge Şahin Akkelle, Engin Tutar, Deniz Ertem
Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi / İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut hepatik yetmezlik (AHY) ani başlangıçlı, hızlı seyirli, yüksek mortalite riskinin olduğu bir klinik tablodur. Çoğunlukla (%51-62) altta yatan sebebin saptanamadığı AHY'nin etiolojisinde; enfeksiyonlar, immünolojik nedenler, toksinler, metabolik nedenler ve ilaçlar gibi pek çok etken rol oynayabilmektedir. Bu bildiride oldukça nadir görülen bir klinik duruma dikkat çekmek amacıyla, COVID-19'a sekonder gelişen bir akut hepatik yetmezlik olgusu sunulmuştur.

YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:Bilinen bir hastalığı ve düzenli kullandığı ilaç öyküsü olmayan 4 yaşında erkek hasta Çocuk Acil Servisi'ne febril konvülsiyon nedeniyle getirildi. Postiktal dönemde olan hastanın ateş, burun tıkanıklığı şikayetlerinin olduğu öğrenildi. Fizik muayenede aktif üst solunum yolu enfeksiyonu bulguları saptandı. Tetkiklerinde CRP pozitifliğinin yanı sıra karaciğer enzimlerinde yükseklik ve koagülasyon parametrelerinde uzama tespit edildi (AST: 6613 U/L, ALT: 3123 U/L, albumin: 4,2 g/dl, total/direkt bilirubin: 0,61/0,15 mg/dl, protrombin zamanı: 28,8 sn, INR: 2,33, amonyak: 33 umol/L). Akut hepatik yetmezlik tanısıyla izleme alınan hastaya sefotaksim, N-asetil sistein, laktüloz tedavileri başlandı, K vitamini uygulandı. Başvuru öncesi parasetamol kullanımı olmadığı öğrenilen hastada etyolojiye yönelik yapılan laboratuvar incelemeleri (viral seroloji, alfa 1 antitripsin ve seruloplazmin düzeyi, ANA, ASMA, LKM, metabolik tetkikler) ve batin USG incelemesi normal sonuçlandı. Solunum yolu patojen incelemesinde COVID-19 PCR testi pozitif olarak sonuçlandı. Takibinin 2. gününden itibaren ateşi geriledi ve karaciğer fonksiyon testlerinde düzelme eğilimi gözlemlendi. Yatışının 7. gününde taburcu edilen hastanın taburculuk sonrası ayaktan takibinde karaciğer enzimleri ve fonksiyon testleri tamamen normale döndü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Akut hepatik yetmezlikte erken tanı ve uygun destek tedavi ile nakilsiz sağkalım mümkündür. Birden çok organ ve sistemi etkileyebildiği bilinen COVID-19 enfeksiyonu, nadir bir etyolojik faktör olarak akut hepatik yetmezlik tablosunda akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, enfeksiyon, akut hepatik yetmezlik

EP-087

Alstrom Sendromunda Karaciğer Nakli

Alper Akpınar¹, Ceyda Tuna Kırsaçlıoğlu¹, Zarife Kuloglu¹, Necati Emreacan Türk¹, Selçuk Teke¹, Engin Demir², Meltem Bingöl Koloğlu³, Elvan Onur Kırımker³, Tanıl Kendirli⁴, Cevriye Cansiz Ersöz⁵, Miraç Yıldırım⁶, Serpil Özdemir¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Ankara

²Mersin Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bölümü, Mersin

³Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi Anabilim Dalı, Ankara

⁴Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Ankara

⁵Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Patoloji Anabilim Dalı, Ankara

⁶Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Alstrom sendromu (ALMS), ALMS1 genindeki otozomal resesif varyantların neden olduğu çok nadir bir hastalıktır. Retina distrofisi, işitme kaybı, erken başlangıçlı obezite, kardiyomiyopati, tip 2 diabetes mellitus ve çoklu organ fibrozisi olmak üzere vücuttaki birçok sistemi etkiler. Yaş, obezite, steatohepatit ve diyabet süresi ile orantısız fibrozise ilerleme eğilimi yüksek olan alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığı ALMS'de sık görülür. Karaciğer enzimleri erken çocukluktan başlayarak yükselir. Etkilenen bazı bireylerde karaciğer hastalığı, ikinci ile üçüncü dekatta siroza ve karaciğer yetmezliğine ilerler. Burada erken bebeklik döneminde kolestatik karaciğer hastalığına bağlı ikincil siroz zemininde akut karaciğer yetmezliği gelişen ve karaciğer nakli yapılan ALMS'li bir hasta sunuldu.

YÖNTEM:Üç aylıkken sarılık ve akolik dışkılama nedeniyle dış merkezde tetik edilen, GGT normal kolestaz bulguları olan, MRCP'de safra kesesi saptanmayan ve karaciğer biyopsisi kolestatik karaciğer hastalığı ile uyumlu hasta 7 aylıkken akut karaciğer yetmezliği gelişmesi nedeniyle karaciğer nakli için merkezimize sevk edildi. Başvuruda büyümesi normal, bilinci açık olup, göbek fitiği ve hepatosplenomegali saptandı. Hastanın hemoglobin değeri 11.9 gr/dL, beyazküre sayısı 6340/mm³, trombosit sayısı 51.000/m³, AST 148 U/L, ALT 66 U/L, GGT: 21 U/L, direkt bilirubin 11.1 mg/dL, albümin 3.8 gr/dL, protrombin zamanı 22 sn, INR: 2 olup, karın BT'si kronik karaciğer hastalığı ile uyumlu idi ve safra kesesi görüntülenmedi.

BULGULAR:Etiyolojiye yönelik yapılan ayrıntılı incelemelerde kolestatik karaciğer hastalığının nedeni belirlenemedi. Destek tedavisine rağmen düzelmeyen hepatik ensafalopati ve akut böbrek yetmezliği nedeniyle başvurusunun 7. gününde canlıdan acil karaciğer nakli yapıldı. Çıkarılan karaciğerin histopatolojik incelemesi sekonder biliyer siroz ile uyumlu idi. Genetik incelemesinde ALMS1 geni c.9853C>T'de (p.Pro3285Ser) homozigot patojenik varyasyon saptandı. Nakil sonrası 7 aylık izleminde uzun süre mekanik ventilatör desteği gerektiren solunum yetmezliği, sepsis, intrakranial kanama ve konvülsiyon gibi komplikasyonlar gözlemlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Alström Sendromlu tüm hastalar, oldukça değişken başlangıç yaşı, klinik seyir ve prognoz ile bir dereceye kadar karaciğer tutulumu riski altındadır.

Anahtar Kelimeler: Alstrom Sendromu, Karaciğer Yetmezliği, Karaciğer Nakli

EP-088

Çocukluk Çağı Beslenmesinde Meyve Suyu ve Benzeri Şekerli İçecekler Konusunda Ailelerin Bilgi Düzeylerinin ve Çocukların Şekerli Sıvı Gıda Tüketimi ile Büyüme Ölçütleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Burce Emine Dortkardesler¹, Merve Tosyalı², Şule Gökçe¹, Feyza Koç²

¹Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri Birimi, İzmir

²Ege Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Malnutrisyon ve obezite çocuklarda morbiditeyi arttıran önemli bir klinik tablodur ve sıklıkla yanlış beslenme nedeniyle gelişir. Aşırı şekerli içecekler de yanlış beslenmede önemli bir yere sahiptir. Aileler tarafından doğal bir besin kaynağı olduğu düşünülerek kontrolsüz tüketimi olabilmektedir. Biz de çalışmamızda ailelerin aşırı şekerli içecekler hakkındaki görüşlerini belirlemeyi, çocuklardaki aşırı şekerli içecek tüketimini saptamayı ve tüketim oranları ile malnutrisyon ve obezite arasındaki ilişkiyi değerlendirmeyi amaçladık.

YÖNTEM:Çalışmamız kesitsel, anket çalışması olarak planlandı ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pediatri polikliniğine başvuran 0-18 yaş arası çocukların ailelerine anket uygulandı. Çocukların antropometrik ölçümleri ve demografik özellikleri kaydedildi. Ebeveynlere meyve suyu ve benzeri şekerli gıdaların tüketimi hakkındaki görüşleri ve çocukların şekerli sıvı gıda tüketim miktarları sorgulandı.

BULGULAR:Çalışmaya 438 çocuk dahil edildi. Çocukların ortalama yaşı 87.74 aydı ve %48.6'sı (n=213) kız çocuktü. Çocukların ortalama ekran süreleri 3.05±2.40 saattir ve %52.1'i reklam izliyordu. Çocukların malnutrisyon ve obezite durumları 2 yaş altında DSÖ verilerine göre, 2 yaş üstünde CDC verilerine göre değerlendirildi. Paketli meyve sularının sağlıklı olduğunu düşünen ailelerin oranı %13, evde yapılan meyve sularının sağlıklı olduğunu düşünen ailelerin oranı ise %94.1 olarak saptandı. Ailelerin %63.2'si bitki çaylarının sağlıklı olduğunu düşünmekteydi. Çocukların %16.9'u her öğün, %20.8'i her gün süt tüketmekteydi. Çocukların aldığı sıvı gıdalar ile obezite-malnutrisyon durumları arasındaki ilişki incelendiğinde; haftada 4-5 gün veya daha fazla ayran veya bitki çayı tüketen çocuklarda obezite ve fazla kilolu olma oranları diğerlerine göre daha yüksek saptandı (sırasıyla p=0.012, 0.045). Diğer sıvı gıda tüketimleri ve malnutrisyon-obezite arasında ilişki saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çalışmamızda anlamlı bir farklılık saptanmamasına rağmen şekerli sıvı gıdaların fazla tüketiminin çocuklarda obezite riskini arttırdığı bilinmektedir. Ancak bu gıdalardan kaçınırken sağlıklı olduğu düşünülen diğer sıvı gıdaların fazla tüketilmemesine de dikkat edilmelidir. Obezite ve malnutrisyonu engellemek için çocuklarda beslenmenin her yönüyle dengeli olması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: ebeveyn görüşleri, obezite, malnutrisyon, meyve suyu, şekerli gıda tüketimi.

Tablo.1- Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

Yaş (ay), Ortanca (Minimum-Maksimum)	87.74 (1.08-215.47)
Doğum Ağırlığı (gr), Ortanca (Minimum-Maksimum)	3200 (580-5100)
Gesteasyonel Yqş (hafta), Ortanca (Minimum-Maksimum)	38 (24-45)
Cinsiyet (kız), n (%)	213 (%48.6)
Anne Yaşı (yıl), Ortanca (Minimum-Maksimum)	36 (21-63)
Baba Yaşı (yıl), Ortanca (Minimum-Maksimum)	40 (25-72)
Annenin eğitim Düzeyi (Lise ve üstü), n(%)	265 (%60.5)
Babanın Eğitim Düzeyi (lise ve üstü), n (%)	290 (%66.2)
Annenin Çalışma Durumu, n(%)	158 (%36.1)
Babanın Çalışma Durumu, n(%)	408 (%93.2)
Aile Tipi (Çekirdek aile), n(%)	326 (%86.00)
Anne Sütü Alma Süresi (ay), Ortanca (Minimum-Maksimum)	17 (0-48)
Ekran Süresi (saat), Ortanca (Minimum-Maksimum)	2 (0-15)
Televizyonda Reklam İzleme Durumu, n(%)	229 (%52.1)
Okula Gitme Durumu, n(%)	285 (%65.0)

Tablo.2- Çocukların Malnutrişyon-Obezite Durumları

<2 yaş (n=59)*	
Normal, n(%)	38 (64.4)
Hafif Malnutrisyon, n(%)	10 (16.9)
Orta Malnutrisyon, n(%)	4 (6.8)
Fazla Kilolu, n(%)	6 (10.2)
Obezite, n(%)	1 (1.7)
> 2 yaş (n=379)**	
Normal, n(%)	171 (45.1)
Hafif Malnutrisyon, n(%)	68 (17.9)
Orta Malnutrisyon, n(%)	32 (8.4)
Ağır Malnutrisyon, n(%)	16 (4.2)
Fazla Kilolu, n(%)	53 (14.0)
Obezite, n(%)	39 (10.3)

*2 yaş altı çocuklar, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) boya göre ağırlık yüzdeleri ile değerlendirildi (Waterlow sınıflaması).

**2 yaş üstü çocuklar, CDC'nin Vücut kitle indeksi (VKİ) verilerine göre değerlendirildi.

EP-090

Üst Gastrointestinal Sistem Kanaması İle Gelen Dev Gastrik Triko bezoar

Pelin Yücesan Şahin¹, Gökçe Sümer¹, Yüksel Bıçlıoğlu², Emel Berksoy¹, Selen Güler¹, Betül Aksoy¹, Maşallah Baran²

¹SBÜ Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Acil Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Ana Bilim Dalı, İzmir

²Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ: Gastrik bezoar, yutulan materyalin birikmesinden kaynaklanan sert bir kitle olarak saptanan yabancı bir cisim olarak tanımlanır.

YÖNTEM: Bu olgu sunumunda çocuk acil servis kliniğine üst gastrointestinal sistem kanaması (üst GİS kanama) ile başvuran ve dev gastrik triko bezoar tanısı konan hasta tartışılmıştır.

OLGU: Onbir yaşında kız hasta, siyah renkte kusma ve siyah renkte dışkılama şikayeti ile başvurdu. Hastanın 1 hafta önce üst solunum yolu enfeksiyonu nedeni ile ibuprofen kullandığı öğrenildi.

Fizik bakıda; saçlar zayıf, cansızdı, batın orta hatta ele gelen kitle mevcuttu

Laboratuvar incelemesinde hemoglobin düşüklüğü (Hgb:8.5mg/dl) dışında tüm değerleri olağandı.

Batın ultrasonografisi (USG): Normal

Kontrastlı batın bilgisayarlı tomografisinde (BT) "Mide içerisinde duodenuma uzanım gösteren triko bezoar ile uyumlu olabilecek kitle imajı" görüldü. Hastaya gastroenteroloji kliniği tarafından üst GİS endoskopisi yapıldı, kıl yumağı görüldü. Hasta triko bezoarın çıkarılması amacı ile çocuk cerrahisi kliniğine yatırıldı ve operasyon ile bezoar çıkarıldı.

TARTIŞMA: Hastaların çoğu trikotilomani ve trikofajisi olan adölesan kızlardır. Sıklıkla psikiyatrik bozukluklarla beraberdir. Hastamızın başvuru sırasında kendisi ya da ailesi tarafından verilen trikofaji öyküsü yoktu. Herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık bildirilmedi. En sık görülen semptomlar karın ağrısı, bulantı, kusma, erken doyma, anoreksi ve kilo kaybıdır. Eşzamanlı mide ülserlerine bağlı gis kanama olabilir, bizim hastamız da üst gis kanaması ile başvurdu, literatürde çocuklarda üst GİS kanama ile başvurup triko bezoar tanısı konan hasta sayısı oldukça azdır. Triko bezoarların tanısında direkt grafi, abdominal USG veya BT kullanılabilir. Hastamızın ultrasonu normaldi fakat çekilen BTde triko bezoar ile uyumlu kitle görüldü. Triko bezoarı saptamada en yüksek duyarlılığa sahip yöntem diagnostik endoskopidir, endoskopi ile aynı zamanda tedavi de olası olabilir. Hastamızın yapılan üst gis endoskopisinde triko bezoar görüldü fakat çok büyük olduğundan endoskopik olarak çıkarılmaya uygun değildi. Hastamızın triko bezoarı çocuk cerrahisi tarafından opere edilerek çıkarıldı. Hastamız taburculuğunda çocuk psikiyatrisine yönlendirildi.

SONUÇ: Triko bezoar; nadir görülür ve sinsi ilerler. Batında ele gelen kitle, seyrek/dökülmüş saçlar, defresif ruh hali, üst GİS kanaması varlığında ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bezoar, Çocuk, Triko bezoar, Gis kanama

Trikobezoar Ayakta Direkt Batın Grafisi



Trikobezoar Bilgisayarlı Tomografi Görüntüsü



Trikobezoar Görüntüsü



EP-091

Groove Pankreatit

Alper Akpınar¹, Ceyda Tuna Kırsaçlıoğlu¹, Ömer Suat Fitoz², Necati Emrecaan Türk¹, Selçuk Teke¹, Serpil Özdemir¹, Zarife Kuloglu¹, Aydan Kansu¹

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji Anabilim Dalı, Çocuk Radyolojisi Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Groove pankreatit (GP), esas olarak erişkinlerde görülen, etiyolojisi tam olarak bilinmeyen, pankreas başı, duodenum ve koledok arasındaki anatomik bölgeyi etkileyen kronik segmental pankreatittir. Yapısal anomalilere bağlı olabileceği gibi pankreatik kanal sekresyonunun lokalize stazının yol açtığı kronik enflamasyon ve fibrozise bağlı da olabilir. Akut pankreatit tanısı sırasında etyoloji araştırılırken yapılan görüntülemelerde GP saptanan bir olgu sunulmuştur

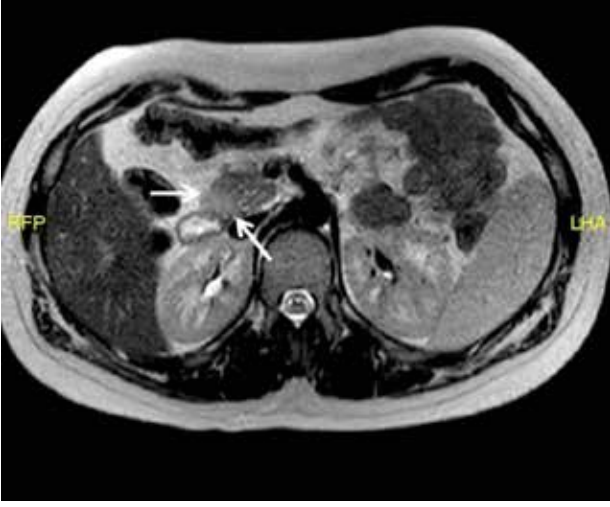
YÖNTEM:12 yaşında erkek hasta, karın ağrısı ve sırt ağrısı ile başvurdu. Özgeçmişinde obezite tanısıyla izlendiği, soy geçmişinde özellik olmadığı öğrenildi. Fizik muayenesinde Ağırlık:83,5 kg (SDS: 2,81), Boy:175 cm (SDS: 3,28), VKİ:27,27 kg/m² (SDS: 1,86); karında yaygın hassasiyeti mevcuttu. Laboratuvar incelemeleri; Hb: 12.3g/dL, WBC: 9490/mm³, Plt: 350.000/mm³, Amilaz: 327U/L, Lipaz:>600U/L, CRP: 5.1mg/L idi. Abdominal ultrasonografisi akut pankreatit ile uyumlu değildi. Klinik ve laboratuvar olarak akut pankreatit tanısı konulan olgunun beslenmesi kesildi. İzlemede yakınmaları ve pankreatik enzim düzeyleri geriledi; beslenmesi başlanarak kademeli olarak arttırıldı.

BULGULAR:Etiyoloji açısından Alfa 1 antitripsin:1.93, Ter testi:18,4, TG: 137mg/dl, Ca: 10mg/dl idi, enfeksiyöz nedenler saptanmadı, travma veya ilaç kullanımı yoktu. IgG: 1070mg/dl (835-2094), IgG alt gurupları normal aralıkta, Anti nükleer antikor: negatif idi. Pankreasın ekzokrin yetersizliği açısından bakılan fekal elastaz: 241 (normal) saptandı. Endokrin fonksiyon testleri normal aralıkta idi. MRCP' de Groove pankreatit ile uyumlu görünüm saptandı. Olası lezyon açısından bakılan CEA, CA19-9, AFP normal aralıkta saptandı. Endoskopide antrum hiperemikdi, patolojisinde H. Pylori pozitif ve hafif şiddette özofajit mevcuttu. Semptomu ve ailede mide kanser öyküsü olmaması nedeniyle H. Pylori eradikasyon tedavisi verilmedi. izleminde bir kez daha pankreatit atağı geçirdi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Pankreatitin nadir bir nedeni olması ve çocuklarda da çok nadir görülmesine karşın akılda tutulması gereken bir durumdur. Tekrarlayan pankreatit ataklarına neden olması açısından izlenmesi ve maligniteden ayırt edilmesi önemlidir

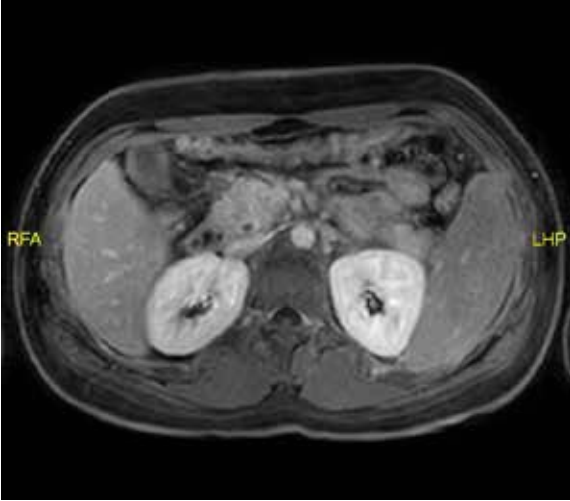
Anahtar Kelimeler: Groove Pankreatit, Pankreatit, Tekrarlayan Pankreatit

Resim 1



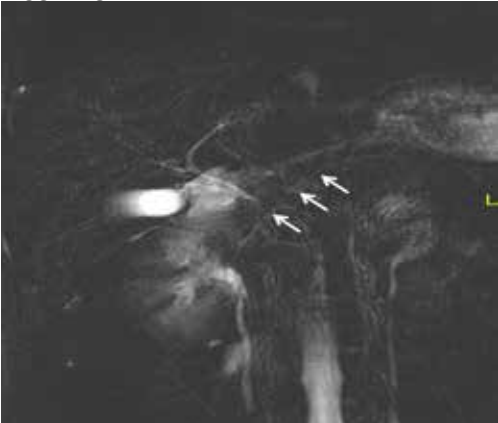
Manyetik kolanjiopankreatografi aksiyal T1 ağırlıklı ve T2 ağırlıklı görüntüler, pankreasın uncinat prosesinde T2 ağırlıklı görüntüde normal pankreasa göre artan sinyal (oklar) görülmektedir

Resim 2



Manyetik kolanjiopankreatografi

Resim 3



Koronal MRCP görüntüsünde ana safra kanalı veya ana pankreatik kanalda dilatasyon yok

EP-092

Kronik karaciğer hastalığının nadir bir nedeni: Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz tip 8

Ferhat Karakoç, Şükran Akgeyik, Abdullah Murat Kayaokay, Uğur Deveci, Yaşar Doğan

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk çağıında karaciğer enzim yüksekliğinin birçok nedeni bulunmaktadır. Bu yazıda karaciğer enzim yüksekliği sebebi ile tetkik edilen ve Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz (PFIC) tip 8 tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

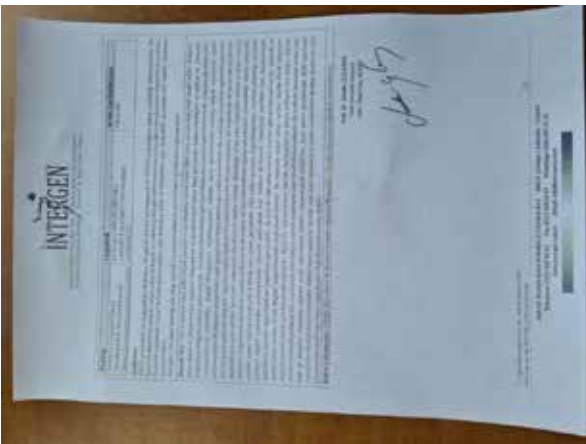
YÖNTEM:Tüm ekzon gen analizi gönderildi: Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz tip 8 saptandı

BULGULAR:14 yaş erkek hasta karaciğer enzim yüksekliği nedeniyle çocuk gastroenteroloji polikliniğe başvurdu. Hasta 8 senedir karaciğer enzim yüksekliği ile tetkik edilmekte ve ursodeoksikolik asit kullanmaktaydı, hastanın ursodeoksikolik asit tedavisi ile karaciğer enzimlerinin normale geldiği dönemler gözlenmişti. Hastanın karaciğer enzim yüksekliğine yönelik yapılan tetkiklerinde alfa 1 antitripsin, serüloplazmin, doku tga, torch ve hepatit markırları normal aralıkta, alt:103, ast:68 ggt:154, T.bilirubin:0,9 direk bilirubin:0,5, hb:13,5 plt:45, wbc:3,15, aptt, pt ve inr normal saptandı. Batın ultrasonografide Karaciğer kraniokaudal boyutu 15 cm ile artmıştır. Karaciğer parankimi heterojen kaba granüler görünümde, konturları lobüle görünümündedir(kronik karaciğer hastalığı), Dalak kraniokaudal boyutu 25 cm ile yaşa göre artmış olarak izlendi. Batın tomografisinde portal hipertansiyon gözlemlendi. Çocuk metabolizma tarafından değerlendirilen hastanın yapılan tetkiklerinde lizozomal ve glikojen depo hastalığı saptanmadı. Karaciğer biopsisinde karaciğer enzim yüksekliğini açıklayacak herhangi bir neden bulunamadı. Hastanın yapılan tetkiklerinde kronik karaciğer hastalığının nedeni saptanamadığından tüm ekzon gen analizi yapıldı. Tüm ekzon gen analizi sonunda hastaya PFIC tip 8 tanısı konuldu (resim 1). Hasta karaciğer nakli açısından nakil merkezine yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz tip 8 nadir görülse de karaciğer enzim yüksekliği ile gelen hastaların ayırıcı tanısında unutulmaması gereken bir hastalıktır. Nedeni saptanamayan kronik karaciğer hastalıklarının tanısında tüm ekzon gen analizi iyi bir seçenek olarak düşünülebilir. Olgumuz nadir gözlenen bir teşhis olan PFIC Tip 8 olması açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Karaciğer enzim yüksekliği, Progresif Familial İntrahepatik Kolestaz Tip 8, Tüm Ekzon gen analizi

Tüm ekzon gen analizi



EP-093

Yenidoğan Kolestazi: Az Rastlanan Nedenler

GüŖta Uysal Gür, Nevzat Aykut Bayrak

Zeynep Kamil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Yenidoğan kolestazi çocuk gastroenterolojinin acillerindedir. Ayırıcı tanıda galaktozemi, tirozinemi, biliyer atrezi gibi acil durumlar ve enfeksiyöz tanılar düşünölmelidir. Burada direk bilirubinemi ile başvuran 64 günlük süpriz bir olguyu paylaşıyoruz.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:İlk defa 64 günlükken başvuran (Term, 2600 gram, NSVD), hastanın yatış öyküsü yok, akrabalık yok. Anne sütü ile beslenen, tartı alımı ve gelişimi iyi direkt bilirubinemi ile başvurdu (total bilirubin 5 mg/dL, direkt bilirubin 1,4 mg/dL, ALT: 48 U/L AST: 62 U/L).

Fizik muayenesinde genel durumu iyi, esmer görünömlü, subikter mevcut, emmesi aktif, ÖF 1x1cm, dismorfik görünümü yoktu. Sistem muayenelerinde solunum sesleri doğaldı, kardiyak üfürüm saptanmadı, batin muayenesi ve dış genitelya normal olarak değerlendirildi. Dışkı rengi açık sarıydı. Tartı: 5700g. Yenidoğan kolestazi nedeniyle araştırılırken, direkt bilirubinemi ve hipertransaminazeminin gerilediği gözlendi (total bilirubin: 1,2 mg/dL direkt bilirubin:0,54 mg/dL ALT: 33 U/L AST: 49 U/L GGT: 41 U/L). Alfa-1 antitripsin:1,36 g/L hastanın hepatit (A-B-C), HIV ve TORCH serolojisi normal olarak sonuçlandı. Ter testi 32 mmol/L idi. Metabolik taramalarında amonyak ve laktat normaldi, serbest karnitin ve tirozin hafif yüksek saptandı, yenidoğanın geçici tirozinemisi olabileceği düşünölse de, tetkikleri tekrarlandığında patoloji düşünölmüdi. Açlık hepatobiliyer usđ'de intra ve ekstra hepatik safra yolları ve safra kesesi normal olarak raporlandı. Hastamızın hemşire takibinde oksijen satürasyon ölçümlerinin oda havasında %80 – 85 aralığında olduğu gözlenince EKO randevusu erkene alındı.

EKO'da MAPCA saptanan hasta anjiyografi yapılarak takibe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kolestaz etiyolojisinin erken dönemde aydınlatılıp obströktif, metabolik ve enfeksiyöz nedenlerin hızlıca saptanması ve tedavisi gerekmektedir. Kolestaz taramasında özellikle bilier atrezi ve metabolik hastalıkların aydınlatılması için EKO da istenen rutin tetkikler arasındadır. MAPCA'da sıklıkla görölen hipoksi ve hemoliz aynı zamanda hiperbilirubineminin de ana nedenleri arasındadır. Kolestaz ayırıcı tanısı yapılırken çok nadir de olsa karşımıza çıkabilir.

Anahtar Kelimeler: Bilirubin, Kolestaz, Yenidoğan

Hasta



EP-094

Fulminan Hepatit Etiyolojisinde Ayırıcı Tanı: Wilson Hastalığı

Merve Gül¹, Erkan Akkuş², Ömer Faruk Beşer², Fügen Çullu Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji Ve Beslenme Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Wilson hastalığı hücre içi bakır taşıyıcı ATP7B'nin işlevinin bozulmasına yol açan mutasyonlar sonucu oluşan, otozomal resesif kalıtım gösteren genetik bir bakır metabolizması bozukluğudur. Hastaların tanısı klinik, nöroradyolojik ve laboratuvar bulgularının birleşimi ile konur.

YÖNTEM:Bilinen hastalığı olmayan 9 yaşında erkek hasta, 15 gün önce başlayan tüm vücutta sarılık, solunum sıkıntısının olması nedeniyle 1 hafta önce hastaneye başvurmuş. Başvurusundaki tetkiklerinde transaminazlarının ve bilirubin değerlerinin yüksekliği ve ultrasonografide asit saptanması üzerine tetkik ve tedavi amacıyla tarafımıza yönlendirildi.

Fizik muayenesinde ikter, solunum seslerinde bazalarda azalma, karında gerginlik, traube alanının kapalı olması, 4 cm splenomegali, 3 cm hepatomegali ve açıklığı yukarı bakan matite saptandı. Tetkiklerinde total bilirubin:9,28 mg/dL direkt bilirubin:7,28 mg/dL AST:536 IU/L ALT:204 IU/L GGT:115 IU/L ALP:129 U/L Aptt:37,5sn PT:21,6sn INR:1,81 albümin:3,11 gr/dl olarak tespit edildi. Yapılan hepatobiliyer ultrasonografide parankim ekoları homojen, periportal ekojenite artmış, vena porta genişliği belirgin, dalak parankimi normal, splenik ven çapı belirginleşmiş ve batında yaygın asit saptandı.

BULGULAR:Ayırıcı tanı amacıyla otoimmün hepatit açısından bakılan ANA, anti LKM1, ASMA negatif sonuçlandı. Anemi ve trombositopeninin olması üzerine periferik yayması yapıldı, hemolitik anemi lehine yorumlandı, direkt coombs testi negatif idi. Serum seruloplazmin düzeyi 137,5 mg/L olarak düşük, total IgG 2328 mg/dL olarak yüksek, 24 saatlik idrarda bakır miktarı 175 mcg/gün olarak yüksek saptandı. Akut KC yetmezliği tablosunda Wilson ön tanısı ile izlemine devam edildi. Tedavisine trientin ve çinko eklendi, diyetinden bakır çıkarıldı. Hastanın izleminde alınan tetkik sonuçları ile PELD skoru 19,2 olarak hesaplandı, hasta nakil merkezine transfer edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Wilson hastalığı, akut karaciğer yetmezliğinde, özellikle periferik bulguların eşlik ettiği ve AST'nin ALT'ye göre yüksek, ALP değerinin normal/düşük, ürik asit seviyelerinin düşük, MR görüntülemesinde tutulumunun olması, K vitaminine yanıtız koagülopatisinin olması ve izleminde kronik böbrek hastalığı saptanan vakalarda düşünülmelidir. Tedaviye yanıtız vakalarda öncelikli nakil hakkı olduğu bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: akut karaciğer yetmezliği, karaciğer transplantasyonu,wilson hastalığı

1



2



EP-095

Tanısı Kolay, Tedavisi Güç: Konjenital İntestinal Lenfanjiektazi

Eymen Pinar¹, Erkan Akkuş², Omer Beser², Fugen Cullu Cokugras²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Anabilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:İntestinal lenfanjiektazi, çocuklarda ödem ve asitle ilerleyen protein kaybettiren enteropati nedendir. Primer olarak lenfatiklerin konjenital obstrüksiyon defektine bağlı olarak gelişir. Primer lenfanjiektazilerde öncelikli tedavi seçenekleri arasında “yerine koyma destek tedavileri” ve “octreotid” yer almaktadır. Kliniğimizde tanısı koyup takip ettiğimiz primer konjenital intestinal lenfanjiektazi olgusunu sizlerle paylaşmak istedik.

YÖNTEM:On beş aylık kız hastanın, antenatal dönemde tespit edilen asiti mevcut olup, amniyosentez analizi normal saptanıp, doğumdan 2 hafta önce yapılan detaylı ultrasonda asit olmadığı gözlenmiştir. Dört aylıkken batın distansiyonu gelişmeye başlayan hastanın ultrasonunda asit saptanmış ve o dönem 4 kez ayda 2 lt olacak şekilde parasentezle şilöz vasıfta mayi boşaltıldığı öğrenildi. Hastanın şikayetleri tekrarladığı için tarafımıza başvurmuştur.

BULGULAR:Fizik muayenesinde batını distandü, yaygın asit mevcuttu, başvurusunda bel çevresi 76cm tartısı 12.1kg idi, sistem muayenelerinde ek patoloji yoktu. Plevral ve perikardial efüzyon saptanmadı. Oral beslenme durduruldu. Lipid içermeyen damardan beslenme solüsyonu verildi. Somastotatin 1mcg/kg/saat ve Propranolol tedavileri başlandı, peritona girişimsel radyoloji ile pigtail kateter takıldı, 2x300cc günlük mayi çekildi. Mayi şilöz vasıftaydı. Sitolojide malignite lehine bulgu saptanmadı. Yatışının ilk 8 günü boyunca, günde 500-600cc olacak şekilde mayi boşaltıldı, bu dönemde hastanın hipoalbuminemisi gelişmedi, hastaya 2 günde 1 TDP tedavisi uygulandı. Sonraki 12 gün boyunca günde maksimum 100 cc olacak şekilde mayi drene edildi. Lenfanjiografisinde iki inguinal bölgeden lenf nodlarına mükerrer lipiodol enjeksiyonu yapıldı. Kaçak izlenmedi. 20. günün sonunda USG’de asit saptanmadı ve ponksiyon katateri çekildi. Beslenmesine MCT’li hidrolize enteral ürün ile başlandı. Hastaya konjenital intestinal lenfanjiektazi tanısı koyuldu. Takibinde batın distansiyonu tekrarlamadı. Taburculuğunda bel çevresi 39cm, tartısı 7.2kg idi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital intestinal lenfanjiektazi tanısı klinik ve görüntülemeler ile koyulmakta ve tedavi edilemezse ölümcül seyrebilmektedir. Lenfatik sıvıyı azaltmak için yağ alımının kısıtlanması, somatostatin, propranolol tedavileri ve lipiodol gibi lenfatik kanallarda kaçak yapan bölgelerde tıkanma yaparak batın içi kaçağı engelleyen kontrast maddeler ile girişim uygulanması tedavi seçenekleridir. Tedaviye yanıtın yetersiz olduğu bu durumda multidisipliner ve dinamik yaklaşım önemlidir.

Anahtar Kelimeler: lenfanjiektazi, gastroenteroloji, asit, konjenital

BASVURU ANI



TEDAVI SONRASI



EP-097

Kronik Karın Ağrısı İle Takipli Akut Batın Tablosuyla Başvuran Adölesanda Nadir Etiyoloji: Anterior Kutanöz Sinir Sıkışma Sendromu

Melike Gökçen Aksoy, Nazmi Mutlu Karakaş

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Ana Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Anterior kutanöz sinir sıkışma sendromu (AKSSS), interkostal sinirlerin (Th7-Th12) kutanöz dallarının kompresyonu veya traksiyonu sonucu olduğu varsayılan, kesin patofizyolojisi bilinmeyen, çocuklarda kronik karın ağrısının gözden kaçabilen nedenlerindedir. Çocuklarda net sıklık bilinmemekle birlikte, mevcut çalışmalarda fonksiyonel karın ağrısı olan her sekiz adölesanın birinde olduğu bildirilmiştir. Tanı, öykü ve fizik muayeneye dayanmaktadır. Ağrı en belirgin semptom olup fiziksel aktivite ile artar. Fizik muayenede ağırlı abdominal palpasyon, Carnett bulgusu ve pozitif pinch testi saptanabilir. Ayrıca tetik noktaya lokal anestezi enjeksiyonu yapıldıktan sonra birkaç saat veya gün boyunca ağrının kesilmesi tanıyı doğrular.

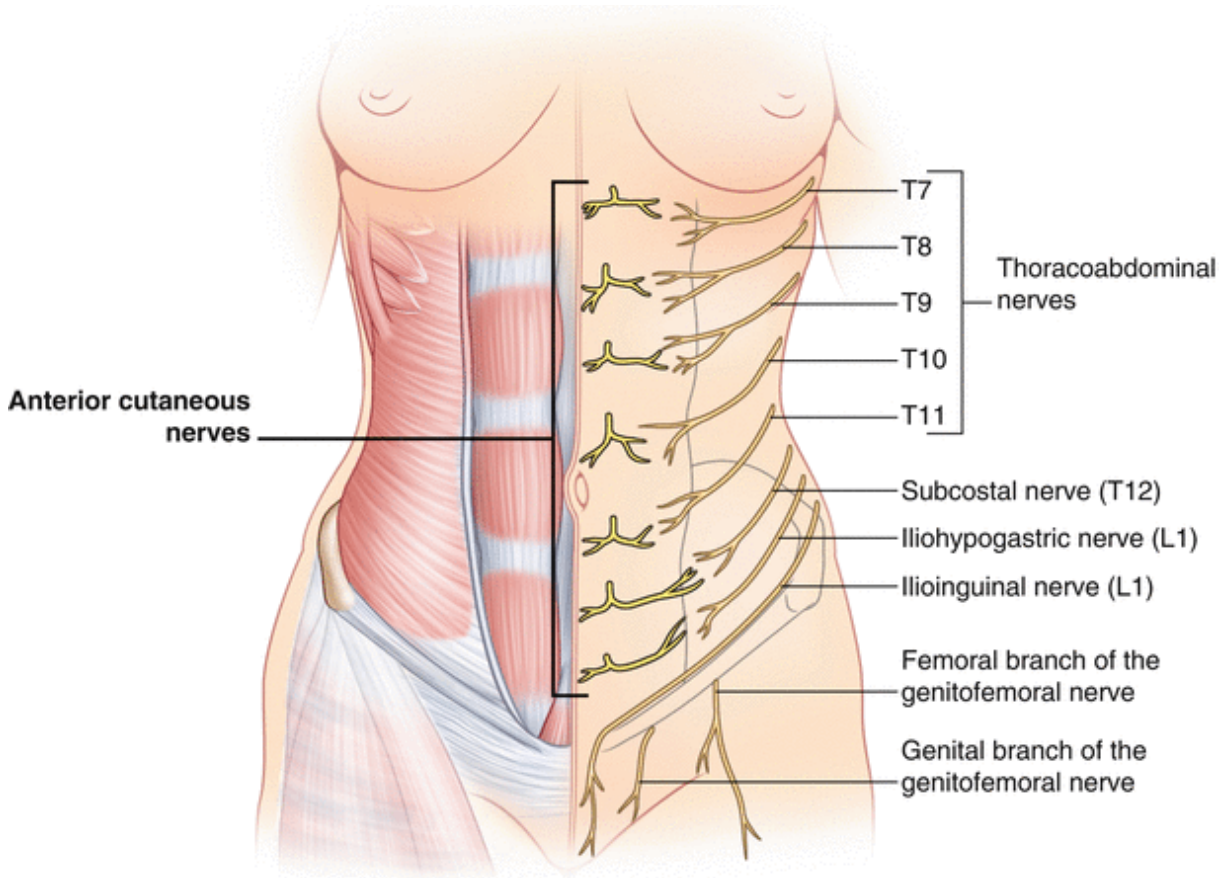
YÖNTEM:Bu olguda, kliniğimize karın ağrısı ile başvurup, AKSSS tanısı alan hasta sunulmuştur.

BULGULAR:Son 6 aydır aralıklı karın ağrısı olan 15 yaşında erkek hasta, aynı gün başlayan periumblikal bölgede şiddetli karın ağrısı şikayeti ile başvurdu. Akut apandisit tanısı aldı, opere edilerek Çocuk Cerrahi servisinde izleme alındı. Bu dönemde sağ alt kadranda ağrısı devam eden, postoperatif komplikasyon düşünülmeyen hastanın etiyoloji araştırmak için servisimize devri gerçekleşti.Karın ağrısına yönelik laboratuvar tetkikleri, abdomen ve mezenter arter doppler USG normal olduğu görüldü. Endoskopisinde antral gastrit saptandı, kolonoskopi ise normal olarak değerlendirildi. Kontrastlı abdomen bt ve bt anjiografide postoperatif döneme ait sıvı lokülasyonu dışında patoloji saptanmadı. Kraniyal mr ve mr anjio normal olarak değerlendirildi. Çocuk Psikiyatrisi önerisiyle hastaya depresif süreci dolayısıyla essitalopram başlandı. İzleminde ağrısında gerileme olmayan pinch testi pozitif olan hasta AKSSS ön tanısı ile algolojiye danışıldı. Lokal olarak test önerildi ama ailenin kabul etmemesi üzerine morfin başlandı. Morfin ile ağrısı gerilemeyen hastaya AKSSS tedavisine yönelik önerilen sinir blokajını da ailenin kabul etmemesi üzerine pregabalın başlandı. Pregabalınle ağrısı azalan hastanın ayaktan izleme alındı.

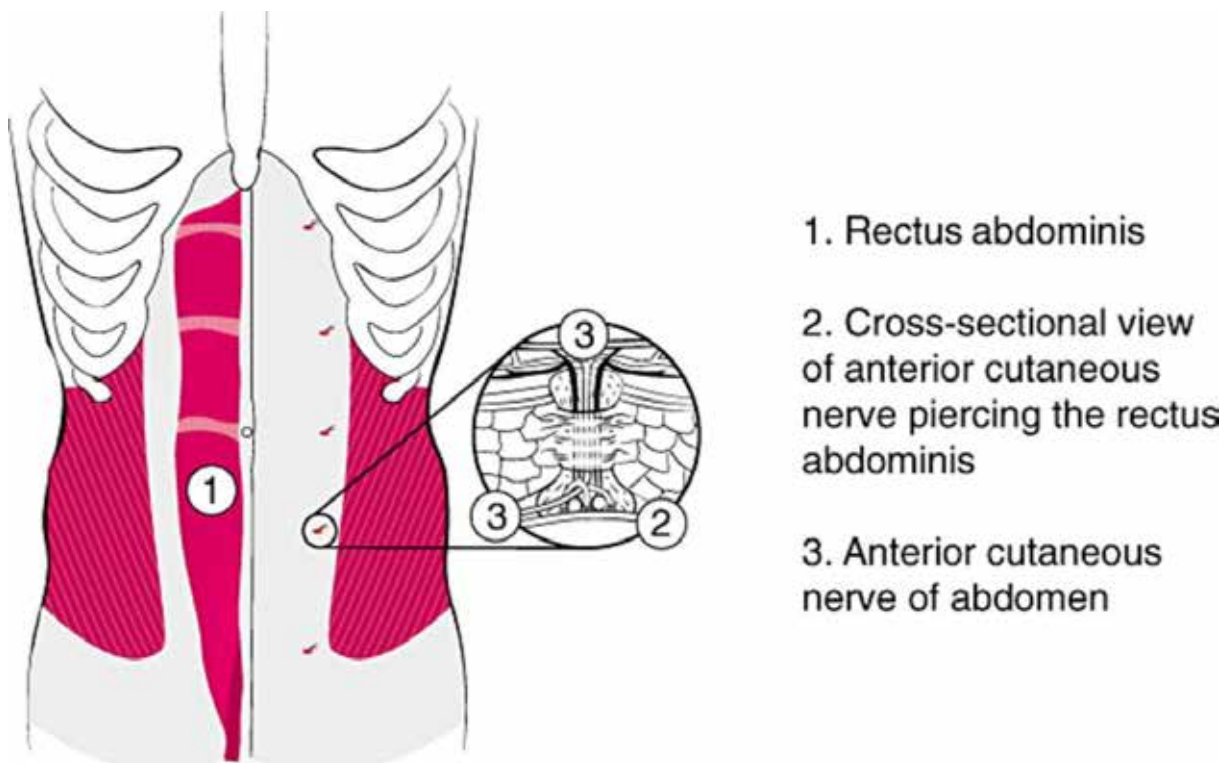
TARTIŞMA VE SONUÇ:Sağ alt kadranda tekrarlayan veya kronik ağrısı olan çocuklarda iyi fizik muayene ve öykü ile tüm nedenler değerlendirilmeli, multidisipliner yaklaşım koordine edilmeli, akut nedenler göz ardı edilmemeli ve AKSSS akla getirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kronik, Akut, Karın Ağrısı, AKSSS

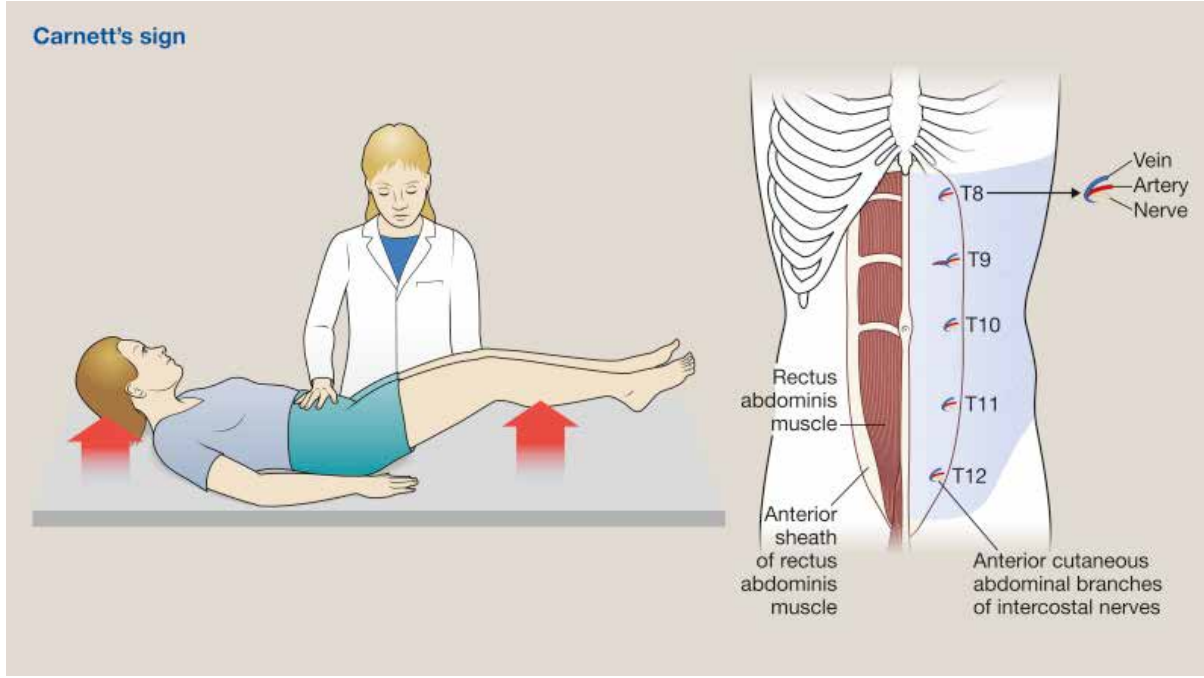
AKSSS



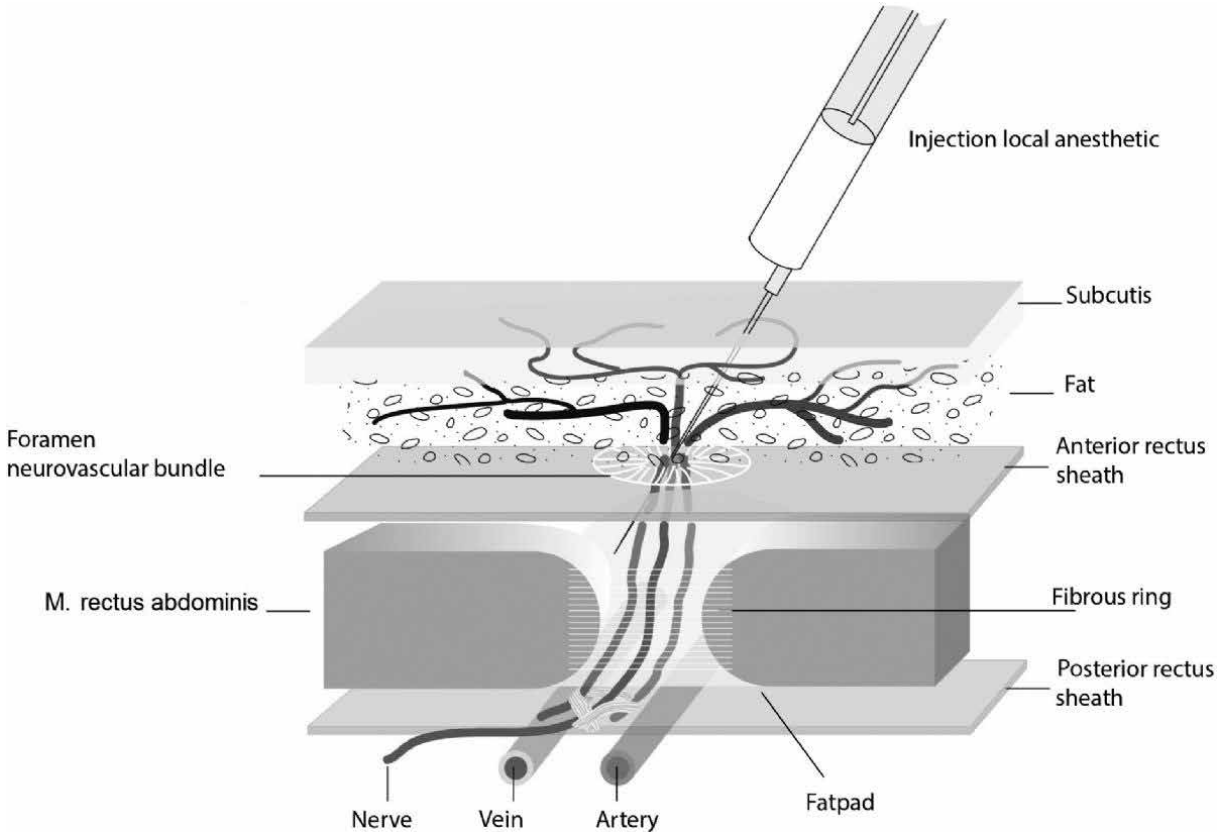
AKSSS Anatomi



Carnett Bulgusu

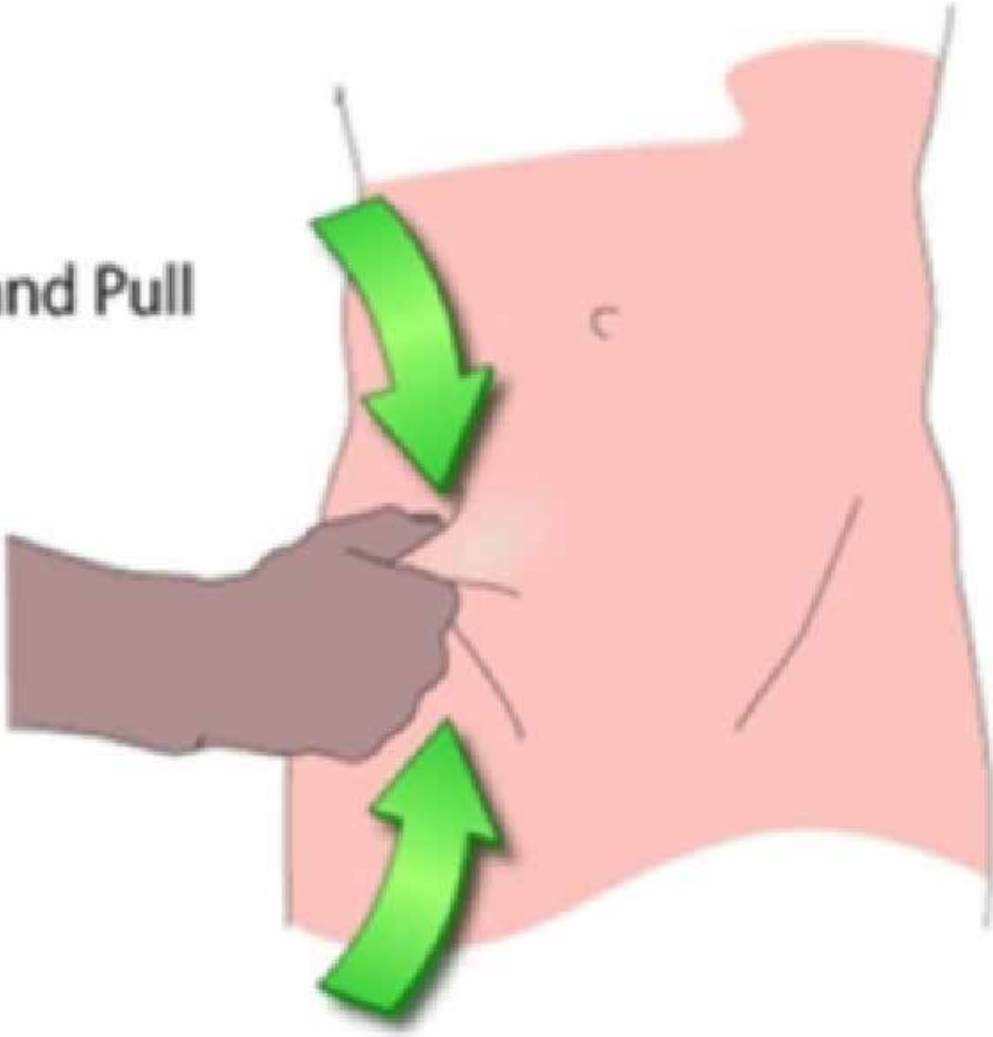


Lokal Anestezi Enjeksiyonu



Pinch testi

Pinch and Pull



EP-098

Çocuklarda koroziv madde maruziyeti: Sekiz yıllık tek merkez deneyimi

Fatma İssi İrleyıcı, Hakan Salman, Mustafa Akçam

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocuklarda koroziv madde maruziyeti sıklıkla ev temizlik ürünlerinin kaza ile içilmesi şeklinde olup, günümüzde halen yeterince önlenemeyen önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu çalışmada, kliniğimize koroziv madde içimi ile başvuran olguların değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Ocak 2015- Ocak 2023 yılları arasında koroziv madde maruziyetiyle merkezimize başvuran 129 çocuk hasta çalışmaya alındı. Olguların dosya kayıtlarından klinik, demografik, endoskopik verileri ve tedavileri geriye dönük incelendi.

BULGULAR:Olguların yaş ortalaması $3,72 \pm 3,76$ yıl (6 ay-17 yıl) olup, %56,5'i erkek idi. Koroziv madde maruziyeti sıklıkla kaza ile içilme şeklinde iken (%97,6), 3 adölesan olguda intihar amacıyla alım mevcuttu. İçilen maddeler arasında en sık (%85) temizlik ürünleri (çamaşır suyu-%23, bulaşık deterjanı- %13) yer alırken, en ağır hasara sodyum hidroksit (lavabo açıcı) ve nitrik asit içeren (porçöz) koroziv maddelerin sebep olduğu görülmüştür. Olguların 36'sına (%27,9) endoskopi yapılmış olup, 7'sine (%5,4) tekrarlayan endoskopik girişim ihtiyacı olmuştur. Beş olguya (%3,8) özefagial striktür nedeniyle endoskopik balon dilatasyon işlem gerçekleştirilirken, birine cerrahi düzeltme operasyonu yapılmıştır. Olgularımızda mortalite gözlenmez iken, bir olguda özofagus perforasyonu ve pnömomediastinum gibi ciddi komplikasyonlar gelişmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sıklıkla evde temizlik malzemelerinin tedbirsizlik nedeniyle kaza ile içim sonrası görülen koroziv madde maruziyeti çocuklarda ciddi morbiditelere sebep olabilmektedir. Bu durumun önlenmesi için ailelerin bilinçlendirilmesi önem arz etmektedir

Anahtar Kelimeler: koroziv madde, çocuk, endoskopi

EP-100

Fokal nöbetle başvuran HSV-1 ensefaliti olgusu

Tuğçe Aydın¹, Anıl Er²

¹SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İzmir

²SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ: Ensefalit beyin parankiminin enflamasyonudur. Herpes simpleks virüs ensefaliti, HSV'nin neden olduğu SSS'nin fatal seyredabilen bir enfeksiyon hastalığıdır. Tedavisiz mortalite oranı yüksek olup erken tanı ve tedavi önemlidir.

YÖNTEM: HSV-1 ensefaliti tanısı alan olgu sunulmuştur.

BULGULAR: Bilinen hastalığı olmayan 14 aylık kız hasta acil servisimize ateş yüksekliği ve ateşin olduğu dönemde ağzın sağ kenarında atım, gözlerde deviasyon şeklinde başlayıp toplamda 15 dakika süren jeneralize tonik klonik vasıf kazanan nöbet nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu.

Fizik muayenede hastanın uykuya eğilimi mevcut olup ağırlı uyarana yanıt vardı. Kas tonusu normaldi, patolojik refleks yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı.

Hastanın ateş odağı açısından yapılan tetkiklerinde Hb:11,4 g/dL Wbc:15130/mm³ ANS:11530/mm³ ALS:3190/mm³ Plt:154000/mm³ Crp:<0,06 mg/dL sonuçlandı. Bft ve kcft olağan, elektrolit imbalansı yoktu. İdrar tetkikinde bakteriüri ve piyüri yoktu.

Hastada ön planda SSS enfeksiyonu düşünüldü. Ampirik olarak sefotaksim ve asiklovir tedavileri intravenöz olarak başlandı.

Kontrastlı kranial MR çekildi: "Sol frontal ve talamik bölgede T2A kesiterde hiperintens sinyal değişiklikleri ve sol frontal bölgede kortikal- subkortikal alanda diffüzyonel kısıtlama mevcuttur." olarak sonuçlandı.

Hastaya lomber ponksiyon yapıldı: Bos kültürleri, viral menenjit-ensefalit paneli gönderildi. Direkt bakıda hücre görülmedi. Bos biyokimyasında glukoz:64 protein:13 klor:119 eş zamanlı kapiller kş:88 mg/dL ölçüldü.

Hastanın izleminde ağızda köpürme ve sağ ağız kenarında atım şeklinde fokal nöbetleri tekrarladı. Nöbetlerine müdahale edilip levetirasetam 20mg/kg/gün olarak antiepileptik tedavi başlandı.

Eeg çekildi: "Yavaş zemin ritmi aktivitesi, hemisferlerin frontosantral bölgelerinde aralıklı izlenen keskin dalga deşarjları nedeniyle anormaldir." olarak sonuçlandı.

Hastanın bos viral menenjit-ensefalit panelinde: HSV Tip1 pozitif olup bos kültürlerinde üreme olmadı. Hastanın izleminde intravenöz sefotaksim tedavisi 14 güne tamamlanıp kesildi. Asiklovir tedavisinin 21. gününde kontrol lp yapıldı. Bos viral menenjit-ensefalit paneli negatif sonuçlanan kültürlerinde de üreme olmayan hastanın intravenöz asiklovir tedavisi 30 güne tamamlanıp oral tedaviye geçildi. Hasta nöroloji ve enfeksiyon poliklinik kontrollerine gelmek üzere taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ateş, bilinç bozukluğu ve nörolojik defisitler ile gelen olgularda özellikle ensefalit tanısı düşünülmelidir. Mortalite ve morbiditeyi azaltmak için asiklovir tedavisi zaman kaybedilmeden başlanılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bilinç bulanıklığı, ensefalit, nöbet,

EP-105

İnfluenza'ya Sekonder Gelişen Nadir Bir Nörolojik Komplikasyon: CLOCCs

Kardelen Çelikel¹, Gülser Esen Besli², Aytaç Göktuğ², Başak Atalay³, Elif Yüksel Karatoprak⁴

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Korpus kallozum'un sitotoksik lezyonları (CLOCCs); başta enfeksiyonlar ve travma olmak üzere farklı tetikleyicilerle ortaya çıkabilen korpus kallozumun ikincil lezyonlarıdır. Patofizyolojisinde, hücre dışında artan sitokin ve glutamat üretimi sonucu kallozal nöronlarda işlev bozukluğu ve eksitotoksik ödem vardır. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG)'de korpus kallozum'un splenium düzeyinde difüzyon kısıtlılığı gösteren, T2A ve FLAIR serilerde hiperintens lezyon şeklinde görülürler. Bu olguda, influenza enfeksiyonu sırasında ensefalopatiye yol açan durumların ayırıcı tanısında CLOCCs'un vurgulanması amaçlanmıştır.

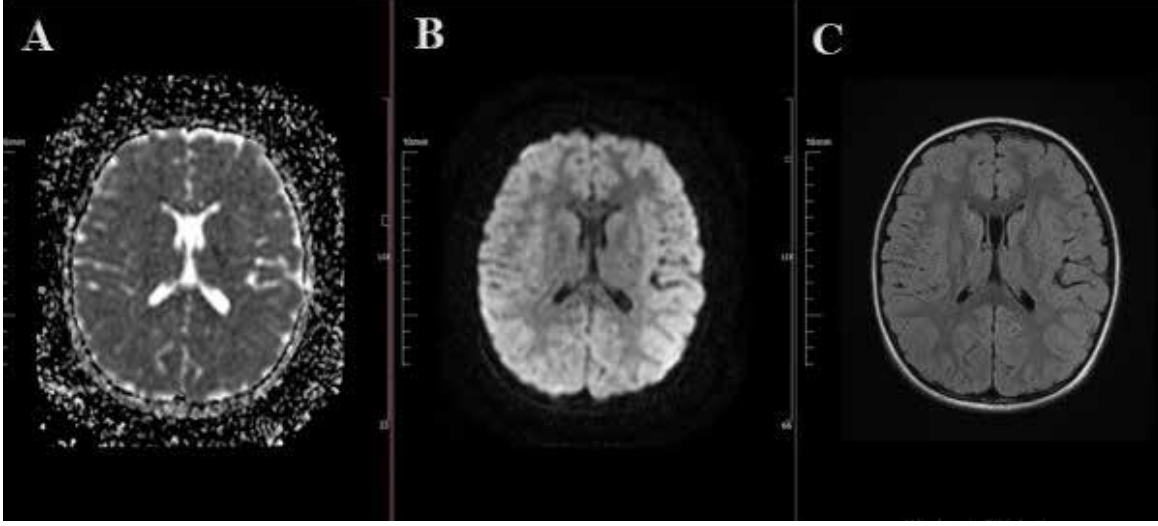
YÖNTEM:Mevcut laboratuvar ve görüntüleme yöntemleri kullanılarak multidisipliner çalışılmıştır.

BULGULAR:Öncesinde sağlıklı 8 yaşında erkek hasta 2 gün önce başlayan ateş, boğaz ağrısı, burun akıntısı şikayetlerine eklenen halsizlik, konuşmama, uyku hali, yürüyememe, beslenmesinde azalma, kusma ve idrar kaçırma şikayetleriyle acil servisimize başvurdu. Vital bulguları stabildi. Fizik bakışında dehidrate görünümde, GKS:13-14 idi. Ense sertliği, meningeal irritasyon bulguları yoktu, derin tendon refleksleri bilateral alınıyordu, kas gücü alt ekstremitelerde 4/5'ti. Diğer sistem bulguları doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde hipoglisemi ve metabolik asidozu saptanan hasta, sıvı ve destek tedavisi ile hipoglisemi ve asidozu düzeltilmesine rağmen ensefalopatik seyretti. Transvers miyelit, akut dissemine ensefalomyelit ön tanılarıyla kontrastlı kraniyospinal ve difüzyon MRG çekilen hastanın spinal MRG'si normaldi. Kraniyal MRG'de spleniumda difüzyon kısıtlanması gösteren CLOCCs ile uyumlu lezyon izlendi (Şekil 1). Servis izleminde nazofarengeal sürüntü örneğinde İnfluenza B PCR (+) saptanması üzerine oseltamivir tedavisi başlandı. Bilinç durumu ve diğer klinik bulguları hızla normale dönen hasta yatışının 3. gününde taburcu edildi. Çocuk Nöroloji Poliklinik kontrolünde çekilen MRG'de lezyonun tamamen kaybolduğu belirlendi (Şekil 2).

TARTIŞMA VE SONUÇ:İnfluenza, SARS-CoV-2, rotavirüs ve HHV-6; CLOCCs'un viral etyolojileri arasında önemli yer tutar. Enfeksiyonla ilişkili CLOCCs'lar genellikle iyi seyirlidir, tam bir klinik ve radyolojik iyileşme ile sonuçlanır. Bu nedenle, acil servislerde üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü/bulgusu olan ve ensefalopati gibi çeşitli nörolojik bulgularla prezente olan hastaların ayırıcı tanısında; enfeksiyonla ilişkili CLOCCs'ların düşünülmesi ve radyoloji ile yakın iş birliği yapılarak tipik MRG bulgularının erken tanınması, gereksiz ileri tetkik ve tedavileri önleyecektir.

Anahtar Kelimeler: corpus callosum, CLOCCs, sitotoksik lezyon, difüzyon MRG, influenza

Şekil 1 ve Şekil 2



Şekil 1 Difüzyon MRG sırasıyla (beyaz ok); (a) ADC kesitte hipodens lezyon; (b) DWI kesitte hiperintens lezyon; (c) T2 FLAIR seride silik hiperintens lezyon Şekil 2 Taburculuktan 1 ay sonra kontrol MRG (a) ADC; (b) DWI; (c) T2 FLAIR kesitler (normal görüntüleme bulguları)

EP-106

Seftriaksona Bağlı Hemolitik Anemi: Olgu Sunumu

Hüseyin Çağrı Bulut¹, Şener Çınıçev¹, Sinem Sarı Gökay²

¹Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Adana

²Adana Şehir Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, Adana

GİRİŞ VE AMAÇ:İlaça bağlı hemolitik anemi (İBHA), çoğunlukla sefalosporinlerin neden olduğu, ilaç tedavisinin nadir, ama mortal seyredebilen bir komplikasyonudur. Seftriakson, uzun yarı ömrü, yüksek doku penetrasyon hızı, geniş spektrumu, iyi güvenlik profili nedeniyle pediatri uygulamalarında sıklıkla kullanılan üçüncü kuşak bir sefalosporindir.

Bu yazıda, çocuk hastada seftriaksona bağlı hemolitik aneminin (SBHA) başarılı yönetimini rapor ediyoruz. Bu nadir vakanın bildirilmesi, SBHA literatürüne katkıda bulunacaktır.

YÖNTEM: 9 yaşında erkek hasta halsizlik, genel durum bozukluğu nedeni ile başvurdu. Anamnezinde 10-15 gün önce başlayan ateş, öksürük, kusma şikayeti ile bir hafta süre ile klaritromisin kullandığı ve öksürük şikayetinin gerilememesi üzerine seftriakson başlanıldığı öğrenildi. Fizik muayenesinde; genel durumu orta, cilt rengi ve konjunktivalar soluk, solunum sesleri kaba, taşikardik (nabız: 140) saptandı, ek bulgu yoktu. PAAG'inde peribronşial infiltrasyon mevcuttu. İlk laboratuvar incelemesinde WBC: 38100/mm³, RBC: 2.29x10⁶/mm³, HbG: 6,6g/dl, LDH: 724U/L ölçüldü, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri ile bilirubin değerleri normaldi. Periferik yaymasında; %48 lenfosit, %8 monosit, %4 eozinofil, nötrofiller çomak görünümünde, hipersegmentasyon ve toksik granülasyon görüldü, atipik hücre blast görülmedi. Kan transfüzyonu ile desteklenen hastanın hemoglobini 7,9gr/dl'ye yükseldi. Gaitada gizli kan testi negatifti. Batın USG'si normaldi. Seftriakson tedavisine devam edilen hastanın hemoglobin değeri 6,6g/dl'ye geriledi, LDH: 953U/L, total bilirubin: 2,09mg/dl, direkt bilirubin: 0,28mg/dl yükseldi. Demir: 101µg/dl, ferritin: 390µg/l, transferin saturasyonu: %35,8, vitamin: B12 384, direkt antiglobulin testi (DAT) pozitif, G-6-PD: 11,7U/G, -haptogloblin: <8mg/dl, viral seroloji negatif, hemoglobin elektroforez HbA: %97, HbA2: %3, retikülosit: %6,8, immatür retikülosit fraksiyonu: 0,80 olarak ölçüldü. Anti ds DNA, anti nükleer antikor negatifti. Hasta bu bulgularla seftriaksona bağlı hemolitik anemi olarak değerlendirildi, seftriakson stoplandı, meropenem başlandı. Takibinde hemoglobin: 13,1g/dl'ye kadar yükseldi. Naranjo'nun algoritması (NA), advers reaksiyonlar ile ilaç uygulaması arasındaki ilişkiyi gösterdi. Olgumuzda NA, klinik durum ile seftriakson uygulaması arasında "olası bir korelasyona" yol açan 6'lık bir sonuç verdi.

BULGULAR: SBHA, nadir fakat ölümcül bir reaksiyondur, doğru teşhis için iyi klinik değerlendirme ve spesifik laboratuvar testleri gerektirir. SBHA'nin belirti ve semptomları spesifik olmayabilir, diğer anemi formlarından veya hemolizden farklı olabilir. En önemli bulgu, olgumuzda seftriakson verildiği andan itibaren hemoglobin düzeylerinde düşme görülmesi olmuştur. SBHA tanısı, iyi tanımlanmış hemolitik anemi, ilaç tedavisi ile zamansal ilişki, ilaç tedavisinden sonra pozitif DAT ve ilacın kesilmesinden sonra hematolojik değerlerin düzelmesini gerektirir. Birkaç ciddi SBHA vakası kan transfüzyonu ve plazma değişimi gerektirebilir. Çoğu zaman, şüphelenilen ilacı durdurmak gerekli olan tek şeydir. Hematolojik iyileşme genellikle sorumlu ilaç durdurulduktan 1-2 hafta sonra ortaya çıkar.

TARTIŞMA VE SONUÇ: SBHA'nın erken tanınması ve seftriakson tedavisinin derhal kesilmesi, bu hastalarda görülen yüksek mortalitenin azaltılmasında faydalı bir role sahip olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hemolitik anemi, seftriakson, ilaç

Tablo 1. Seftriakson uygulaması ile klinik durum arasında olası korelasyon, Naranjo algoritması

	Soru	Evet	Hayır	Bilinmeyen	Skor
1	Bu reaksiyonla ilgili daha önce kesin raporlar var mı?	+1	0	0	0
2	Olumsuz olay, şüpheli ilaç verildikten sonra mı ortaya çıktı?	+2	-1	0	+2
3	Advers reaksiyon, ilaç kesildiğinde veya spesifik bir antagonist uygulandığında düzeldi mi?	+1	0	0	+1
4	Advers reaksiyon, ilaç yeniden uygulandığında tekrar ortaya çıktı mı?	+2	-1	0	0
5	Yalnızca reaksiyona neden olabilecek alternatif nedenler var mı?	-1	+2	0	+2
6	Bir plasebo verildiğinde reaksiyon yeniden ortaya çıktı mı?	-1	+1	0	+1
7	İlaç herhangi bir vücut sıvısında toksik konsantrasyonda tespit edildi mi?	+1	0	0	0
8	Reaksiyon, doz artırıldığında daha şiddetli miydi, yoksa doz azaltıldığında daha mı az şiddetliydi?	+1	0	0	0
9	Hastanın daha önceki herhangi bir maruziyetinde aynı veya benzer ilaçlara benzer bir reaksiyon gösterdi mi?	+1	0	0	0
10	Olumsuz olay herhangi bir nesnel kanıtla doğrulandı mı?	+1	0	0	0

Naranjo'nun algoritması (NA), advers reaksiyonlar ile ilaç uygulaması arasındaki ilişkiyi gösterdi. Olgumuzda NA, klinik durum ile seftriakson uygulaması arasında olası bir korelasyona yol açan 6'lık bir sonuç verdi.

EP-108

Gastrostomi tüpü değişimine bağlı gelişen nadir bir komplikasyon: Gastrik perforasyona ikincil peritonit ve septik şok

Nisa Simgе Güleç¹, Gülser Esen Besli², Meltem Çağlar Oskaylı³, Ülkem Koçoğlu Barlas⁴

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Bilim Dalı

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Ana Bilim Dalı

⁴İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Gastrostomi tüpü (G-tüpü), oral alımı tolere edemeyen kronik hastalarda uzun süreli enteral beslenme sağlamak için günümüzde yaygın olarak kullanılmaktadır. Genellikle perkütan endoskopik yöntemle takılan G-tüplerinin tıkanması gibi durumlarda ya da belli aralıklarla düzenli olarak değiştirilmesi gerekir. Bu olguda, genel olarak basit ve güvenle uygulanan G-tüplerinin takılması, değiştirilmesi sırasında mekanik travma veya yanlış yerleşimlere bağlı olarak gastrointestinal perforasyon, peritonit, sepsis gibi nadir ancak ciddi komplikasyonların gelişebileceğini vurgulamayı amaçladık.

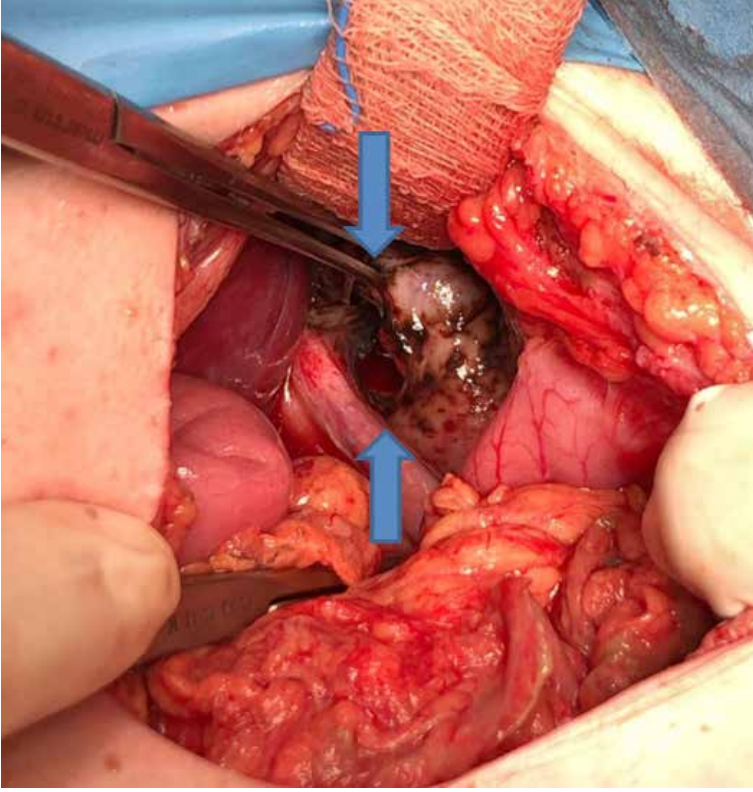
YÖNTEM:G-tüp takılması sonrası perforasyon ve septik şok tablosundaki hastaya çocuk acil, çocuk cerrahisi, çocuk yoğun bakım olarak multidisipliner yaklaşımla tanısı konuldu.

BULGULAR:Bilinen serebral palsy ve epilepsi tanılı ve G-tüple beslenen 11 yaşında kız hasta, G-tüpünün yerinden çıkması nedeniyle G-tüpü yerleştirildikten bir gün sonra kusma, ateş, hızlı nefes alıp verme şikayetleriyle acil servisimize getirildi. Ateş:38,6oC, nabız:184/dk, TA:119/65 mmHg, SpO2:%92, solunum sayısı:42/dk idi. Fizik bakışında genel durumu kötü, karın şiş ve gergin, taşipneik, dispneik, periferik dolaşımı bozuktu. Solda solunum seslerinde azalma, karında hassasiyet ve defans vardı. Barsak sesleri alınamadı. Kan şekeri 353 mg/dl, pH:7,2, pCO2:34, HCO3:14, laktat:7,4 idi. Hemogramında lökosit:31,000/mm3, nötrofil:28,000/mm3 saptandı. CRP 13 mg/l, prokalsitonin 40 ng/ml idi. Peritonit ve septik şok tablosundaki hastanın toraks ultrasonografisinde sol plevral efüzyon, ADBG'sinde diyafragma altında serbest hava saptandı (Şekil 1). Gastrik perforasyon geliştiği düşünülen hastaya sıvı resüsitasyonu, geniş spektrumlu antibiyoterapi ve destek tedaviler başlandı. Çocuk cerrahisi tarafından acil operasyona alındı. Daha önce Nissen fundoplikasyonu yapılan hastanın mide manşonunun zarar gördüğü, gastroözefageal bileşkede 2,5 cm perfore alan olduğu saptandı ve onarıldı (Şekil 2). Perforasyonun, G-tüpün balonunun bu bölgede şişirilmesine bağlı geliştiği düşünüldü. Sol akciğere göğüs tüpü takıldı. Yoğun bakımda 14 gün yatırılan hasta şifayla taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Gastrostomi tüpü yerleştirilmesine bağlı nadir görülen majör komplikasyonların erken tanınması ve tedavi edilmesi hayat kurtarıcıdır. Acil hekimleri, G-tüp değişimi sonrasında beslenme güçlüğü, kusma, karın ağrısı, karında şişlik ve hassasiyet, ateş gibi bulgular gelişen hastalarda, bu komplikasyonlar açısından şüphe eşliğini düşük tutmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Gastrostomi tüpü, septik şok, mide perforasyonu

Şekil 2



İntraoperatif gastroözefageal bileşke görülmektedir, mavi oklar 2cm perfore alanı işaret etmektedir.

Şekli 1



Diafragma altı serbest hava

EP-110

Neisseria Meningitidis Menenjitli Olguda Bilateral Serebral Arter Trombozu

Ezgi Genç Köroğlu¹, Ibrahim Etem Pişkin², Havva Nur Gökyar¹, Can Kurşun¹

¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Yoğun Bakım Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ VE AMAÇ:Neisseria meningitidis, nüfusun yaklaşık % 10'unda insan nazofarenksinde hastalık oluşturmadan bulunmaktadır. Nadir olarak kan dolaşımına girerek menenjit ve meningokoksemi gibi invaziv hastalıklara neden olmaktadır. Çok hızlı bir şekilde ilerlemesi nedeniyle erken tanı ve tedaviye rağmen özellikle septik şok ile başvuran hastalarda mortalite yüksektir. Akut enfeksiyon sırasında artrit, endokardit, miyokardit, perikardit, pnömoni, peritonit, böbrek enfarktleri ve adrenal kanama gelişebilir. En sık nörolojik sekeli sağırliktır. Burada meningokok menenjitine sekonder nadir olarak gelişen bilateral arteriyel trombozlu bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

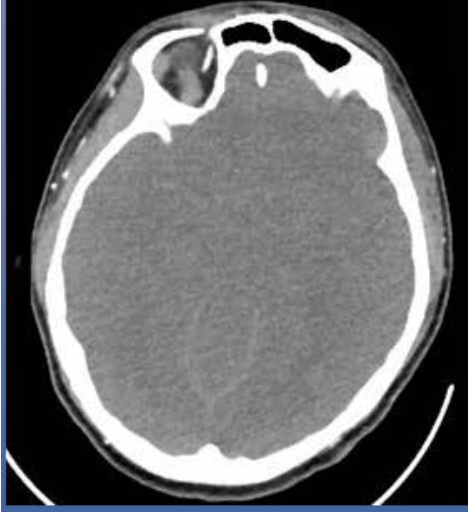
YÖNTEM:Olgu sunumudur.16 yaş 7 aylık kız hasta kusma, oksipital bölgede şiddetli baş ağrısı, yüksek ateş ve bilinçte bulanıklık yakınmalarıyla dış merkeze başvurmuş, ilk değerlendirilmesinde glaskow koma skorlaması (GKS) 15 olarak saptanmış, hastanın takibinde GKS'da belirgin gerileme olması ve jeneralize tonik klonik tarzında nöbet geçirmesi üzerine çekilen beyin BT ve diffüzyon MR normal sonuçlanmıştır. Alınan tetkiklerinde WBC:16100/mm³ CRP:58 mg/l olarak saptanan, bilinç bulanıklığı belirginleşen hasta olası menenjit ön tanısı ile tarafımıza sevk edildi. Geliş fizik muayenesinde genel durum kötü, GKS:5, postiktal dönemde idi. Ense sertliği mevcut idi. DIR/ İDIR ++/++ olarak alınabilmekteydi. BOS tetkikleri bakteriyel menenjitte uyumlu olan hastaya, hastanede seftriakson olmadığı için meropenem ve vankomisin tedavileri başlandı. Haemophilus influenza ekarte edilemediğinden tedaviye deksametazon eklendi. Takibinde spontan solunumu kaybolan ve entübe takip edilen hastanın tedavisine olası beyin ödemi açısından %3 NaCl eklendi. Çekilen BT anjiyografisinde bilateral serebral arter trombozu tespit edilen hastaya DMAH başlandı. Takibinde multiorgan yetmezliği gelişen hasta yatışının 7. gününde exitus oldu. Gönderilen tromboz panelinde MTHFR A1298C Tip1 gen polimorfizmini heterozigot taşıdığı tespit edildi.

BULGULAR:Yapılan tetkiklerinde WBC:31400/mm³, CRP: 154,6 mg/l, prokalsitonin:7,63 ng/ml idi. BOS tetkikleri bakteriyel menenjitte uyumlu olan, gram boyamasında gram negatif kok görülen hastanın BOS PCR ve kültüründe neisseria meningitidis üremesi görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Menenjit vakalarında ani GKS gerilemesinde venöz trombozların yanında nadir de olsa arteriyel trombozlar da izlenebilmektedir. Bu nedenle anjiyografik açıdan görüntüleme yapmak önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ani GKS düşüklüğü, neisseria meningitidis menenjiti, serebral arter trombozu

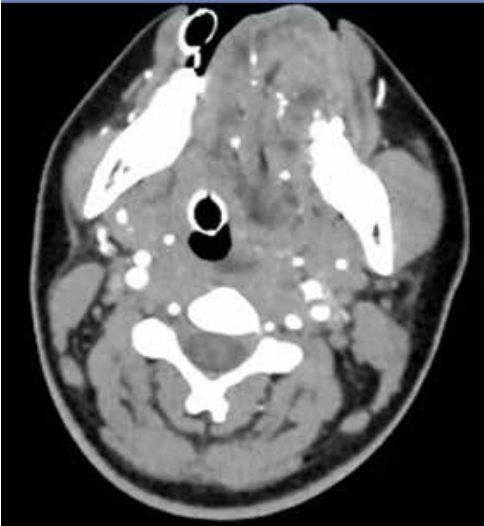
Resim-1



Kan gazı

pH	7,49
pCO2	22,4 mmHg
pO2	99,1 mmHg
sO2	% 98,8
Lac	4,3 mmol/L
HCO3	20,8 mmol/L
BE	-5,8 mmol/L

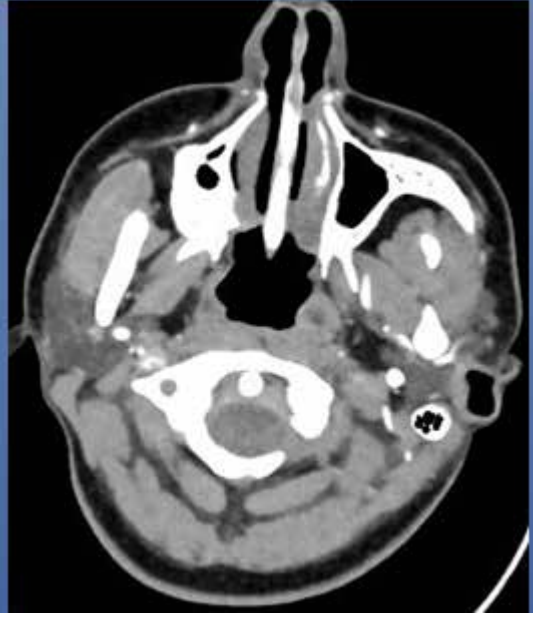
Resim-2



Hemogram

WBC	31400/mm3
HGB	11,4 gr/dL
HCT	%34,5
PLT	361000/mm3
LYM#	400/mm3
NEU#	28900/mm3

Resim-3



Biyokimya

CRP	154,6 mg/l
Prokalsitonin	7,63 ng/ml
AST	18 u/l
ALT	12 u/l
Glukoz	235mg/dl
Albumin	4,3 g/l
Kalsiyum	9,1 mg/dl
Sodyum	130 mmol/l
Potasyum	3,4 mmol/l
Kreatinin	0,7 mg/dl
Üre	18 mg/dl
Ürik asit	4,0 mg/dl

EP-111

Sık Görülen Bir Enfeksiyonun Farklı Prezantasyonu Konjenital CMV Enfeksiyonu

Sezin Ünver¹, Fatih Aygün², Fatma Deniz Aygün³

¹İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital CMV enfeksiyonu yenidoğan bebeklerde konjenital enfeksiyonların en sık nedenidir. Konjenital CMV enfeksiyonu bütün organ ve sistemleri etkileyebilir. İntra uterin gelişme geriliği, mikrosefali, hepatosplenomegali, sarılık, interstisyel pnömoni, trombositopeni ve purpura görülebilir. Koryoretinit en sık rastlanan göz bulgusu olmakla beraber mikroftalmi, katarakt, retinal kalsifikasyon, optik atrofi ve strabismus bildirilmiştir.

YÖNTEM:Klinik şüphe çok önemli olup tanıda altın standard yenidoğandan doğumu takiben ilk iki hafta içinde konvansiyonel veya hızlı hücre kültürü yöntemleri ile virüsün izole edilmesidir.

BULGULAR:Down sendromu stigmaları nedeniyle tetkik edilmekte olan 44 günlük düzeltilmiş yaşı 18 günlük olan erkek bebek dış merkeze 2 gündür olan kusma, beslenememe öksürük şikayetiyle başvurusu sonrası alınan tetkiklerinde total lökosit sayısının 50 000 üzerinde saptanması ve solunum sıkıntısının olması nedeniyle lökoz ön tanısıyla Cerrahpaşa yoğun bakım ünitesine sevk edilmişti. Hastanın fizik bakısında solunum sistem muayenesinde bilateral krepitan ralleri ve taşipnesi, ve 5 cm hepatomegalisi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Hastanın tarafımızca alınan tetkiklerinde total lökosit değeri 50 000 üzerinde hemoglobin değeri düşük, trombosit değeri ise 150 000 altında saptandı. Akut fazları ılımlı yüksek saptanmıştı. Hastada ön planda down sendrom stigmaları da bulunması nedeniyle malignite düşünülerek tetkikleri gönderildi. Olası sepsis de ekarte edilemeyeceğinden antibiyoterapisi başlandı. Periferik yaymada 5-6 adet atipik hücre görüldü. Çocuk hematoloji ve onkoloji bilim dalına da danışılan hastada ön planda geçici myeloproliferatif sendrom ve akut myeloid lösemi düşünüldü. Kemik iliği aspirasyonu yapılması planlandı. Bu sırada pnömonisi de bulunan ve non invaziv solunum desteği almakta olan hastadan konjenital enfeksiyonları da ekarte etmek için viral seroloji ve CMV PCR gönderildi. Hastanın idrar CMV PCR sonucu yüksek saptandı. Hastaya konjenital CMV tanısıyla gansiklovir tedavisi başlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital CMV enfeksiyonu her zaman sık görülen bulgular ile karışımına çıkmayabilir. Bu olguda hasta lökoz ön tanısıyla malignite düşünülerek tarafımıza yönlendirilmişti. Bu yaştaki bir bebekte yalnızca antikora güvenmeyip viral PCR da çalışılması hastanın tanı alıp tedavisinin başlanmasında yardımcı olmuştur.

Anahtar Kelimeler: lökoz,cmv,malignite,konjenital

Laboratuvar

wbc	62000
hgb	6,2
plt	147000
neut	14100
lymph	5300
mono	46100
crp	12
prokalsitonin	1,5
ldh	2958

EP-112

İlaç İlişkili Hemolitik Anemide Hızlı ve Etkin Tedavi: Plazma Değişimi

Berfin Ayla Hastürk¹, Rüya Meriç¹, Fatih Aygün², Hilmi Apak³

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Yoğun Bakım BD, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji BD, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:İmmünglobülin G ve/veya IgM tipi antikorların eritrosit yüzey antijenlerine bağlanması ile intravasküler veya retikuloendotelial sistemde eritrosit yıkımı gelişmesine immün hemolitik anemi adı verilir. İlaça bağlı otoimmün hemolitik anemi; eritrosit membranı, immün sistem ve ilaç arasındaki etkileşim sonucu ortaya çıkar. Seftriakson geniş spektrumlu olup ampirik tedavide sık kullanılmaktadır. Birçok ülkede ilaç ilişkili hemolitik anemi olguları raporlanmış olup, sebep olan ilaçlarda seftriakson birinci sıradadır. Bu posterde seftriakson sonrası hemolitik anemi gelişen bir olgu anlatılmaktadır.

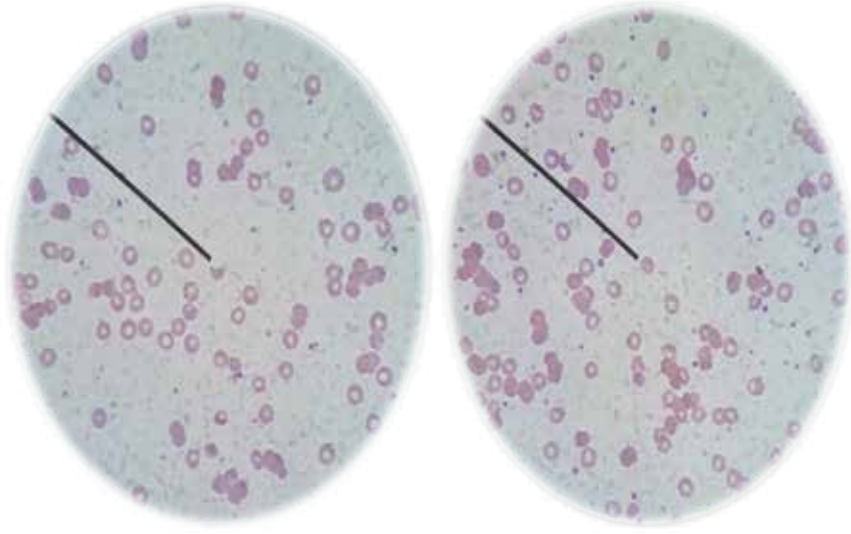
YÖNTEM:4 yaş erkek hasta ateş, öksürük, burun akıntısı yakınmaları ile çocuk acile başvurmuş. Başvurusunda hastanın generalize tonik klonik tarzda febril nöbeti olmuş. Seftriakson tedavisi başlanan hastanın izleminde idrar renginde koyulaşma ve akut olarak artan sarılık bulgusu olması üzerine alınan tetkiklerinde hemoglobin 3.8 saptandı. Hemodinamisi bozulan hasta çocuk yoğun bakım ünitemize yatırıldı.

BULGULAR:Genel durumu kötü ve uyku halindeydi. İkterik görünüm ve 3/6 sistolik üfürümü mevcuttu. 1cm hepatomegalisi olan hastanın traubesi kapalıydı. Laboratuvar tetkiklerinde hgb:3.9g/dl hematokrit:10.2% lökosit:15400/µl nötrofil:12500/µl trombosit:255000/µl INR:1.33 d-dimer:5mg/L fibrinojen:515mg/dL olarak sonuçlandı. LDH:1152U/l ferritin:>2000µg/L total bilirubin:10.5mg/dl direkt bilirubin:1.11mg/dl CK:840U/L CRP:121mg/dl prokalsitonin:42ng/ml olarak saptanan hastanın elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, immünglobulin değerleri normal aralıktaydı. Hemoglobürisi mevcuttu. Haptoglobulin düşük, düzeltilmiş retikulosit %0.5, direkt Coombs pozitif. Glikoz 6 fosfat dehidrogenaz ve piruvat kinaz enzimleri normaldi. Periferik yaymasında poikilositoz, akantosit ve şistositler mevcuttu. Plazma değişimi sonrası kliniğinde ve laboratuvarında hızlı düzelmeye görüldü. IVIG uygulandı. Bilinç açık, cilt rengi doğal, hepatomegalisi gerilemiş, traubesi açık olan hastanın hemoglobürisi saptanmadı. Kemik iliği aspirasyonu hemolitik anemi ile uyumlu olan, steroid tedavisi başlanan hasta yakınmasız olması üzerine taburcu edildi.

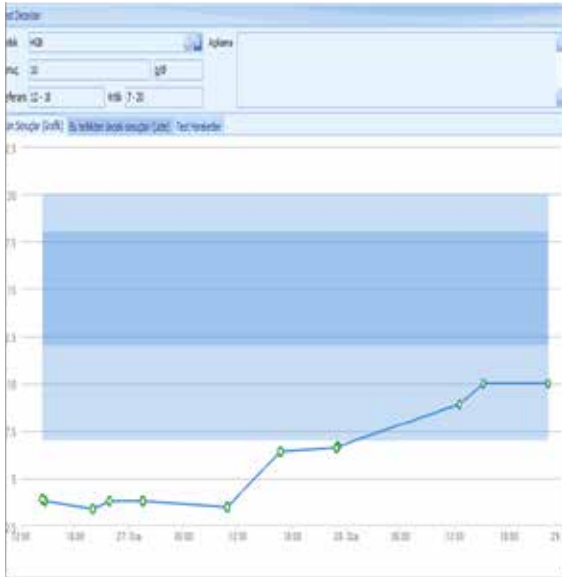
TARTIŞMA VE SONUÇ:İlaç ilişkili hemolitik anemi nedenlerinin başında üçüncü kuşak sefalosporinler gelmektedir ve mortalitesi yüksektir. Çocuklarda bu tedaviyi takiben gelişen hemolitik anemi hızlı kötüleşmeye sebep olabilir. Plazma değişimi sonrası klinik ve laboratuvar iyileşmesi gözlenen bu vakayı sunmaktaki amacımız hemolitik anemi olgularında plazma değişiminin tedavide hızlı ve etkin bir seçenek olduğunu göstermektir.

Anahtar Kelimeler: seftriakson, hemolitik anemi, plazma değişimi

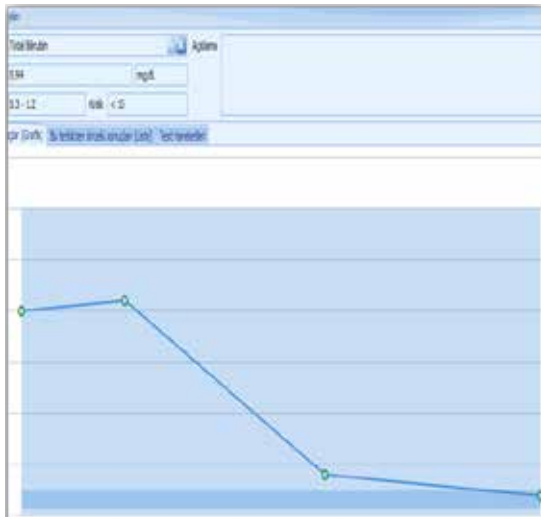
Periferik yayma



Hemoglobin



Total bilirubin



EP-115

Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde Mortaliteyi Etkileyen Faktörler ve Skorlama Sistemleri

Ayben Leblebici¹, Gürkan Bozan², Eylem Kırıl², Ebru Kacmaz³, Ener Çağrı Dinleyici²

¹Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

³Bursa Dörtçelik Çocuk Hastalıkları Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım

GİRİŞ VE AMAÇ:Skorlama sistemleri; Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların tanımlanması, klinik gözlem ve verilerin kaydedilmesi, mortalite ve morbidite olasılıklarının belirlenmesi, hastalar arasında ve farklı yoğun bakım üniteleri arasında kıyaslamalar yapılabilmesi, uygulamaların kalitesinin takip edilmesi gibi amaçlarla geliştirilmiştir. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde (ÇYBÜ) en çok kullanılan mortalite skorlama sistemleri Pediatrik Mortalite Riski Skorlaması (PRISM) ve Pediatrik Mortalite İndeksi (PIM) skorlarıdır. Bu skorların güncel versiyonları ve en sık kullanılanları PRISM III ve PIM-2'dir. En sık kullanılan organ yetmezliği skorlamaları ise Pediatrik Lojistik Organ Disfonksiyonu (PELOD)-2 ve Pediatrik Sıralı Organ Yetmezliği Değerlendirmesi (pSOFA)'dir. Çalışmamızda bu skorlama sistemlerinin mortalite ve morbiditeyi öngörme başarısını değerlendirmeyi, skorlama sistemlerini birbirleri ile kıyaslamayı, ek olarak mortalite üzerine etkili faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Ocak 2018 ve Aralık 2020 tarihleri arasında yoğun bakım ihtiyacı olan toplam 716 çocuk hastanın verileri geriye dönük incelendi. Dosya kayıtlarından hastaların yaşı, cinsiyeti, ÇYBÜ'ne yatış tanısı, komorbidite sayısı, yatış süresi, ÇYBÜ'de kullanılan ilaçlar kaydedildi. Hastaların başvuru anında hesaplanan PIM-2 skoru, ilk 24 saatte PRISM III skoru ve yatış süresi boyunca her 24 saatte bir hesaplanan PELOD-2 ile pSOFA skorunun en yüksek değeri kaydedildi.

BULGULAR:Değişkenlerin mortalite üzerine etkisi araştırıldığında, mortalite gözlenen hastaların; yaşlarının daha genç ($p<0.001$), hasta başına düşen birincil tanı ($p= 0.005$) ve komorbidite sayısının ($p<0.001$) daha fazla, yatış süresinin ($p<0.001$) daha uzun, PRISM III ($p<0.001$), PELOD-2 ($p<0.001$) ve pSOFA ($p<0.001$) ve PIM-2 ($p<0.001$) skorlarının daha yüksek olduğu olduğu saptanmıştır. Mortaliteye yönelik gerçekleştirilen lojistik regresyon modeli analizinde birincil tanı sayısı, cinsiyet, PRISM III, PELOD-2 ve PIM-2 skorlarının mortalite üzerinde herhangi bir etkisi saptanmamıştır. Yaş, komorbidite sayısı, karbapenem, sefalosporin, penisilin, glisilsiklin kullanımının mortalite üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. pSOFA skoru yüksekliğinin mortalite ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuk yoğun bakım ünitesinde mortaliteyi öngören skorlama sistemlerinin kullanılması ve mortalite riskini arttıran faktörlerin bilinmesiyle mortalite oranlarının azaltılabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Mortalite, PELOD-2, PIM-2, PRISM III, pSOFA

Tablo 1. Mortaliteve etkili değişkenler

Değişkenler	Mortalite		p değeri ^a
	Var (n= 61)	Yok (n= 655)	
Yaş, ay	17 (1 – 174)	50 (1 – 218)	<0.001
Birincil tanı sayısı	1 (0 – 5)	1 (0 – 4)	0.005
Komorbidite sayısı	1 (0 – 4)	0 (0 – 4)	<0.001
Yatış süresi, gün	23 (0 – 746)	3 (0 – 459)	<0.001
PRISM III	11 (0 – 41)	1 (0 – 25)	<0.001
PELOD-2	21 (0 – 60)	0 (0 – 41)	<0.001
pSOFA	9 (1 – 22)	0 (0 – 14)	<0.001
PIM-2	3.7 (0.1 – 97.7)	1.0 (0.1 – 79)	<0.001

^a Mann Whitney U test

Sürekli değişkenlerin mortalite üzerine etkisi araştırıldığında, mortalite gözlenen hastaların; yaşlarının daha genç ($p<0.001$), hasta başına düşen birincil tanı ($p= 0.005$) ve komorbidite sayısının ($p<0.001$) daha fazla, yatış süresinin ($p<0.001$) daha uzun, PRISM III ($p<0.001$), PELOD-2 ($p<0.001$) ve pSOFA ($p<0.001$) ve PIM-2 ($p<0.001$) skorlarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 2. Mortaliteye yönelik lojistik regresyon modeli analizi

Değişkenler	B	SE	Exp(B)	p değeri
Yaş, ay	-0.01	0.003	6.06	0.014
Komorbidite sayısı	0.57	0.160	1.77	<0.001
Böbrek hasarı	2.56	0.328	0.08	<0.001
Karbapenem	1.98	0.318	7.27	<0.001
Sefalosporin	0.87	0.326	2.39	0.008
Penisilin	1.02	0.444	2.76	0.022
Glisilsiklin	1.45	0.411	4.27	<0.001
pSOFA	0.43	0.064	1.54	<0.001

Mortaliteye yönelik gerçekleştirilen lojistik regresyon modeli analizinde birincil tanı sayısı, cinsiyet, PRISM III, PELOD-2 ve PIM-2 skorları değişkenlerinin mortalite üzerinde herhangi bir etkisi saptanmamıştır. Yaş, komorbidite sayısı, böbrek hasarı gelişiminin, karbapenem, sefalosporin, penisilin, glisilsiklin kullanımının mortalite üzerinde anlamlı etkisi olduğu saptanmıştır. pSOFA skorunun mortalite ile anlamlı ilişkisi olduğu saptanmıştır.

EP-116

Sepsise İkincil Gelişen Akut Böbrek Hasarı İle Seyreden Rabdomiyoliz Olgusu

Mehmet Durukan¹, Fatih Aygün²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ: Sepsise ikincil gelişen akut böbrek hasarı ile seyreden rabdomiyoliz olgusu

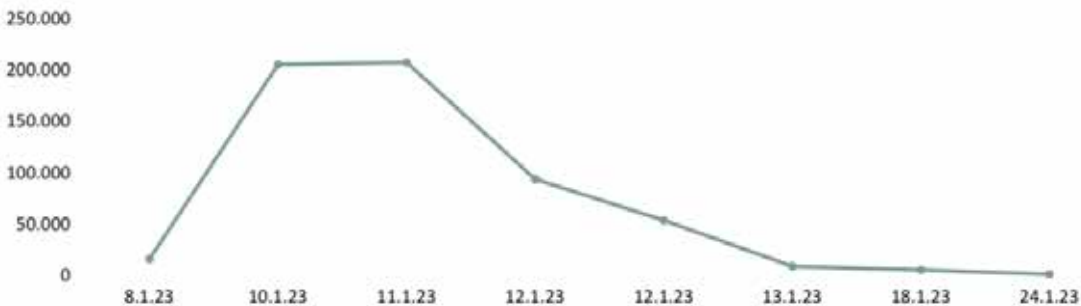
YÖNTEM:Rabdomiyoliz, kas nekrozu ve hücre içi kas bileşenlerinin dolaşıma salınması ile karakterize bir sendromdur. Kreatin kinaz (CK) seviyeleri tipik olarak belirgin şekilde yükselir ve kas ağrısı ve miyoglobüri mevcut olabilir. Hastalığın şiddeti, serum kas enzimlerindeki asemptomatik yükselmelerden aşırı enzim yükselmeleri, elektrolit dengesizlikleri ve akut böbrek hasarı ile ilişkili hayatı tehdit eden hastalığa kadar değişir.

BULGULAR:Korpus kallozum agenezisi ve epilepsi tanılarıyla takipli 7 yaş erkek hasta 3 gündür olan günde 5-6 kez ishal şikayetiyle başvurduğu sağlık merkezinde metabolik asidoz, bisitopeni ve böbrek fonksiyon testi bozukluğu olması nedeniyle sepsis, dehidratasyon, hemolitik üremik sendrom ön tanılarıyla yoğun bakım ihtiyacı açısından tarafımıza yönlendirildi. Şikayetlerine kusma, ateş eşlik etmiyormuş, idrar çıkışı azalmış ve rengi koyulaşmış. Fizik bakıda kaşektik, taşikardik, soluk, kapiller dolum zamanı uzamış ve ağır dehidrate görünümdeydi, ödemi yoktu. Tetkiklerinde Hgb:9.9gr/dl, Plt:25.000.103/ μ L, üre:145mg/dL, kreatinin:2.55mg/dL, LDH:5404U/L, ürik asit:15mg/dL, AST:2336 IU/L, ALT:1001 IU/L, CK:16438U/L, crp:2.8mg/L, prokalsitonin:20ng/mL idi. Ön planda sepsis ve dehidratasyona sekonder böbrek yetmezliği düşünüldü ve uygun antibiyoterapi ve sıvı tedavisi başlandı. İzlemede idrar çıkışı olmayan hastanın CK değerinde 208.000 U/L'ye kadar artış izlenmiş olup rabdomiyolize sekonder AKİ düşünüldü. Büyük molekül ağırlıklı protein ve myoglobin temizlemede etkin olacağı için önce önce plazmaferez yapıldı sonrasında da heparinli kontinü venovenöz hemodiyaliz başlandı. Diyalizi yatışının 18.gününe kadar devam eden hasta diyaliz kesimini takiben yeterli idrar çıkışı oldu, CK seviyesi 310U/L ye geriledi, böbrek fonksiyon testleri ise diyaliz kesiminden 1 hafta sonrasında normal sınırlara geriledi. Tekrar diyaliz ihtiyacı olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Akut böbrek hasarında sepsis kliniğinin kendisi de sebep olabileceği gibi sepsise ikincil rabdomiyolizin de ayırıcı tanıda olması gerekir.

Anahtar Kelimeler: kreatinin kinaz, rabdomiyoliz, akut böbrek hasarı, sepsis

Figür 1



EP-118

Suicid amaçlı organofosfat intoksikasyonu olgu sunumu

Gizem Aylin Aydemir¹, Tuğrul Güven Erturun¹, Damla Geçkalan¹, Serkan Özsoylu²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD., Çocuk Yoğun Bakım BD.

GİRİŞ VE AMAÇ:Organofosfatlar sinir sistemindeki kolinesteraz enziminin geri dönüşümsüz inhibisyonuna neden olur. Organofosfatların absorpsiyonu; inhalasyon, transdermal, transkonjonktival ve gastrointestinal yollarla olabilir. Organofosfat zehirlenmelerinde mortalite oranı; alınan maddeye, miktara, solunum desteği ve ventilatörden ayrılma ile ilgili faktörlere bağlıdır.

YÖNTEM:Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım'a yatırılan hasta retrospektif sunuldu

BULGULAR:14 yaşındaki kız hasta, dış merkezden suicid amaçlı tarım ilacı içmesi nedeniyle bilinci kapalı şekilde tarafımıza entübe şekilde sevk edildi. Yapılan ilk muayenede bilateral pin point pupilla, kas fasikülasyonları,bradikardi (KTA:46/dk) gaita inkontinansı, ürinyasyon ve bronkore mevcuttu. Organofosfat intoksikasyonu düşünülen hastanın cilt dekontaminasyonunu sağlamak amacıyla kıyafetleri çıkarılarak vücudu sabunlu suyla yıkandı. Bronşial sekresyonların artması, bronkospazm bulgularının ağırlaşması üzerine atropin intravenöz infüzyon şeklinde başlandı. Kas fasikülasyonları ve konvülsiyonları olan hastaya, kolinesteraz reaktivatörü olan pralidoksim başlandı. Hastaya yeterli hidrasyon ve gerekli elektrolit replasmanı yapıldı,enerji ihtiyacına uygun nutrisyon sağlandı. Takiplerinde konvülsiyon gelişmeyen ve fasikülasyonları da kesilen hastanın pralidoksim tedavisi kesildi. Bronkore semptomları azalan hastanın atropin infüzyonu sonlandırıldı. Spontan solunumun ve kas tonusunun yeterli olması, konvülsiyon olmaması, bilincin açılması, arteryel kan basıncının 110/70, kalp tepe atımının 88/dk, arter kan gazı değerlerinin pH:7.38 PaO₂: 46.3 mmHg, HCO₃:27.1 mmol/L SpO₂:%99 ve akciğer seslerinin dinlemekle normale dönmesi tespit edilmesi üzerine ekstübe edildi. Kandaki kolinesteraz seviyesi 1614 U/L olan hastanın, taburculuk sonraki kolinesteraz seviyesi 6729 U/L yükseldiği görüldü. Kas gücü tamamen yerine gelen hasta mobilize edilerek oral beslenmeye başlandı. Yoğun bakım yatışının 6. gününde çocuk psikiyatri konsültasyonu önerisi ile çocuk servisine transfer edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Organofosfat zehirlenmelerinde tedavi; dekontaminasyon, absorpsiyonun engellenmesi, genel destek ve yoğun respiratuar destek tedavilerinden oluşur. Antidot olarak anti-muskarinik olan atropin ve asetilkolinesteraz enzim reaktivatörü olan pralidoksim kullanılır. Atropin; MSS'deki ve periferik muskarinik reseptörlerdeki asetilkolinin kompetitif antagonistidir. Pupiller dilatasyon tedaviyi sonlandırma endikasyonu değildir, bronkospazm semptomları ortadan kalktığında atropinizasyona son verilmelidir. Pralidoksimin etkisi nöromusküler kavşaktır. Organofosfat intoksikasyonları yoğun bakımlarda sık görülen ve hayatı tehdit eden zehirlenmeler olup zamanında müdahale hayat kurtarıcıdır

Anahtar Kelimeler: Atropin, İntoksikasyon,Kolinesteraz, Organofosfat, Pralidoksim

Organofosfat Zehirlenmesi yatış ve tedavi sonrası kan parametreleri

Kan Parametreleri	Yatışın 1. günü	Taburculuk öncesi	Referans aralığı
Beyaz küre (WBC)	16,100	6,500	4-10 x10 ³ /uL
Hemoglobin	12,9	11,7	11-16 g/dl
Platelet	248,000	266,000	150-450x 10 ³ /uL
AST	18	8	< 35 u/L
ALT	23	9	< 35 u/L
CK	219	66	< 145 u/L
KAN GAZI			
PH	7,2	7,38	7,35-7,45
PCO2	45,7	46,3	35-45 mmHg
HCO3	17,7	27,1	22-26 mmol/L
Laktat	3,5	0,7	0,5-1,6 mmol/L
Kolinesteraz	1614	6729	3930-10800 u/L

Tablo 1: Hastanın kan parametrelerinin değerlendirilmesi

KAN PARAMETRELERİ	Yatışın 1. günü	Taburculuk öncesi	Referans aralığı
WBC	16,1	6,5	4-10 10 ³ /uL
HGB	12,9	11,7	11*16 g/dl
PLT	248	266	150-450 10 ³ /uL
ALT	18	8	< 35 u/L
AST	23	9	< 35 u/L
CK	219	66	< 145 u/L
Ph	7,2	7,38	7,35-7,45
PCO2	45,7	46,3	32-mmHg
HCO3-	17,7	27,1	mmol/L
Laktat	3,5	0,7	0,5-1,6
Kolinesteraz	1614	6729	3930-10800 u/L

Tablo 1: Hastanın kan parametrelerinin değerlendirilmesi

EP-119

Çocuk Yoğun Bakımda Toksik Epidermal Nekroliz (TEN) Tanılı Olgu Serisinde Terapötik Plazma Değişimi (TPD) Tedavi Deneyimi

Kübra Boydağ Güvenç¹, Necibe Tuğçe Gökteş²

¹Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH; Çocuk Yoğun Bakım BD

²Şehit Prof. Dr. İlhan Varank EAH; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

GİRİŞ VE AMAÇ:Toksik epidermal nekroliz (TEN), nadir görülen, ancak yüksek ölüm hızına sahip, genellikle ilaçlara karşı gelişen veya yaygın epidermal nekrozla giden, birbiri ile yakını ilişkili bir grup hastalığı tanımlamak için kullanılır. İlaçlar (antikonvülsanlar, antibiyotikler, antiretroviraller ve nonsteroid anti-inflamatuar ajanlar), bakteriyel veya viral enfeksiyonlar (Mycoplasma pneumoniae, grup A β Hemolitik Streptokok, Rickettsia, Coxsackie virüsü, Influenza virüsü, Epstein-Barr virüsü (EBV), Herpes virüsü 6/7 ve Parvovirus vb.) TEN'in en yaygın nedenleridir. Tüm TEN hastalarının %17 ila yaklaşık %50'sinin 18 yaşından küçük olduğu ve ölüm oranının her yaş dahil %35'e kadar çıktığı bildirilmektedir. Biz bu olgu serisinde TEN ön tanısı ile takip ettiğimiz üç hastayı sunmak, erken tedavi ve multidisipliner yaklaşım dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM:Ünitemizde TEN tanısıyla izlenen daha öncesinde sağlıklı üç vakamız ateş, beta-laktam antibiyotik kullanma öyküsü sonrası skalp ve perianal bölgeyi tutmayan yaygın makülopapüler döküntü, konjonktivit, oral mukoza tutulumu nedeniyle başvurdu. Hastaların ikisinde pürülan konjonktivit, diğerinde skatrisyel konjonktivit gelişti. Hastalarımızın akut faz reaktanları yüksekti. Etyolojide antibiyotik kullanım öyküsü dışında bir hasta Covid-19, bir hastada Influenza A ve diğerinde Mycoplasma pneumoniae saptandı.

BULGULAR:TEN tedavisinde esaslar immunsupresyon ve yara bakımındır. Tüm hastalara immunglobulin ve pulse steroid tedavisi verildi. Tedaviye rağmen döküntülerin şiddetlenmesi, iki hastada makrofaj aktivasyon sendromu gelişmesi, bir hastada da karaciğer tutulumunun şiddetlenmesi nedeniyle terapötik plazma değişimi (TPD) yapıldı ve TPD sonrası tam klinik düzelme elde edildi. Sistemik tedavinin yanı sıra lokal cilt ve göz bakımları düzenli yapıldı. Cilt ve yara bakımında crystalin sprey, suprathel ve özel antiseptik örtüler kullanıldı. Üç olgu da sekelsiz şekilde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çeşitli etyolojik nedenlerle bildirilen TEN olgularında TPD ile ilgili veriler sınırlıdır. Bizim hastalarımızda TPD ile tam remisyon sağlanmıştır. Vakalarımızın TPD ile tedaviye iyi yanıt alınması yönüyle literatüre katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Toksik Epidermal Nekroliz, steroid, intravenöz immunglobulin, plazma değişimi

Vaka1



Covid-19 saptanan hasta

Vaka1



Teropatik Plazma Degisimi sonrası tam iyilesme

Vaka2



Influenza A saptanan hasta

Vaka2



Teropatik Plazma Degisimi sonrasi tam iyilesme

EP-120

Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi ile Besin Alerjisi Arasındaki İlişki

Zeynep Sena Akgiray¹, Enes Çandır¹, Nurşen Ciğerci Günaydın², Hikmet Tekin Nacaroğlu¹, Gökhan Baysoy³

¹Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bölümü, İstanbul

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bölümü, Tekirdağ

³Medipol Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Gastroenteroloji Bölümü, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Akdeniz diyeti oksidatif stresle ilişkili hastalıklardan koruyucu bir beslenme şeklidir. Annelerin gebelikte Akdeniz diyetine uygun beslenmelerinin çocuklarında astım/hışıltı semptomlarına, alerjik rinit ve atopiye karşı koruyucu olabileceği gösterilmiştir.

Bu çalışmada annelerin gebelik ve emzirme dönemindeki Akdeniz diyeti kalite indeksinin besin alerjisi ve tolerans gelişimi üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Çalışmaya Medipol Üniversitesi Hastanesi çocuk alerji ve gastroenteroloji polikliniği ile Namık Kemal Üniversitesi Hastanesi çocuk alerji polikliniğinde besin alerjisi tanılı 1 yaş altındaki hastalar; kontrol grubu olarak çocuk sağlığı polikliniğine başvuran, 1 yaş altında, kronik hastalığı olmayan, anne sütü alan hastalar dahil edilmiştir. Katılımcıların demografik özellikleri ve beslenme alışkanlıkları Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED) kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Çalışmaya 117 çocuk (77 hasta, 40 kontrol) dahil edilmiştir. Çocukların yaş ortalaması $5,59 \pm 2,58$ ay ve %56,4'ü (n=66) erkekti. Hasta ve sağlıklı grup arasında yaş ve cinsiyet dağılımı, ailede atopi, doğum şekli, sigara kullanımı, ebeveyn eğitim düzeyi, annenin gebelik ve emzirmede vitamin/antibiyotik kullanımı, hastaların antibiyotik kullanımı, rotavirüs aşısı olma ve ek gıdaya başlama zamanı açısından anlamlı fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Besin alerjisi olgularının %40,2'si (n=31) besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPIAP), %59,8'i (n=46) IgE aracılı besin alerjisi tanısı ile izlenmekteydi. Kontrol grubunda annenin gebelik dönemindeki KIDMED puanı $6,87 \pm 2,2$ iken besin alerjisi olanlarda puan $6,82 \pm 1,7$ olarak saptandı ($p=0,887$). Kontrol grubunun emzirme döneminde KIDMED puanı $5,90 \pm 2,3$ iken besin alerjisi grubunda $5,36 \pm 2,2$ olarak saptandı ($p=0,222$). IgE aracılı besin alerjili ve BPIAP'lı hastaların karşılaştırılmasında, annelerin emzirme ve gebelikte KIDMED puanları arasında fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,505$, $p=0,660$). Tolerans gelişen (n=32, %41) ve gelişmeyen olguların (n=46, %69) gebelik ve emzirme dönemi KIDMED puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (sırasıyla $p=0,949$, $p=0,797$).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Besin alerjisi tanısıyla izlenen çocukların annelerinin gebelik ve emzirme döneminde KIDMED puanı sağlıklı çocukların anneleriyle benzerdir. Akdeniz diyet kalitesi indeksinin çocuklarda besin alerjisi oluşum riskine ve alerji prognozuna etkisinin değerlendirilmesi için diyet uyumunun belirli aralıklarla değerlendirildiği geniş ölçekli prospektif çalışmalara gerek olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Akdeniz diyeti kalite indeksi, besin alerjisi, besin proteini ilişkili alerjik proktokolit

Tablo 1

	Gebelik	Emzirme
1. Her gün bir meyve yer ya da meyve suyu içer misiniz?		
2. Her gün ikinci bir meyve yer misiniz?		
3. Düzenli olarak her gün bir kez taze veya pişmiş sebze yer misiniz?		
4. Düzenli olarak her gün birden fazla kez taze veya pişmiş sebze tüketir misiniz?		
5. Düzenli olarak haftada en az 2-3 kez balık yer misiniz?		
6. Haftada bir kezden fazla fast-food (hamburger) restoranlara gider misiniz ?		
7. Kuru baklagilleri sever ve haftada bir kezden fazla yer misiniz?		
8. Haftada 5 kezden fazla pirinç veya makarna yer misiniz?		
9. Kahvaltıda kahvaltılık gevrek (corn-fleks vb) ya da tahıl ürünleri (ekmek) yer misiniz?		
10. Haftada en az 2-3 kez yağlı tohum(fındık, fıstık gibi çerez) yer misiniz?		
11. Zeytinyağı tüketiyor musunuz?		
12. Kahvaltı öğününü atlar mısınız?		
13. Kahvaltıda süt ve süt ürünleri (süt, yoğurt vb) tüketir misiniz?		
14. Kahvaltıda hazır satılan hamur işleri (poğaç vb) veya pasta yer misiniz?		
15. Günde 2 kez yoğurt ve/veya peynir (40 g) tüketir misiniz?		
16. Her gün birkaç kez tatlı ve şeker/şekerleme yer misiniz?		

KIDMED soru kağıdı 16 sorudan oluşmaktadır. 1., 2., 3., 4., 5., 7., 8., 9., 10., 11., 13. ve 15. sorular pozitif (+1) değerlendirilirken; 6., 12., 14. ve 16. sorular negatif (-1) değer olarak hesaplanmaktadır. Değerlendirme sonucu; ≥ 8 puan: optimal diyet; 4-7 puan: diyetle müdahale gerekli; ≤ 3 puan: çok düşük diyet kalitesi, olarak değerlendirilmektedir.

Tablo 2

	Sağlıklı (n=40)	Hasta IgE aracılı besin alerjisi + BPIAP (n=77)	P değeri
Cinsiyet (kız/erkek)	19 (%47,5) / 21 (%52,5)	32 (%41,6) / 45 (%58,4)	0,539
Yaş ortalaması (ay)	5,08 \pm 2,4	5,86 \pm 2,6	0,121
Tanı	-	IgE aracılı- 31 (%40,2) BPIAP- 46 (%59,8)	
Semptom başlangıç yaşı (ay)	-	3,07 \pm 1,8	
Anne eğitimi	İlkokul n=1 (%2,6) Lise n=8 (%21,1) Lisans/Lisansüstü n=29 (%76,3)	İlkokul n=8 (%2,6) Lise n=8 (%21,1) Lisans/Lisansüstü n=29 (%76,3)	0,264
Baba eğitimi	İlkokul n=3 (%7,7) Lise n=8 (%20,5) Lisans/Lisansüstü n=28 (%71,8)	İlkokul n=7 (%9,1) Lise n=16 (%20,8) Lisans/Lisansüstü n=54 (%70,1)	0,966
Gebelikte sigara kullanımı	Evet n=7 (%17,5) Hayır n=33 (%82,5)	Evet n=9 (%11,7) Hayır n=68 (%88,3)	0,385
Emzirme dönemi sigara kullanımı	Evet n=7 (%20,6) Hayır n=27 (%79,4)	Evet n=9 (%16,7) Hayır n=45 (%83,3)	0,642
Gebelikte balık yağı ve vitamin kullanımı	Evet n=9 (%32,1) Hayır n=19 (%67,9)	Evet n=14 (%31,8) Hayır n=30 (%68,2)	0,977
Annenin pre&probiyotik alımı	Evet n=4 (%10,3) Hayır n=35 (%89,7)	Evet n=6 (%7,9) Hayır n=70 (%92,1)	0,670
Olgunun pre&probiyotik alımı	Evet n=10 (%25,6) Hayır n=29 (%74,4)	Evet n=30 (%40) Hayır n=45 (%60)	0,128
Doğum Şekli	NVY n=7 (%17,9) Sezeryan n=32 (%82,1)	NVY n=10 (%26,7) Sezeryan n=55 (%73,3)	0,299
Rota aşısı	Evet n=23 (%59) Hayır n=16 (%41)	Evet n=44 (%58,6) Hayır n=31 (%31,4)	0,584

Halen anne sütü alıyor mu?	Evet n=29 (%78,4) Hayır n=8 (%21,6)	Evet n=59 (%78,7) Hayır n=31 (%21,3)	0,972
KIDMED skoru sınıflaması (Gebelik)	3 ve altı puan n=4 (%10,3) 4 ve 7 arası puan n=20 (%51,3) 8 ve üstü puan optimal n=15 (%38,5)	3 ve altı puan n=1 (%1,3) 4 ve 7 arası puan n=50 (%64,9) 8 ve üstü puan optimal n=26 (%33,8)	0,056
KIDMED skoru sınıflaması (Emzirme dönemi)	3 ve altı puan n=6 (%15) 4 ve 7 arası puan n=25 (%62,5) 8 ve üstü puan optimal n=9 (%22,5)	3 ve altı puan n=15 (%19,7) 4 ve 7 arası puan n=50 (%65,8) 8 ve üstü puan optimal n=11 (%14,5)	0,631
Emzirme dönemi KIDMED puanı	5,90±2,3	5,36±2,2	0,222
Gebelik dönemi KIDMED puanı	6,87±2,2	6,82±1,7	0,887

Olguların demografik verilerinin karşılaştırılması

Tablo 3

	IgE aracılı n=31 (%40,2)	BPIAP n=46 (%59,8)	P değeri
Emzirme dönemi KIDMED puanı	5,57±2,4	5,36±2,3	0,505
Gebelik dönemi KIDMED puanı	6,71±1,6	6,89±1,8	0,660

Besin alerjisi dağılıma göre KIDMED skoru karşılaştırılması

Tablo 4

	Var (n=32, %41,6)	Yok (n=45, %58,4)	P değeri
Emzirme dönemi KIDMED puanı	5,22±2,1	5,36±2,3	0,797
Gebelik dönemi KIDMED puanı	6,91±1,6	6,88±1,7	0,949

Besin alerjisi olan olguların tolerans gelişimine göre KIDMED skoru karşılaştırılması

EP-121

Ağır Astımlı Olguda Mepolizumab Tedavisi

Gaye Kocatepe, Mehmet Akif Kaya, Dilara Fatma Kocacik Uygun, Ayşen Bingöl

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmunoloji Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocuklarda ağır astım, astımlı pediatrik popülasyonun ~ %2-5'ini etkilemekte ve yaşamı ve akciğerleri etkileyen önemli sonuçlara neden olmaktadır. Uygulanan medikal tedavilere rağmen düzelmeyen hastalarda biyolojik ajanların kullanılması astım kontrolünü sağlayabilmektedir.

YÖNTEM:Bu sunuda ağır astımı olan ve mepolizumab tedavisi uygulanan bir olgu sunulmaktadır.

BULGULAR:İki yıldan fazla süredir astım tanısı bulunan 11 yaşında erkek hasta başlarda düzensiz ancak daha sonraları düzenli montelukast ve inhale kortikosteroid- uzun etkili β 2 agonist tedavisi kullanmasına rağmen son 3 aydır nefes darlığı şikayetlerinde artış ve sık salbutamol ihtiyacı nedeniyle başvurdu. Fizik muayenesinde; ekspiryumda uzama, efor sınırlılığı sibilan ronküs bulunan hastanın eozinofil %4.6 (AES:470/mm³), deri prick testinde akar duyarlılığı saptandı. Solunum fonksiyon testinde post BD FEV1 (bir saniyedeki zorlu ekspiratuar hacim): %52, FEV1/FVC: %86, MEF25-75: %56 olan hasta, mevcut kliniğiyle diğer basamak tedavilerine rağmen düzelmesi nedeniyle eozinofilik ağır astım olarak kabul edilerek mepolizumab (anti IL-5) tedavisi başlandı. Tedavinin 3. Ayından itibaren semptomlarında ve solunum fonksiyon testlerinde düzelmeye başlayan hasta takibe alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuklarda tedavisi ve kontrolü güç olan ağır astım standart basamak tedavileri ile kontrol edilemezse uygun biyolojik tedaviler uygulanabilir. Mepolizumab eosinofilik astımı olan bu çocuklarda uygulanabilecek iyi bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebilir.

Anahtar Kelimeler: Mepolizumab, Astım, Alerji

Tedavi Sonrası Klinik Değerlendirme

	Tedavi öncesi	4. ay	9. ay
çAKT	14	20	25
Eozinofil (n/mm ³)	470	110	80
FEV1 (%) Post BD	59	75	89
OKS (tedavi/yıl)	3	-	-
Atak sayısı	6/yıl	1	-

EP-122

Ağır Kombine İmmün Yetmezlik Olgu Sunumu

Havva Nur Gökyar, Ezgi Genç Köroğlu, Can Kurşun, Mutlu Yüksek

Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ VE AMAÇ:Ağır kombine immün yetmezlik, T ve B hücreleri fonksiyon bozukluklarına yol açan genetik mutasyonlardan kaynaklanır. Bu bozukluklara sahip hastalar en ağır immün yetmezlik grubunu oluşturur. Patogeneizde, lenfoid hücre gelişimi için kritik olan genlerdeki mutasyonlar rol oynar. Hastalar çoğunlukla yaygın ve dirençli enfeksiyonlarla karşımıza çıkar. Bu enfeksiyonlar fırsatçı mikroorganizmalar dahil tüm patojenlerle oluşabilir ve ölümcül olabilir. Tanıda yardımcı olan en önemli laboratuvar bulgularından birisi, hastaların düşük lenfosit sayısına sahip olmasıdır.

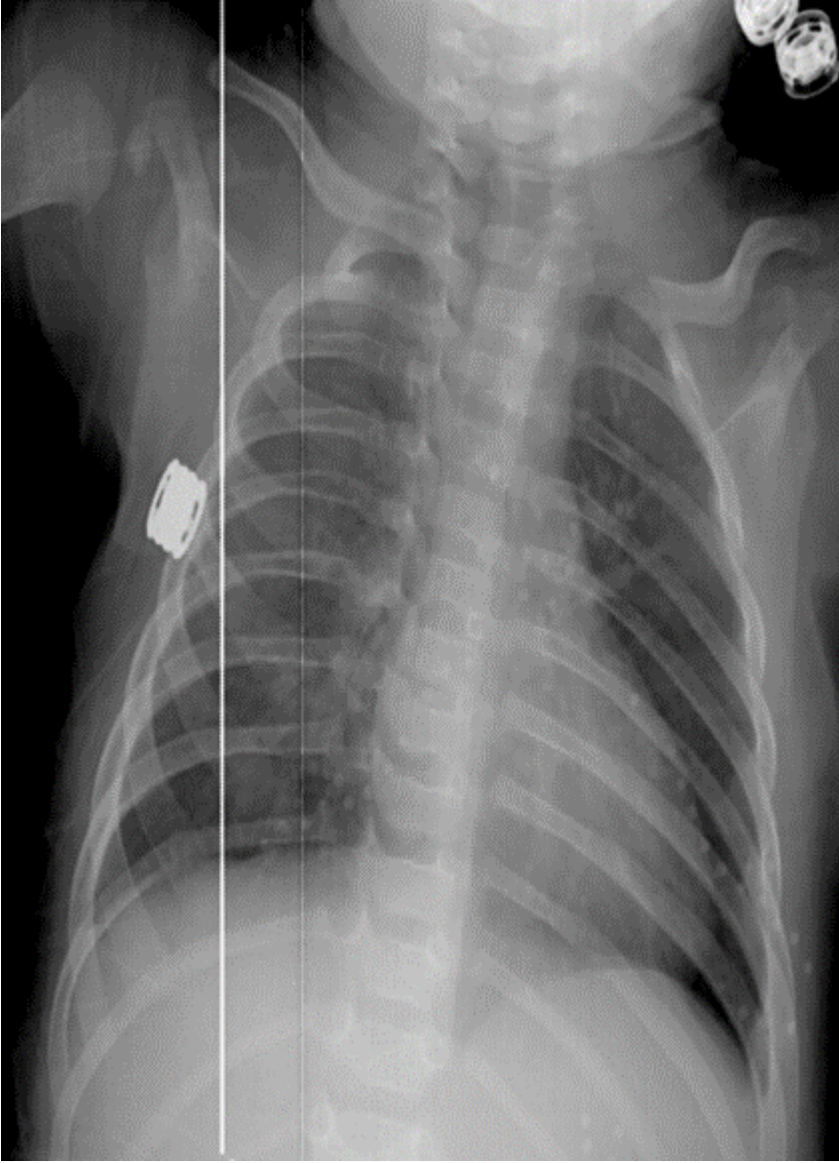
YÖNTEM:Bu olgu sunumudur. 6 ay 15 günlük kız hastanın; 3 aydır olan sık öksürük yakınmasına 2 ay önce ateş ve nefes darlığının eklendiği, bu nedenle doktor başvurularının olduğu ve yatarak aldığı tedavilere yanıt vermediği öğrenildi. Yapılan tetkiklerinde immünglobulin düzeylerinin düşük olması sonucu hastanemize sevk edildi. Hastanın anne ve babası 2. derece akrabaydı. 2 kardeşi de erken bebeklikte ölmüştü. Geliş vitallerinde ateşi mevcuttu. Takipnekti ve ekspiriyumu uzamıştı. Diğer sistem muayeneleri olağandı.

BULGULAR:Bakılan hemogramında lökositozu, trombositozu ve lenfopenisi mevcuttu. Akut faz reaktanları yüksekti. Serum immünglobulinleri yaşa göre belirgin düşüktü. Eş akrabalığı ve kardeş ölüm öyküsü, ağır ve persistan pnömoni, lenfopeni nedeniyle hastada kombine immün yetmezlik düşünüldü. Periferik kandan bakılan immün yetmezlik panelinde; T lenfosit (-), B lenfosit (+), NK hücre (+), recent timic emigrant (timustan periferik salınan naif T hücre) negatifti. Akciğer grafileri değerlendirildiğinde timusu olmadığı görüldü. Tanı kesinleşti. Kök hücre nakli gereksinimi doğan hasta nakil için ileri merkeze sevk edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Uygun tedavilere rağmen uzamış yakınmaları olan, tam kan sayımında lenfopeni görülen, eş akrabalığıyla birlikte kardeş ölüm öyküsü olan hastalarda immün yetmezlik araştırması yapılmalıdır. Doğuştan immünite bozuklukları kendilerini; atipik mikroorganizmalarla gelişen atipik yerleşimli enfeksiyonlar şeklinde, ağır ve tekrarlayan tablolar halinde gösterebilir. Hastalarda atopik hastalıklar, lenfoproliferasyon, otoimmünite ve maligniteler görülebilir. Tanı koymak için farkında olmak en önemli basamaktır. Ağır kombine immün yetmezlik tanısının kesinleşmesi halinde; bebeklik döneminde enfeksiyonlar ortaya çıkmadan önce yapılan hematopoetik kök hücre nakli tek küratif tedavidir ve %95 sağ kalım sağlar.

Anahtar Kelimeler: akrabalık, enfeksiyon, immünite

Akciğer grafisi



Hastanın çekilen akciğer grafisinde timusu olmadığı görülmektedir.

Tetkikler

WBC	15500/mm ³
HGB	9.5 g/dl
PLT	507000/mm ³
LYM#	1200/mm ³
NEU#	13600/mm ³
CRP	65.1 mg/dl
Ig G	34 mg/dl
Ig A	<6 mg/dl
Ig M	25.6 mg/dl

Periferik kandan bakılan immün yetmezlik paneli

CD4	Negatif
CD8	%1
CD4+CD8+	Negatif
CD8+CD28+	Negatif
CD16+CD56+	%6.4
CD16+CD56+CD3-	%6.4
CD3+CD16+56+	Negatif
CD19	%92.5
CD20	%92.5
CD45RA	%99.7
CD45RO	Negatif
CD28	Negatif
CD27	Negatif
CD31 (CD4+ yardımcı T lenfositler kapılanarak yapılan analizde)	%100
CD45RA (CD4+ yardımcı T lenfositler kapılanarak yapılan analizde)	%95.8
CD45RA+CD31+ (RTE) (CD4+ yardımcı T lenfositler kapılanarak yapılan analizde)	Negatif

EP-123

Kronik ITP ile takip edilen ve geç tanı alan; Kombine İmmün Yetmezlik Olgusu Sunumu

Hatice İşrak Öztürk¹, İbrahim Cemal Maslak²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ VE AMAÇ:Ağır Kombine İmmün Yetmezlik (AKİY); ağır T hücre yetmezliği ile karakterize olup, kök hücre nakli yapılmadığı takdirde yaşamın ilk yıllarında; ağır ve tekrarlayan enfeksiyonlar nedeniyle hastaların kaybedildiği bir primer immün yetmezlik (PİY) tablosudur.

Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) ise T hücre fonksiyonlarının bozulması nedeniyle tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarının yanı sıra; otoimmünite, malignite, otoinflamatuvar hastalıklar, allerjik hastalıklar gibi immün disregülasyon tabloları ile de prezente olabilir.

Bu olgu sunumunda da kronik İmmün Trombositopenik Purpura (ITP) tanısı ile takip edilip; Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) tanısı alan olguyu sunmak istedik.

YÖNTEM:Bu çalışmadaki hasta; ITP tanılı olup, IVIG tedavisi almaktaydı. Tekrarlayan akciğer enfeksiyonları sebebiyle ileri araştırmalar sonucunda; TFRC geninde homozigot mutasyon saptanmış olup Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) tanısı almıştır.

BULGULAR:17 yaş, erkek hasta, E.T

Çocuk İmmünoloji ve Alerji hastalıkları polikliniğine tekrarlayan akciğer enfeksiyonları nedeniyle başvurdu. Öyküsünde ve hasta dosyasında; anne- baba arasında birinci derece akraba evliliği olduğu, erken çocukluk yıllarından itibaren akciğer enfeksiyonu nedeniyle sık sık hospitalize olduğu, 6 yaşında trombositopeni saptandığı ve o dönemden itibaren aralıklı trombositopeni ataklarının olduğu (1 yıl süreyle Prednol tedavisi almasına rağmen trombositopenisinin düzelmediği), beraberinde aralıklı nötropenin de olduğu, büyüme ve gelişme geriliği nedeniyle Gastroenteroloji ve Nöroloji bölümlerinde de takipli olduğu, kriptoorşidizm ve apandisit sebebiyle opera olduğu öğrenildi.

Primer İmmün yetmezlik düşünülen olguda; Agamaglobulinemi, Ig A düşüklüğü, Ig M yüksekliği saptandı. Trombositopeni ve Nötropeni mevcuttu. Anti-HBo < 10 saptanan olgunun lenfosit alt grupları analizinde; CD4 lenfopeni tespit edildi.

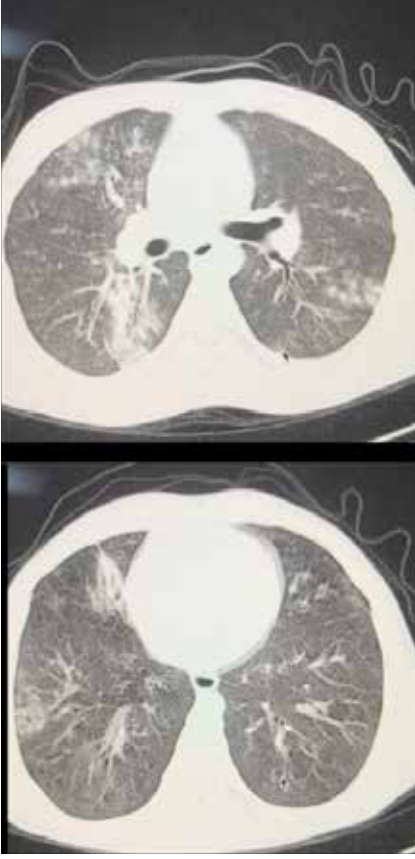
Akciğer Tomografisinde Bronşektazi mevcuttu.

Yaygın Değişken İmmün Yetmezlik (YDİY) VE Hiper IgM Sendromları düşünülen bu olgumuzdan; tüm ekon skanslama (WES) istendi ve TFRC geninde Homozigot mutasyon saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Primer İmmün Yetmezlik (PİY) olgularının; tekrarlayan enfeksiyonların yanı sıra otoimmün hastalıklar ile de karışımına gelebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kombine İmmün Yetmezlik, Kronik ITP, Rekürren Trombositopeni, TFRC Geni

Resim 1: Toraks BT'de Bronşektazi görünümü + Pnömoni



Tablo 1: Olgumuzun Klinik Tablosu

Büyüme Geriliği: VA:50 kg (0.57 p), Boy: 183 cm (88p)
Gelişme Geriliği: Hafif Mental Retardasyon
Tekrarlayan Trombositopeni
Tekrarlayan Nötropeni
Kriptosporidizm
Tekrarlayan Sinopulmoner Enfeksiyonlar
Bronşektazi
Pseudomonas Pnömonisi

Tablo 2: Olgumuzun Laboratuvar Sonuçları

WBC: 3.1- 5.3 10 ³ /uL (Referans Aralığı: 3.6 - 11.2)
ANS: 500- 1300 10 ³ /uL (Referans Aralığı: 1800 - 7800)
ALS: 1700-2200 10 ³ /uL (Referans Aralığı: 1000- 3000)
Hb: 11.7- 14.7 g/dL (Referans Aralığı: 11.4 - 15.9)
PLT: 81- 128 10 ³ /uL (Referans Aralığı: 159- 386)
MPV: 8.6 - 9 fL. (Referans Aralığı: 7.5- 11.2)
Ig A: 0-2 mg/dL. (Referans Aralığı: 61-348)
Ig G: 76 mg/dL. (Referans Aralığı: 700-1600)
Ig M: 753 mg/dL. (Referans Aralığı: 23-259)
Ig E(Total IgE): 0.1 IU/ml. (Referans Aralığı: <100)
Anti-HBs: 2 (Referans aralığı: <10 Negatif, >10 Pozitif)
CD3: 1791 %76. (Normal Per. Kan Değerleri &: 60-85)
CD4(+): 412. %17 (Normal Per. Kan Değerleri &: 29-59)
CD8 (+): 1095. %47 (Normal Per. Kan Değerleri &: 19-48)

NK(CD16-56)(+): %12 (Normal Per. Kan Değerleri &: 3-20)

CD19(+): %14 (Normal Per. Kan Değerleri &: 5-19)

WES Sonucu: TRFC geni; NM_001128148.3c64C>T(p.aRG22tRP)- Homozigot

EP-124

Tekrarlayan Abse Öyküsü İle Tanı Alan Hiper IgE Sendromu

Özge Kalmaz¹, Zeynep Meriç², Betül Gemici Karaaslan², Ayça Kıyım², Haluk Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Tekrarlayan deri veya organ abseleri fagositer sistem bozukluklarında karşımıza çıkabilir. Başta ağır konjenital nötropeniler olmak üzere, kronik granüloematöz hastalık gibi nötrofillerin işlevsel bozukluklarında da abse oluşumu gözlenebilir. Abse nedeniyle başvurup hiperIgE sendromu tanısı alan 6 yaşında erkek olgu bildirilmiştir.

YÖNTEM:Abse nedeniyle başvurup hiperIgE sendromu tanısı alan 6 yaşında erkek olgu bildirilmiştir.

BULGULAR:Altı yaşında erkek hasta, doğumdan 1 ay sonra başlayan döküntü, 3 aylıkken saçlı deri, gluteal bölge ve kulak arkasında abse oluşumu nedeniyle başvurdu. Hastanın tekrarlayan otit, sinüzit ve pnömoni tanılarıyla çoklu hastane yatışları olduğu öğrenildi. Anne ve baba arasında akrabalık mevcuttu ancak ailede bilinen başka etkilenmiş birey yoktu. Fizik bakıda yaygın kaşıntılı papüller dışında özellik yoktu. Laboratuvar incelemede lenfositoz, hafif eozinofili ve IgE yüksekliği vardı (2500 kU/L). Moleküler incelemede Stat3 geninde heterozigot mutasyon saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Klasik olarak otozomal dominant hiperIgE sendromu tekrarlayan enfeksiyonlar, mukutanöz kandidiyazis ve lokomotor bulgular ile karakterizedir. Akut faz yanıtının eşlik etmediği abse oluşumu gözlenebilir. Total IgE yüksekliği uyarıcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: abse, IgE, hiperIgE sendromu

Akciğer lobektomi materyali



Akciğer lobektomi materyali

Tekrarlayan apse



Tekrarlayan apse

EP-125

Çocukta Pernio hastalığı: Olgu Sunumu

Maleyka Karimova, Sevinc Guliyeva, Sabina Ahmadova

Azerbaycan Tıp Universitesi, 2. Çocuk hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

GİRİŞ VE AMAÇ:Pernio dondurucu olmayan soğuğa maruz kalan duyarlı kişilerde gelişir. Genç kadınlarda oldukça yaygın görülmele birlikte, çocuk ve yaşlılarda da görülebilir. Pernio soğuk maruziyetinden sonra kaşıntılı veya ağrılı viyolese akral lezyonlarla ortaya çıkan inflamatuvar bir deri hastalığıdır. İdyopatik olabileceği gibi altta yatan bir sistemik hastalığa bağlı da oluşabilir. Pernio soğuğa maruz kalınması sonucunda el, ayak, kulak ve burun gibi vücudun uç bölgelerindeki damarlarda daralmaya bağlı oluşan beslenme bozukluğu nedeniyle gelişir. Amacımız çocukta pernio olgusunu sunmak olmuştur.

YÖNTEM:Hastaya tanı konulurken anamnez, şikayetler, klinik belirtilerden yararlanıldı.

BULGULAR:Sekiz yaşında kız hasta, soğuk ile temas sonrası el-ayak parmaklarında kaşıntılı ve ağrılı kutanöz lezyonlar şikayetleri ile kliniğimize başvurdu.Şikayetleri yaklaşık 6 ay önce başlamış. Semptomlar soğukla temasdan yaklaşık 5-10 dakika sonra ortaya çıkıyormuş. Kızın 4 yaşındaki kardeşinde besin alerjisi olduğu öğrenildi. Ailede benzer şikayetleri olan başka birey yoktu. Hastanın fizik muayinesinde; ağırlık: 28 kg, boy:124 sm, ateş 36,7 °C, solunum sayısı 22/dk, nabz 98/dk, tansyon arteriyel 100/762mmHg. Hastanın total IgE-si 57 IU /ml olarak ölçüldü. Hastaya en önemli korunma yönteminin, cildinin direkt olarak soğuk havayla temasının engellenmesi olması anlatıldı. Bu yüzden dışarı çıkarken eldiven ve kalın çoraplar giyilmesi, ayrıca kan dolaşımını bozduğu için dar giysilerden de kaçınılması tavsiye edildi. Cildin sık sık nemlendirilmesi, özellikle giysilerin kapatmadığı vücut bölgelerinin nemlendirilmesine daha çok özen gösterilmesi, renkli, kimyasal madde içeren sabunlar kullanmaması, daha çok doğal sabunları tercih etmesi de tavsiye edildi. Her gün duş almak (özellikle sıcak su ile) cildin fazla kurumasına sebep olduğundan, gün aşırı ılık duş alıp, her duştan sonra cildinin nemlendirmesinin gerekliyi, ciltte kuruluk ve kaşıntı olduğunda asla kolonya ve doktor tavsiyesi olmadan merhem kullanılmaması da anlatıldı. Hastaya meyve ve sebze tüketimi, demir, çinko, mineral, A, B kompleks, C ve E vitaminli besinler, düzenli egzersiz yapmanın da faydalı olduğu söylendi. Hastaya nifedrin, topikal florlu kortikosteroidler tavsiye edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Nadiren de olsa duyarlı çocuklarda soğuk teması sonrası pernio olabilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, pernio, soğuk teması

EP-126

Atopik dermatitin serum D vitamini düzeyi ile ilişkisinin değerlendirilmesi

Maleyka Karimova, Sabina Ahmadova, Sevinc Guliyeva

Azerbaycan Tıp Üniversitesi, 2. Çocuk hastalıkları Anabilim Dalı, Bakü, Azerbaycan

GİRİŞ VE AMAÇ:Atopik dermatit çoğunlukla süt çocukluğu ve erken çocukluk çağında başlayan kronik kaşıntı, relapslarla seyreden inflamatuvar bir deri hastalığıdır. Atopik dermatit patogeneğinde epidermal bariyer ve immünolojik disfonksiyon yer alır. Atopik dermatitin klinik özellikleri ve laboratuvar bulguları ile serum 25(OH) D vitamini arasındaki ilişkiyi değerlendirmek amacımız olmuştur.

YÖNTEM:Araştırmaya atopik dermatit tanısıyla takipli 1-14 yaş arasında olan, son 6 ayda D vitamini preparatı kullanmayan ve alerjik hastalık dışında ek kronik hastalığı olmayan 42 çocuk dahil edildi. Hastaların atopik dermatit ağırlıkları SCORAD indeksine göre değerlendirildi. Serum 25(OH) D vitamini düzeyi ise; -ağır eksiklik < 5 ng/ml; -eksiklik 5- 20 ng/ml; -yetersizlik 20- 30 ng/ml; -yeterli düzey 30- 100 ng/ml olarak kabul edildi.

BULGULAR:Hastalarımızın %40' ı (17 çocuk) kız, %60' ı (25 çocuk) erkek idi. SCORAD indeksi ağır olanların %12' inin (5 hasta) 25 (OH) D vitamin düzeyi normaldi. Bu gruptaki hastaların %47,6' inde (20 hasta) yetersizlik, % 28,5' inde (12 hasta) eksiklik, %12' inde (5 hasta) ağır eksiklik saptandı. Gruplar arasındaki farklılıklar istatistiksel olarak anlamlıydı (P< 0,05). Çocukların D vitamini düzeyleri atopi açısından değerlendirildiğinde; atopik grupta olanların ortalama D vitamini düzeyleri non- atopik gruba göre daha düşük olarak saptandıysa da bu fark istatistiksel olarak anlamlı değildi (P< 0,12).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Orta ağır seyreden atopik dermatitli çocuklarda D vitamini eksikliği olabileceği aklıda tutulmalıdır. Özellikle, tekrarlayan veya şiddetli atopik dermatitte D vitamini eksikliği açısından hasta değerlendirilmelidir. D vitamini tedavisi orta ve ağır atopik dermatiti olan çocuklarda yararlı olabilir.

Anahtar Kelimeler: atopik dermatit, D vitamini, çocuk

EP-127

WheezeScan hışıltı dedektörü ile hışıltı ataklarının erken tanısı mümkün olabilir mi?

Enes Çandır¹, H. Tekin Nacaroğlu¹, Yağmur Özkan¹, Leyla Telhan², Füsun Önal³, Sedat Öktem³

¹Medipol Üniversite Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalığı ABD, Çocuk İmmünoloji ve Alerji Hastalıkları Bölümü, İstanbul

²Medipol Üniversite Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalığı ABD, Çocuk Yoğun Bakım Bölümü, İstanbul

³Medipol Üniversite Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalığı ABD, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bölümü, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Wheezing (hışıltı) sıklıkla alt havayollarında çeşitli nedenlere bağlı daralma sonucu ortaya çıkan, özellikle ekspiryum esnasında kulak ile duyulabilen ısıklık tarzında bir sestir. Her yaşta duyulabilir ancak en sık ilk 1 yaşta görülür ve çocukların %50'si 6 yaşına kadar en az 1 defa hışıltı atağı geçirir. Burun tıkanıklığı, havlar tarzda öksürük, horlama ve stridor aileler tarafından hışıltı olarak tarif edilebilmektedir. Özellikle akut hışıltı atağı anında hasta çocuklar için hışıltı tespitinde ailelerin desteğe ihtiyaçları vardır. OMRON WheezeScan (Hışıltı Dedektörü), hışıltı tespiti için geliştirilmiş, astım tedavisini destekleyen ve hastane yatış oranını azaltmayı amaçlayan medikal bir detektördür. Hışıltı tespitini yapmakta ailelere yardımcı olmayı amaçlamıştır.

AMAÇ: Bu çalışmada fizik muayenede hışıltısı olan ve olmayanların hastaların dinleme bulguları ile Omron WheezeScan (HWZ-1000T-E) cihazıyla yapılan hışıltı ölçüm sonuçlarının uyumunun araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Medipol Üniversitesi Hastanesi çocuk alerji ve çocuk göğüs hastalıkları polikliniğine ayaktan başvuran ve çocuk kliniğinde hışıltı etiyolojisi ile yatan, 4 ay-7 yaş aralığındaki hastalar alınmıştır. Kontrol grubuna çocuk alerji polikliniği ile çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğine rutin kontrol amaçlı başvuran muayenesinde hışıltı saptanmayan, 4 ay-7 yaş aralığındaki sağlıklı çocuklar dahil edildi. Katılımcıların demografik özellikleri, son dönem şikayetleri ve özgeçmiş-soygeçmişini tarafımızca oluşturulan 15 soruluk Wheezing (Hışıltı) İzlem Formu kullanılarak değerlendirilmiştir. Omron WheezeScan (HWZ-1000T-E) cihazıyla yapılan ölçüm ise bağımsız bir hekim tarafından yapılarak kayıt edilmiştir.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 104 çocuk (42 hasta ve 62 sağlıklı kontrol) dahil edilmiştir. Hışıltısı olan hastaların yaş ortalaması 43,9±24,1 ay, sağlıklı çocukların yaş ortalaması 38,2±23,3 ay olarak saptanmıştır. Hasta ve sağlıklı grup arasında yaş ve cinsiyet dağılımı açısından fark saptanmamıştır (p>0,05). Omron WheezeScan cihazı ile yapılan ölçümlerde hışıltı saptama duyarlılık %100, özgüllük %91,9, negatif prediktif değer %100, pozitif prediktif değer %87,2 olarak saptanmıştır.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Hışıltı dedektörünün hışıltıyı saptamada yüksek duyarlılığa sahip olduğu saptanmış olup hışıltı yönetimi için uzaktan tıbbi bakımda faydalı olabilir. Hışıltı atakları ile seyreden kronik hastalığı olan çocukların hekime ulaşamadıkları acil durumlarda tedavi başlama kararında Omron WheezeScan cihazı ailelere yardımcı olabilir. Ancak olağan durumlarda ana tedavi kararı her zaman bir hekimin fizik muayene bulgularına göre belirlenerek tedavi planlanması gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hışıltı, Hışıltı dedektörü, wheezing

Resim 1- Omron WheezeScan Hışıltı Dedektörü



www.omron-healthcare.com

Resim 2- Cihaz Kullanım Şekli



www.omron-healthcare.com

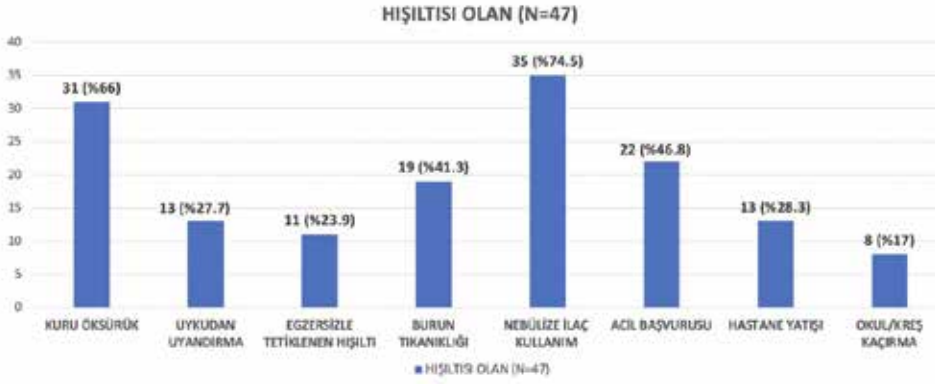
Tablo 1- Olguların Demografik Verilerinin Karşılaştırılması

	Hışiltısı olmayan (n=63)	Hışiltısı olan (n=47)	P değeri
Cinsiyet (kız/erkek)	26 (%41.3) / 37 (%58.7)	29 (%61.7)/ 18 (%38.3)	0,753
Yaş ortalaması (ay)	42.7 (±23.5)	39.2 (±24.1)	0,530
Boy (cm)	117 (±135)	92.7 (±25)	0,422
Kilo (kg)	20.9 (±19.3)	17 (±12.5)	0,310
Eozinofil sayısı	259.4 (±398.2)	352 (±348)	0,901
Total IgE düzeyi (IU)	149.2 (±300.5)	295.02 (±652.2)	0,251

Tablo 5- Çalışma Sonuçlarımız

		HEKİM DİNLEME BULGUSU (HIŞILTI-WHEEZİNG)			
		VAR (N=47, %43)	YOK (N=63, %57)	TOPLAM (N= 110)	
WHEEZİNG DETEKTÖRÜ	VAR	47	6	53	POZİTİF PREDİKTİF DEĞER %88.7 (47/53)
	YOK	0	57	57	NEGATİF PREDİKTİF DEĞER %100 (57/57)
	TOPLAM	47	63	110	
SONUÇ		SENSİTİVE %100 (47/47)	SPESİFİTE %90.5 (57/63)		

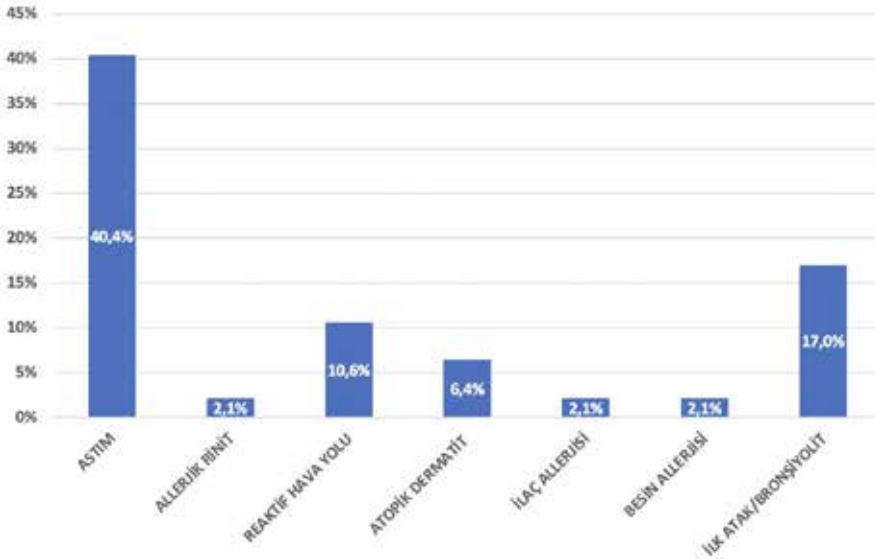
Tablo 2- Hışiltılı Çocuklarda Son 12 Ay Şikayetler



Tablo 3- Hışiltılı Çocuklarda Profilaktik İnhaler İlaç Kullanımı ve Kullanım Şekli



Tablo 4- Hışiltılı Çocuklarda Özgeçmiş Hastalık Durumu



EP-129

NSAİ İlaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonunda Sınıflanamayan Fenotip Harmanlanmış (Blended) Reaksiyon; Olgu Sunumu

Zeynep Aydoğdu, Nezihe Nefise Uluç, Işıl Eser Şimşek, Nagihan İskender, İsmail Özanlı

Kocaeli Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ:NSAİ ilaç Aşırı Duyarlılık Reaksiyonlarının Sınıflandırılması altta yatan mekanizmaya göre immüno-
nolojik (Ig-E aracılı, seçici reaksiyon) ve non-immunolojik (çapraz reaksiyon) şeklindedir. Bu ayrımını yapmak için
güçlü bir COX-1 inhibitörü olan aspirin ile oral provakasyon testi yapılır.

Bu olguyla, NSAİ ilaç aşırı duyarlılığı pediyatrik yaş grubunda farklı fenotiplerle ortaya çıkabileceğini vurgulamak
istedik.

YÖNTEM:9 yaş 5 aylık kız hasta, iki defa dolven alımını sonrasında gözlerde şişliği olmuş. Ürtiker eşlik etmemiş.
Bu şikayetle acil serviste antihistaminik ve steroid ile bulgular gerilemiş. Hastada rinit ve polen allerjisi mevcut.

BULGULAR:Hastanın öyküsü ibuprofen ile gelişen ilaç reaksiyonu açısından güvenilir bulundu. Aspirin ile oral
provakasyon yapıldı. Provakasyon sırasında anjioödem ve öksürük gelişti. Akciğerde dinlemekle ronkus duyuldu.
Anafilaksi kabul edilen hastaya adrenalin, antihistaminik ve salbutamol uygulandı. Klinik düzeldi.

Hastamız, NSAİ ile non-immunolojik (çapraz reaksiyon tip) ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonu kabul edildi. Parasetamol
ile oral provakasyon testi yapıldı, sorunsuz tamamladı. Hastamız, 12 yaşından sonra nimesulid (tercihen COX-2
inhibitörü) oral provakasyonu için polikliniğimize çağrıldı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Hastamızdaki reaksiyon, farklı bir fenotipte ortaya çıkan anafilaksi ile kendini gösteren bir
COX inhibisyon aracılı ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur.

EAACI (Avrupa Alerji ve Klinik İmmunoloji Akademisi) sınıflaması beş fenotip içerir; NSAİ'lerle alevlenen solu-
num yolu hastalığı (NERD), NSAİ'lerle alevlenen kutanöz hastalık (NECD), altta yatan hastalığı olmayan bireyler-
de görülen NSAİ'lerin neden olduğu ürtiker/anjioödem (NIUA), tek NSAİ kaynaklı ürtiker/anjioödem ve anafi-
laksi (SNIUAA), tek NSAİ kaynaklı geç tip ilaç aşırı duyarlılık reaksiyonudur. Bu sınıflamada, ilk üç grup çapraz
reaksiyonları ve son iki grup seçici reaksiyonları kapsar.

EAACI sınıflamasında göre hastamız kategorize edilemedi. Literatürde sınıflanamayan hastaların olması nede-
niyle yeni bir fenotipe ihtiyaç duyulmuş, bu durum Harmanlanmış (Blended) reaksiyon; ürtiker/anjioödem gibi
kutanöz semptomların yanında respiratuar semptomlarında olması olarak tariflenmiştir. NSAİ ilaç allerjisi şüpheli
olan çocuklarda farklı klinik bulgular geliştirebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ilaç allerjisi, NSAİ/aspirin ilaç duyarlılık reaksiyonu, Harmanlanmış (Blended) reaksiyon

İstenmeyen İlaç Reaksiyonları



NSAİİ-ilişkili Hipersensitivite Reaksiyonlarının Sınıflandırılması

A. Nonimmünojenik (çapraz reaksiyon tipi) aşırı duyarlılık reaksiyonları	
1. NSAİİ'lerle Alevlenen Hava Yolu Hastalığı (NSAIDs-Exacerbated Respiratory Disease: NERD)	
2. NSAİİ'lerle Alevlenen Deri Hastalıkları (NSAIDs-Exacerbated Cutaneous Disease: NECD)	
3. NSAİİ'lerle Tetiklenen Ürtiker/Anjiyoödem (NSAIDs-Induced Urticaria/Angioedema: NIUA)	
B. İmmünojenik aşırı duyarlılık reaksiyonları	
1. Tek NSAİİ ile Tetiklenen Ürtiker/Anjiyoödem veya Anafilaksi (Single NSAID-Induced Urticaria/Angioedema and Anaphylaxis: SNIUAA)	
2. Tek NSAİİ ile Tetiklenen Geç Tip Reaksiyonlar (Single NSAID-Induced Delayed Reactions: SNIDR)	
NSAİİ: Nonsteroid antiinflamatuar ilaç.	

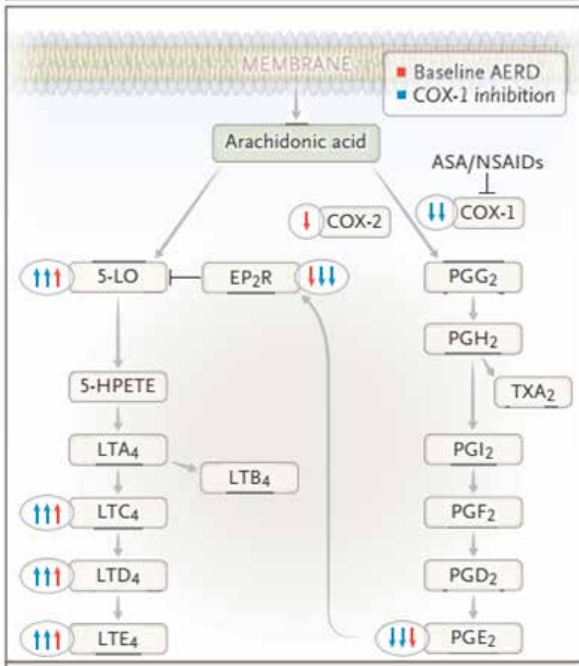
Çocuk Yaş Grubunda Olası Yeni NSAİİ-ilişkili Hipersensitivite Reaksiyonlarının Sınıflandırılması

Table 4 New possible classification for NSAID hypersensitivity in the pediatric population, adapted from the current ENDA classification

Group number	Type of reaction	A Clinical manifestation	B Delay of reaction	C Impact of risk factors	D Cross-reactivity	Putative mechanism
I	Non-allergic NSAID hypersensitivity (ENDA 1,2,3)	Urticaria, angioedema, dyspnea, rhinitis, conjunctivitis, anaphylaxis	Acute (usually immediate to several hours after exposure)	Strong	Yes	COX-1 inhibition
II	Single NSAID-induced urticaria/angioedema or anaphylaxis (ENDA 4)	Urticaria, angioedema, anaphylaxis	Immediate (<1 h)	Unknown	No	IgE-mediated
III	Single NSAID-induced delayed reactions (ENDA 5)	Various symptoms and organs involved (e.g., fixed drug eruption, SJS/TEN, nephritis)	Delayed onset (usually more than 24 h after exposure)	Unknown	No	T-cell-mediated

NSAIDs, non-steroidal anti-inflammatory drugs; COX-1, cyclooxygenase 1; SJS, Stevens-Johnson Syndrome; TEN, toxic epidermal necrolysis.

COX-1 Enziminin İnhibasyonu



NSAİİ'ların COX-1 ve COX-2 Enzimlerini İnhibe Etme Kapasiteleri

Medication	Route of Administration
Highly selective COX-1 inhibitors	
Acetylsalicylic acid	Oral (OTC)
Antipyrine–benzocaine	Otic only (OTC)
Benoxaprofen	Oral
Diclofenac	Oral, topical
Etodolac	Oral
Fenoprofen	Oral
Flurbiprofen	Oral
Ibuprofen	Oral (OTC)
Indomethacin	Oral
Ketoprofen	Oral, topical
Ketorolac	Oral, IM, IV, nasal
Meclofenamate	Oral
Dipyrrone	Oral
Mefenamic acid	Oral
Naproxen	Oral (OTC)
Oxaprozin	Oral
Piroxicam	Oral
Tolmetin	Oral
Weakly selective COX-1 inhibitors	
Acetaminophen	Oral (OTC)
Choline magnesium trisalicylate	Oral
Diflunisal	Oral
Salsalate	Oral
Highly selective COX-2 inhibitors	
Celecoxib	Oral
Etoricoxib†	Oral
Lumiracoxib†	Oral
Parecoxib†	IV, IM
Preferentially selective COX-2 inhibitors (COX-1 inhibition at high doses)	
Meloxicam	Oral
Nabumetone†	Oral
Nimesulide†	Oral, topical

EP-130

İmmün Yetmezliğin Eşlik Etmediği DiGeorge Sendromu

Beyza Çakan¹, Durmuş Doğan², Özlem Yılmaz³

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD, Çocuk Endokrinolojisi BD, Çanakkale

³Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları AD, Çocuk Allerji ve İmmunoloji BD, Çanakkale

GİRİŞ VE AMAÇ:DiGeorge Sendromu (Velokardiyofasiyal Sendrom), embriyogenez sırasında 22q11.2'deki bir bölgenin kaybı nedeni ile ortaya çıkan bir mikrodelesyon sendromudur. İnsidansı yaklaşık 1/4000'dir(1,2). Timüs hipoplazi/aplazisine bağlı immün yetmezlik, kardiyovasküler anomaliler, damak defektleri, öğrenme güçlüğü, hipoparatiroidizm ve karakteristik yüz görünümü görülmektedir(3).

YÖNTEM:Bu olgu sunumunda adolesan çağda tanı almış immün yetmezlik kliniği olmayan bir DiGeorge hastası aktarılacaktır.

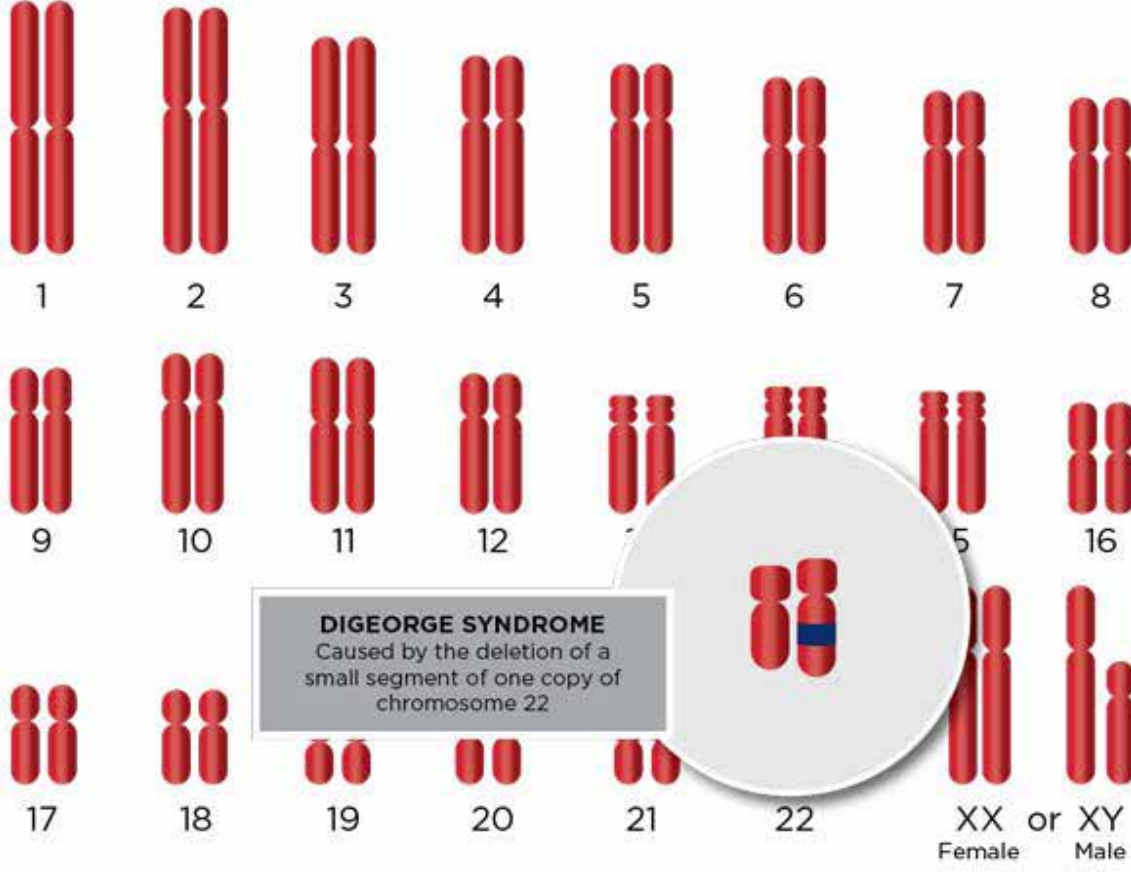
BULGULAR:15 yaş 10 aylık bilinen hastalığı olmayan kız hasta acil servise; 4-5 dakika süren, idrar inkontinansının eşlik ettiği jeneralize tonik klonik kasılma nedeniyle başvurdu. Vitalleri stabil olan hastanın muayenesinde velopalatal yetmezlik, fasial dismorfizm (belirgin olmayan filtrum, küçük sivri çene, küçük ince ve sivri dişler), mental retardasyon, yapılan tetkiklerinde kalsiyum:7,55mg/dl(8,4-10,2), fosfor:4,4mg/dl(2,8-4,8), total protein:7,1 g/dl(6,6-8,7), albümin:4,4 g/dl(3,2-4,5) idi. Parathormon:18,9pg/ml(15-65) hipoparatiroidi kliniği ile uyumluydu. EKG'de ve santral sinir sistemi görüntülemesinde özellik saptanmadı. Özgeçmişinde 5 yaşında febril konvülsiyon öyküsü olan hastanın daha önce de konuşma bozukluğu olduğu öğrenildi. Dismorfik bulguları, hipokalsemi ve velopalatal yetmezliği olan hastada FISH yöntemiyle yapılan incelemede 22q11.2 delesyonu saptandı. Hastanın WISC-R incelemede hafif mental retardasyon bulundu. Kardiyak incelemede anomali saptanmadı. Göz hastalıkları tarafından fundus muayenesinde retinal vasküler damarlarda tortiosite artışı ve periferik retinada atrofi olduğu görüldü. Hafif işitme kaybı tespit edildi. Konvülsiyon nedeniyle çekilen EEG'sinde aktif jeneralize epileptik bozukluk bulundu. İmmün yetmezlik için araştırılan hastada hafif lenfopeni(1400/mm³), makrotrombosit(MPV:11,3fL, PLT:179.000/mm³), IgM:113 mg/dl(75-448), IgA:96mg/dl(100-447) normal, IgG:889mg/dl(876-2197) yaşa göre alt sınırdan görüldü. Hastanın lenfosit subgrupları değerlendirildi, CD3:%62,1(N:52-78); #869(N:800-3500), CD4:%41(N:25-48); #574(N:400-2100), CD8:%20,1(N:9-35); #393(N:200-1200), HLA DR:%10,4(N:1-8); #146(N:20-200) normal, CD19:%11,4(N:8-24); #160(200/-600) düşük bulundu. Hastanın öyküsünde artmış enfeksiyon sıklığı, klinik olarak şiddetli enfeksiyonlar, normalden daha uzun süren enfeksiyonlar, nadir görülen etkenlerle enfeksiyonlar ve enfeksiyonu takiben nadir görülen komplikasyonların ortaya çıkması ve hastane yatışı yoktu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Fasiyal dismorfizm, mental-motor gelişim basamaklarında gecikme, konotrunkal kalp anomalisi, hipoparatiroidizm olan her çocukta DiGeorge Sendromu olasılığı açısından diğer bulguların var olup olmadığı sorgulanmalı, gerektiğinde hasta tetkik edilmelidir. Tüm bulguların bir arada olması gerekmediği akılda tutulmalıdır(4).

Anahtar Kelimeler: DiGeorge sendromu, Velokardiyofasiyal Sendrom, 22q11 delesyonu, immün yetmezlik, hipokalsemi, konvülsiyon

Kromozom

DIGEORGE CHROMOSOMES



22q11 delesyonu

lenfosit alt grupları

lenfosit alt grupları	%	referans aralıkları	sayı	referans aralıkları
CD3	62,1	52-78	869	800-3500
CD4	41	25-48	574	400-2100
CD8	20,1	9-35	393	200-1200
HLA DR	10,4	1-8	146	20-200
CD19	11,4	8-24	160	200-600

EP-131

Herediter Anjiyoödem Tanılı İki Kardeş Olgu

Nurşen Ciğerci Günaydın¹, Aslı Akın², Nedim Samancı²

¹Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bölümü

²Tekirdağ Namık Kemal Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Herediter anjiyoödem (HAE), aşırı bradikinin etkisiyle çeşitli dokuların mukoza ve submukozalardaki damarlarda vazodilatasyon ve permeabilite artışı sonucu, tekrarlayan anjiyoödem atakları ile karakterize otozomal dominant kalıtmı nadir bir hastalıktır. Vücudun her yerinde olmakla birlikte sıklıkla ekstremiteler, gastrointestinal sistem, orofarenks, yüz ve genital bölgede anjiyoödem atakları görülmektedir. En korkulan komplikasyon, hayatı tehdit edebilen laringeal tutulumdur. Hastaların %75'inde aile öyküsü mevcuttur;ancak vakaların %25'ine spontan de novo mutasyonlar sonucu hastalık görülebilir.

YÖNTEM:Anjiyoödem atakları alerjik hastalıklarda sık görülen semptomlardan olmakla birlikte, daha nadir görülen HAE hastalığının farkındalığını arttırmak için çocuk yaşta tanı alan iki kardeş olgunun sunulması amaçlandı.

BULGULAR:Olgu1: 4 yaş 8 aylık kız hasta, yüzde ve göz çevresinde şişme şikayetiyle acil servise başvurdu. Diğer sistem muayeneleri normal olan hastanın yakınmalarının antihistaminiklere yanıtı yoktu. Çocuk Alerji ve İmmünoloji polikliniğinde değerlendirilen hastanın öyküsünde, iki yaşından itibaren yılda bir yüz ve dudaklarında, iki-üç ayda bir kollarında ve ayaklarında şişme olduğu öğrenildi. Şişlik olduğu dönemde eşlik eden karın ağrısı, ishal, kusma vb. şikayetleri yoktu. Özgeçmişinde bir kez alt solunum yolu enfeksiyonu ile hastanede yatış öyküsü ve 3,5 yaşından itibaren epilepsi tanısı ile çocuk nöroloji takibi mevcuttu. Anne ve baba 1.derece kuzendi; bilinen hastalık öyküsü yoktu.

Hastanın yapılan tetkiklerinde; çeşitli besinler ve aeroallerjenler ile deri prik testi negatifti. Kompleman C4 düzeyi:0,03g/L(Referans aralığı:0,1-0,4), C1-esteraz inhibitörü:7,7 mg/dL(Referans aralığı:22-38), C1-inh fonksiyonu:%14,4(Referans aralığı:70-132) olarak düşük saptandı. Hasta Tip1 HAE (C1-inhibitör düzeyi düşük ve fonksiyonu bozuk) tanısıyla izleme alındı.

Olgu2: İlk olgunun soyağacı değerlendirildi. 3 yaşındaki erkek kardeşinde 2 yaşından itibaren kulaklarında, kollarında ve ayak sırtında şişlik yakınmaları mevcuttu. Tetkiklerinde kompleman C4:7,47 mg/dL(Referans aralığı:10-40); C1-esteraz inhibitör düzeyi:8,8 mg/dL (Referans aralığı:21-38) ve C1-esteraz inhibitör fonksiyon:%29,4 (Referans aralığı:70-132) olarak düşük saptandı; hasta Tip1 HAE tanısıyla izleme alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ürtikerin eşlik etmediği tekrarlayan anjiyoödem atakları olan hastalarda, aile öyküsü olsun veya olmasın, nadir görülmekle birlikte hayatı tehdit eden atakların olabileceği hereditör anjiyoödem hastalığı mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: anjiyoödem atakları, çocuk, hereditör anjiyoödem

Olgu 1



Olgu 2



EP-133

Post enfeksiyöz bronşiolitis obliterans: Olgu sunumu

Sevim Elif Çetin¹, Betül Bankoğlu Parlak², Abdurrahman Erdem Başaran², Ayşen Bingöl²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ:Post enfeksiyöz bronşiolitis obliterans alt solunum yollarında ağır hasar sonrası devam eden solunum sistemi şikayetleri, muayene bulguları, bilgisayarlı tomografide mozaik perfüzyon paterni, santral bronşiektazi bulguları olan obstrüktif ve inflamatuvar reaksiyonla karakterize kronik akciğer hastalığıdır.

YÖNTEM:3 yaş erkek hasta alt solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla non invaziv ventilasyon gereksinimi olması nedeniyle dış merkez yoğun bakım ünitesinde 10 gün yatırılarak izlenmiş. Taburculuk sonrası öksürük, hırıltı solunum ve hızlı nefes alıp verme şikayetlerinin devam etmesi üzerine merkezimize başvurdu. Özgeçmişinde gastroşizis ve inguinal herni nedeniyle operasyon öyküsü mevcuttu.

BULGULAR:Başvurudaki fizik muayenesinde solunum sayısı 45/dk (takipneik), satürasyonu %90 (oda havasında), vücut sıcaklığı 36,4°C'di. Hastanın interkostal, subkostal çekilmeleri mevcuttu. Her iki akciğerde yaygın ral ve ronküs vardı. Laboratuvar sonuçlarında Hb 12,4 g/dl WBC:23,07 bin/mm³, neu:20,69 bin/mm³ proc:0,2, CRP:1,8 mg/L ve kan gazı normal aralıktaydı. Ön arka akciğer grafisinde patolojik bulgu yoktu. Viral bronkopnömoni tanısıyla servise yatırıldı. Kan kültürü steril ve influenza A testi pozitif saptandı. Hastaya modifiye bubble cpap ile takip edilirken inhale salbutamol ve budesonid, 7 gün 1 mg/kg/d'dan iv metil prednisolon, piperasilin-tazobaktam ve enfluvir tedavileri verildi. Steroid tedavisinin 4. gününden itibaren oksijen ihtiyacında belirgin azalma görüldü. 18 gün yatış sonrası taburcu edildi. Hasta taburculuktan 3 gün sonra tekrar hırıltı solunum ve hızlı nefes alıp verme şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Fizik muayenesinde yaygın ral ve ronküsü mevcuttu. Yapılan tetkiklerde PPD: 0 mm (skarlı) ve ter testinde terde Cl düzeyi 8,7 mmol/L'di (normal aralıkta). Hastanın sebat eden solunum sistemi bulguları olması nedeniyle çekilen yüksek rezolüsyonlu akciğer tomografisinde her iki akciğerde yaygın coğrafik patern ve lüsen alanlarda peribronşiyal kalınlaşmalar vardı (şekil 1). Hastaya postenfeksiyöz bronşiolitis obliterans tanısı konularak düzenli azitromisin, montelukast, inhale ve sistemik steroid tedavisi başlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Bronşiolitis obliterans persiste eden solunum sistemi bulgularıyla seyredip birçok solunum sistemi hastalığıyla karışabilir. Uzun süreli solunum sistemi muayene bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda akılda tutulmalı ve tedavi yaklaşımları buna göre şekillendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Persistan hışıltı, postenfeksiyöz bronşiolitis obliterans, takipne

Şekil 1



HRCT de her iki akciğerde yaygın coğrafik patern ve lüsen alanlarda peribronşiyal kalınlaşmalar

EP-135

Solunum Sıkıntısının Nadir Bir Nedeni; ABCA3 Eksikliği

İremnaz Karahan¹, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı², Azer Kılıç Başkan², Evrim Hepkaya², Hüseyin Arslan², Haluk Cezmi Çokuğraş²

¹IUC- Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları ABD.

²IUC -Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları B.D.

GİRİŞ VE AMAÇ:Solunum sıkıntısı akciğer hastalıklarında önemli bir semptomdur. Siyanoz,takipne,interkostal/subkostal çekilmeler sık karşılaştığımız solunum sıkıntısı bulgularıdır.Pulmoner enfeksiyonlar,kistik fibrozis,primer silyer diskinezi(PCD), aspirasyon sendromları ve konjenital kalp yetmezliği solunum sıkıntısına neden olabilen hastalıklardır.Interstisyel akciğer hastalıkları(ILD) çocukluk çağında nadir fakat ciddi solunum semptomlarına yol açan bir hastalık grubudur.

YÖNTEM:Bu bildiride,solunum sıkıntısı bulguları ve büyüme gelişme geriliği ile başvurup ABCA3 eksikliği tanısı alan 15 aylık kız hasta sunulmuştur.

BULGULAR:Yaklaşık 1 yıldır öksürük, hırıltılı solunum, kusma, büyüme gelişme geriliği şikayetleri ile başvuran 15 aylık kız hastanın fizik muayenesinde takipne, taşikardi, subkostal ve interkostal çekilme ile birlikte oskül-tasyonda yaygın krepitan ralleri, ronküsleri, ekspiryum uzunluğu mevcuttu. Oda havasında oksijen satürasyonu %93 idi. Laboratuvar parametreleri normal olan hastanın PAAC grafisinde bilateral yaygın buzlu cam görünümü olup çekilen toraks BT'sinde bilateral diffüz buzlu cam dansitesinde alanlar ve septal kalınlaşmalar saptandı. Enfeksiyon, kistik fibrozis,PCD,kardiyak hastalıklar dışlandı. Hastanın ciddi solunum semptomları, hipoksisi ve radyolojik bulguları göz önünde bulundurulduğunda çocukluk çağı interstisyel akciğer hastalıkları düşünüldü. BAL incelemesi normal olan hastanın genetik analizinde c.1897-1G>C homozigot mutasyonu saptanarak ABCA3 eksikliği tanısı koyuldu.Pulse steroid verilip hidroklorokin ve azitromisin tedavisi başlandı.Tedavi altında solunum semptomlarında düzelme olmaması üzerine trakeotomi ve invazif mekanik ventilasyon uygulandı.Hasta takibinin 85. gününde kardiyopulmoner arrest nedeniyle hayatını kaybetti.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Solunum sıkıntısı tüm yaşlarda hayatı tehdit eden bir durumdur. Eşlik eden hipoksi ve radyolojik bulguların varlığında interstisyel akciğer hastalıkları akla gelmelidir.ABCA3 sürfaktan sentez ve işlenmesinde kritik öneme sahip bir proteindir.ABCA3 eksikliği her yaşta başlayabilen,solunum sıkıntısı benzeri tabloya yol açan ve ölümcül olabilen kalıtsal bir hastalıktır.ABCA3 eksikliğinin kesin bir tedavisi olmamakla birlikte,steroid,hidroklorokin,azitromisin veya akciğer transplantasyonu denenebilir.Sonuç olarak, solunum sıkıntısı semptomları ile birlikte hipoksi ve radyolojik bulguların varlığında nadir görülen fakat ciddi komplikasyonlara neden olabilen interstisyel akciğer hastalıkları akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: Solunum sıkıntısı, ABCA3 eksikliği, Sürfaktan Eksikliği

EP-136

İnfanıl Dönemde Stridorun Nadir Bir Nedeni: İnnominate Arter Kompresyon Sendromu

Kağan Çalışgan¹, Azer Kılıç Başkan², Hüseyin Arslan², Fatih Aygün³, Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı², Haluk Cezmi Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:İnfanıl dönemde görülen stridorun en sık sebepleri laringomalazi, trakeomalazi ve subglottik stenozdur. Vasküler halkalar ise daha nadir görülmekle birlikte ayırıcı tanıda düşünülmesi gerekir. Vasküler halkalara bağlı oluşan kompresyon sendromlarından innominate arter kompresyon sendromu, brakioyosefalik arterin trakeanın solundan köken alması ve torasik giriş seviyesinden geçerken trakeaya bası yapması sonucu oluşur. Burada stridor nedeni ile yapılan tetkiklerinde innominate arter kompresyon sendromu tanısı alan 6 aylık bir olgumuzu sunacağız.

YÖNTEM:HASTA ONAMI ALINMIŞTIR

BULGULAR:Daha önce bilinen hastalığı olmayan 6 aylık erkek hasta polikliniğimize 1,5 aydır olan hırıltılı solunum yakınmasıyla başvurdu. Hastanın prenatal ve yenidoğan döneminde hastanede yatış öyküsü yoktu. Hırıltılı solunumunun 4,5 aylıkken viral ÜSZE sonrasında başladığı, özellikle ağlama sırasında arttığı anamnezinde belirtildi. Semptomlarına nadiren öksürüğün eşlik ettiği, morarma, beslenmede zorluk, apne gibi ek yakınmalarının eşlik etmediği öğrenildi. Hastanın yapılan fizik muayenesinde dakika solunum sayısı 40/dk, spo2: %98 olup bifazik stridoru ve hışıltısı saptandı. Akciğer grafisi normaldi, belirgin patoloji saptanmadı. Hışıltı etiolojisine yönelik yapılan hemogram ve immunglobulinleri normal saptandı. Hastaya yapılan flexible bronkoskopide sol ana bronş proksimalinden distaline kadar lümenin %40-50 oranında daraldığı tespit edildi. Çekilen BT anjiyografisinde innominate arter kompresyon sendromunu düşündüren vasküler anomali saptandı. Hastanın uykuda aralıklı olarak apne saptanması üzerine polisomnografide orta derecede obstrüktif uyku apne sendromu (OUAS) saptandı. Hastada basının solunum zorluğu ve OUAS neden olması üzerine cerrahi için yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Anormal kardiyopulmoner vasküler anatomi trakea ve bronş yapısını doğrudan etkileyebilir. Vasküler halka terimi aortik ark kompleksinin anormal gelişimi sonucunda oluşan anomaliler için kullanılan bir terimdir. Vasküler halkalar arasında en sık double aortik ark gözükmele birlikte bu durumda trakea ve özofagus komple bası söz konusudur. İnnominate arter kompresyonu ise innominate arterin trakeaya anteriordan kompresyonu sonucu oluşur. İnkompert bir aortik ark anomalisi olanlarda yutma güçlüğü görülmez. Sekonder trakeomalazinin en sık sebebidir. Bu sebeple hırıltılı solunum yakınmasıyla başvurup stridor saptanan bebeklerde özellikle muayenede bifazik stridor ve hışıltı duyulması durumunda ayırıcı tanıda düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: STRİDOR, İNNOMİNATE ARTER KOMPRESYON SENDROMU, AORTİK ARK ANOMALİSİ

Olgumuzun bronkoskopi sırasında alınan solunum yolu görüntüsü



Olgumuzun bronkoskopi sırasında alınan solunum yolu görüntüsü-2



Olgumuzun BT anjiyografi görüntüsü



EP-137

Hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığının nadir bir nedeni: 'Amyopatik Juvenil Dermatomiyozit'

Meral Ekşi¹, Sevde Polat¹, Ahsen Çolakoğlu¹, Hüseyin Arslan², Azer Kılıç Başkan², Sezgin Şahin³, Kenan Barut³, Ayça Kıyıkım⁴, Ayşe Ayzıt Kılınç², Özgür Kasapçopur³, Haluk Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

⁴İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk İmmünoloji ve Alerji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Anti-melanom farklılaşmasıyla ilişkili gen 5(Anti-MDA5) antikoruna pozitif klinik olarak amyopatik dermatomiyozit (ADM), sıklıkla hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı (RP-ILD) ve yüksek ölüm oranları ile ilişkilidir. Bu yazıda nadir görülen RP-ILD vakası ele alınarak hastalığa ait farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

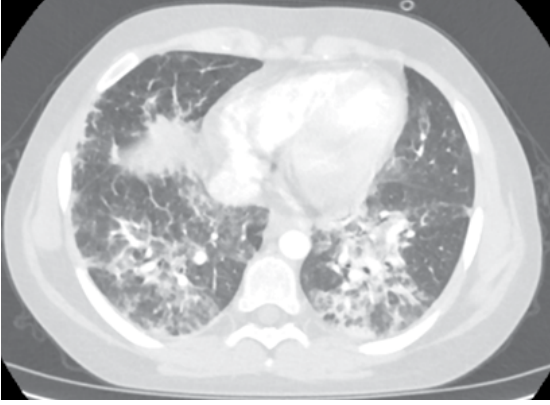
YÖNTEM:Ateş, kilo kaybı ve cilt döküntüsü nedeni ile başka bir çocuk romatoloji merkezinden sistemik juvenil idiyopatik artrit (JIA) ön tanısı ile takipli 13 yaşındaki erkek hasta 3 gündür artan solunum sıkıntısı ve çabuk yorulma şikayetleri ile başvurdu. Fizik muayenesinde oda havasında oksijen saturasyonu%89, SS:36/dk saptanmış olup dinlemekle sağ akciğer alt zonlarda ince krepitan ralleri vardı. Yüzünde ve vücudunda hiperemi, her iki el metakarplarında gottron papülleri düşündürülen döküntüleri mevcuttu.

BULGULAR:Solunum fonksiyon testinde DLCO:%33 saptanan hastanın akciğer grafisinde bilateral alt zonlarda belirgin buzlu cam dansitesinde alanlar mevcuttu. Toraks BT'de ise her iki akciğerde yaygın buzlu cam ile birlikte organize pnömoni ile uyumlu konsolide alanları mevcuttu. Hastanın radyolojik ve klinik bulguları ile birlikte RP-ILD olabileceği düşünüldü. Etiyolojiye yönelik yapılan tetkiklerinde Anti-MDA-5(+++) saptanan 'Amyopatik dermatomiyozit'e bağlı hızlı ilerleyen interstisyel akciğer hastalığı düşünüldü. Hastaya pulse metilprednizolon, siklofosfomid ve siklosporin tedavisine ek olarak tofacitinib tedavisi başlandı. Yatışı boyunca kademeli olarak oksijen ihtiyacı artarak devam ettiğinden maske ile oksijen ve yüksek akım nazal kanül (HFNC) tedavileri almış olup solunum sıkıntısının artması üzerine hastaya NIV altında izlenmeye başlandı. Tedaviye ritüksimab eklendi. Plazmaferez başlandı. Hastanın halen tedavisi devam etmektedir.

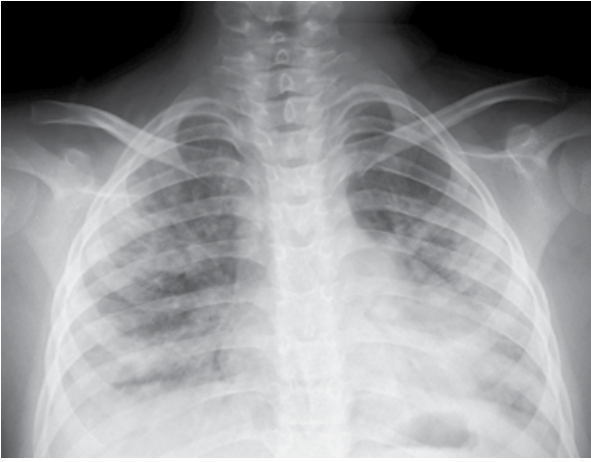
TARTIŞMA VE SONUÇ:Anti-MDA5(+) amyopatik tip dermatomiyozit; klasik JDM'ye göre klinik progresyonu daha hızlı gidişlidir ve interstisyel akciğer hastalığı bu olgularda mortalite ve morbiditenin en önemli nedenidir.

Anahtar Kelimeler: amyopatik dermatomiyozit, anti-MDA5, interstisyel akciğer, RP-ILD

Akciğer BT



Akciğer grafisi



Cilt bulgularÄ±-hiperemi



cilt bulguları-gottron papülleri



EP-138

İzole TÖF Operasyonu Sonrası Vokal Kord Paralizisi

Furkan Yılmaz¹, Erkan Çakır², Selçuk Uzuner¹

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:H-tipi fistül, nadir görülen izole bir trakeoözofageal fistül (TÖF) şeklindedir. Bu isimlendirme, trakea arka duvarı ve özofagus ön duvarı arasında 'H' şekli oluşturan oblik bir bağlantıdan gelir. TÖF'lerin %96-98'i özofagus atrezisi ile birlikte görüldüğü için postnatal erken dönemde tanı konulabilmektedir. Ancak izole TÖF'lerin tanı alması genellikle geç sütçocukluğu dönemine doğru ve hatta nadiren erişkin dönemde olmaktadır. İzole TÖF; beslenme sırasında veya sonrasında aspirasyon semptomları ile kendini belli eder.

YÖNTEM:6 aylık kız hasta, tekrarlayan öksürük, hırıltı atakları ve ASYE sebebiyle tekrarlayan hastane yatışları nedeniyle Çocuk Göğüs Hastalıkları Polikliniğimize başvurdu.

BULGULAR:Özgeçmişinde 39. GH'da 3190 gr ağırlığında NSVY ile doğduğu 9 günlükken aspirasyon pnömonisi sebebiyle 4 haftalık YDYBÜ yatışı olduğu, 5 aylıkken ise solunum sıkıntısı ve bronşiolit tanısıyla 1 gün ÇYBÜ, sonrasında 1 hafta çocuk hastalıkları servisinde yatarak tedavi gördüğü öğrenildi. Soygeçmişinde özellik olmayan hastanın fizik muayenesinde vital bulguları doğal, solunum seslerinde dinlemekle nadir kabalaşmalar, sekretuar raller duyulmaktaydı, diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tekrarlayan yatış gerektiren ve etiyojisi açıklanamayan ASYE öyküsü sebebiyle hastaya yapılan bronkoskopide subglottik alan posterior bölgede H-tipi fistül ile uyumlu oldukça büyük bir fistül ağzı görüldü. Bunun üzerine hasta, çocuk cerrahisine yönlendirildi. Çocuk cerrahisi tarafından sağ servikal yaklaşımla fistül ligasyonu operasyonu yapıldı. Hastanın postoperatif takibi esnasında stridor ve sternal çekilme gelişmesi ve sebat etmesi üzerine postoperatif 7. günde yapılan kontrol bronkoskopide fistül görülmedi, subglottik alan normal olarak görüldü, fakat her iki vokal kordun da orta hatta fikse olduğu ve hareket etmediği görülerek bilateral vokal kord paralizisi tanısı konuldu. TÖF operasyonu komplikasyonu lehine değerlendirildi. Hasta taburculuk sonrası vokal kord paralizisinin izlemi açısından KBB poliklinik takibine yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tekrarlayan ASYE öyküsü veya beslenme sırasında / sonrasında solunum sıkıntısı, öksürük gibi şikayetleri olan hastalarda TÖF mutlaka ön tanıları arasında üst sıralarda olması gereken bir durumdur. Operasyon sonrası stridor ve solunum sıkıntısı bulguları görülen hastalarda vokal kord paralizisi akla getirilmeli ve üst havayolu incelemesi yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: H tipi fistül, Tekrarlayan ASYE, Trakeoözofageal fistül, Stridor

Fistül ağzının bronkoskopik görüntüsü



Bronkoscopi esnasında fistül ağzından trakeaya hava ve sıvı geçişi görülmekte

Fistül ağzının bronkoskopik görüntüsü - 2

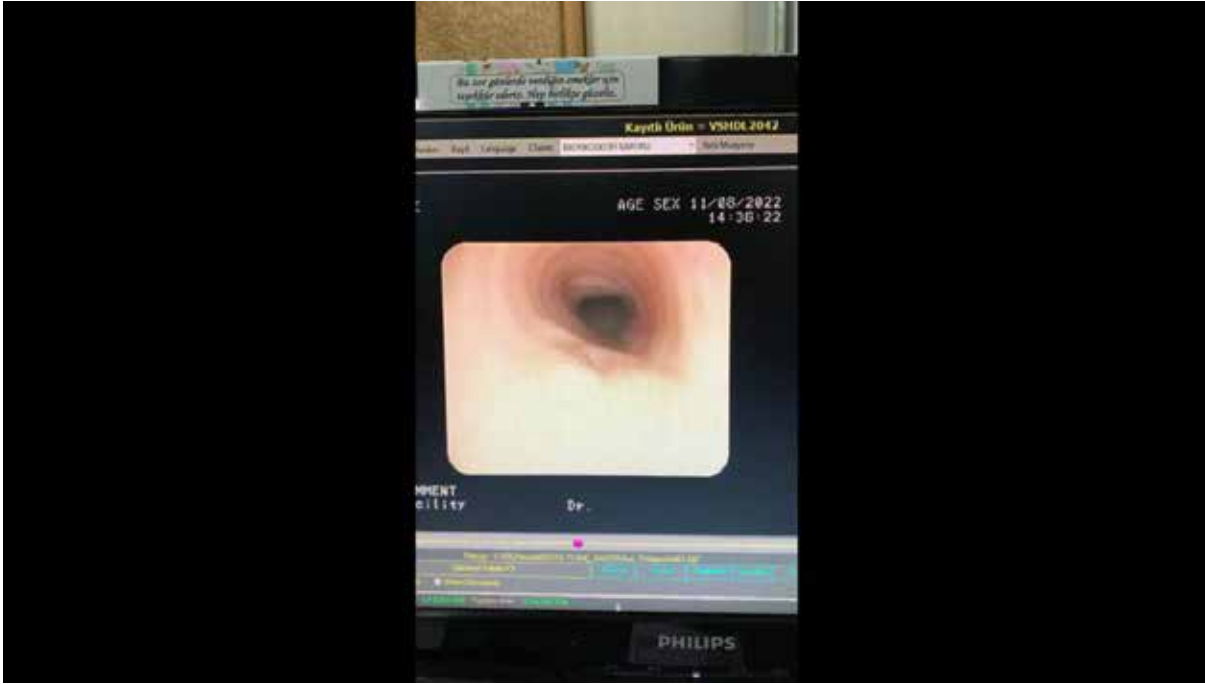


Vokal kord paralizisi görüntüsü



Postop KBB bakısında; vokal kordlar bilateral orta hatta fikse, hareketsiz. Vokal kord paralizisi lehine görünüm

Bronkoskopi video görüntüsü



EP-139

Pnömosel ve Plevral Efüzyonun Eşlik Ettiği Komplike Pnömoni

Sevde Polat¹, Meral Ekşi¹, Ahsen Çolakoğlu¹, Azer Kılıç Başkan², Ayşe Ayzıt Kılınç Sakallı², Haluk Çokuğraş²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa,Cerrahpaşa Tıp Fakültesi,Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı,Çocuk Göğüs Hastalıkları Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Toplum kökenli pnömoni (TPK) önceden sağlıklı olan, yakınmalarının başlangıcından 14 gün öncesine kadar hastanede yatışı olmayan bir kişide ortaya çıkan pnömonidir. Eğer parapnömonik effüzyon veya ampiyem eşlik ediyorsa veya akciğerde nekroz, gangren, bronkoplevral fistül, akciğer apsesi ve pnömosel gelişimi olursa bu durumlar komplike pnömoni olarak adlandırılır.

YÖNTEM:Astım tanısı ile takipli 5 yaş kız hasta, polikliniğimize kuru öksürük ve ateş şikayetleriyle başvurdu. Başvurusundan on gün önce dış merkezde RT-PCR testinde influenza B pozitif saptanması üzerine 5 gün enfluvir tedavisi aldığı anamnezde öğrenildi.iki gün önce 5 gün pnömoni nedenli yatış öyküsü mevcuttu, 2 gün önce taburcu olmuştu.

BULGULAR:Fizik muayenesinde tonsiller hiperemik,hipertrofikti. Sat:%97 DSS:28, sağ akciğerde üst ve orta zonda solunum sesleri azalmıştı. Her iki akciğerde solunum sesleri doğaldı. Laboratuvarında; lökositoz (34.300 10³/µL), nötrofili (27.300 10³/µL), trombositoz (604.000 10³/µL), crp düzeyinde artış (133.8 mg/L, N<5 mg/L) mevcuttu. Prokalsitonin (0.35 ng/ml) normaldi.Arteriyel kan gazı: pH:7.35, PaCO₂:38 mmHg, PaO₂:36 mmHg, HCO₃:20 mmol/L Kan kültüründe üreme olmadı. Nazofaregeal sürüntüde RT-PCR'da influenza, COVID, RSV PCR negatif saptandı. Boğaz kültüründe üreme olmadı. Hastanın Postero-anterior (PA) akciğer grafisinde sağ üst zonda kavite alanları içeren opasite artışı saptandı. Toraks USG; sağ plevral aralıkta 24 mm derinliğe varan plevral efüzyon gözlemlendi. Toraks BT; sağ üst lob posteriora kavite alanları ve interlober septal kalınlaşma saptanarak pnömosel ve komplike pnömoni ile uyumlu olarak bulundu.Antibiyoterapisi teikoplanin ve mero-penem şeklinde düzenlendi. Antibiyoterapi ve destek tedavisiyle kliniği düzeldi, akut faz reaktanları negatifleşti. Plevral efüzyonu 13mm'ye kadar geriledi, cerrahi müdahaleye gereksinim olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Literatürde psödokist olarak da adlandırılan pnömoseller, genellikle enfeksiyon, travma veya akciğerin kistik malformasyonlarının bir parçası olarak akciğer interstisyumunda oluşan hava dolu ince duvarlı kistlerdir.Boyutları; 1 cm'den tüm hemitoraksı kaplamaya kadar değişebilir, duvarları 4 mm'den incedir ve sabit kalınlıktadır.Akciğer apeksleri genellikle korunur, ancak akciğer parankiminin herhangi bir yerinde oluşabilir. Etyolojiye göre hastalığın seyri ve tedavi yaklaşımı değişmektedir. Altta yatan nedenin tedavisi birinci basamak tedaviyi oluşturur.

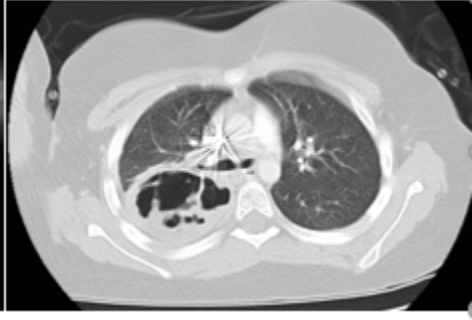
Anahtar Kelimeler: pnömosel, plevral efüzyon, komplike pnömoni

Resim 1



Tanı anında postero-anterior (PA) Akciğer grafisi

Resim 2



Tanı anında toraks bilgisayarlı tomografisi (BT)

Resim 3



Tedavi sonrasında (PA) Akciğer grafisi

EP-140

Az Bilinen Boy Kısalığı Nedeni: Konjenital Adrenal Hiperplazi

Muzaffer Enes Pehlivan¹, Elif Sağsak²

¹Yeditepe Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Konjenital Adrenal Hiperplazi(KAH), adrenal steroidogenezde glukokortikoid ve mineralokortikoid sentezi için gerekli enzimlerden birinin kalıtsal eksikliği ve fonksiyon bozukluğuyla ortaya çıkan otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. En sık 21 hidroksilaz enzim eksikliğine bağlı olmakla birlikte klinik durum enzimin yerine ve derecesine göre değişkenlik gösterebilmektedir.

YÖNTEM:16 yaş erkek hasta, çocuk endokrin polikliniğine 2-3 yıldır fark edilen boy kısalığı şikâyetiyle başvurdu. Hastanın öyküsünden zamanında ve normal doğum ağırlığıyla doğduğu, nörolojik gelişiminin iyi olduğu ve bilinen herhangi bir hastalığının olmadığı öğrenildi. Soygeçmişinde iki tane sağlıklı kardeşi vardı ve ailesinde boy kısalığı yoktu ancak anne ve baba 3. derece akrabaydı. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, boy:160 cm(sds:-1,92, persentil:<3) kilo:58 kg(sds:-0,77, persentil:10-25p), oturma uzunluğu: 85 cm, kulaç uzunluğu: 163 cm(-1/-2 sds), alt segment: 95 cm, üst segment: 85 cm üst/alt: 0,89(-1/-2 sds), oturma boyu/boy: 0,53 (-1 sds) olarak ölçüldü. Sistem muayenelerinde patolojik bulguya rastlanılmadı. Dismorfik görüntüsü yoktu. Pubertesi Tanner Evre 5 ile uyumluydu ve sekonder seks karakterleri gelişmişti. Hedef boyu:174 cm (sds: -0,36, 10-50p), genetik uyumu ise -1,6 sds olarak hesaplandı.

BULGULAR:Kronik hastalıklara yönelik tetkiklerinde (hemogram, elektrolitleri, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri, tam idrar tetkiki(tit), serbest T4, TSH, çölyak antikoranları) normal olarak değerlendirildi. IGF-1:318 µg/L (-0,44 sds) IGFBP-3: 6,7 µg/L (-4,42 sds) olarak sonuçlandı. Kemik yaşı 15 yaş 6 ay ile uyumlu olarak değerlendirildi. 17-Alfa-OH Progesteron düzeyi 12,96 ng/ml (0,06-1,2 ng/ml) olarak sonuçlanması üzerine ACTH uyarı testi yapıldı ve hasta konjenital adrenal hiperplazi tanısıyla hidrokortizon tedavisine başlandı. Yapılan genetik analizde CYP21A2 geni için homozigot c.844G>T(p.Val2821.eu) genotipine sahip olduğu belirlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Basit virilizan KAH erkek çocuklarda klinik bulgular silik olabilir. Bu nedenle boy kısalığı ile başvuran adölesan erkeklerde konjenital adrenal hiperplazi tanısı, akılda tutulması gereken tanılardan bir tanesidir.

Anahtar Kelimeler: Kısalık, KAH, Gelişim

EP-142

Ağır Akantozis Nigrikans Şikayetiyle Başvuran Tip A İnsülin Reseptör Direnci Tanısı Alan Olgu

Murat Yılmaz¹, Ozan Urem¹, Birgül Yıldız², Ezgi Susam³, Ayşen Aksoy Genç¹, Birgül Kirel¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Endokrin Hastalıkları, Eskişehir

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik Anabilim Dalı, Eskişehir

GİRİŞ VE AMAÇ: İnsülin Direnci ve Akantozis Nigrikans (MIM#610549), diğer ismiyle Tip A insülin direnci (IR) insülin reseptör (INSR) genindeki monoallelik veya biallelik patojenik varyantlarla oluşan hipersinsülinizm ve hiperandrojenizmle karakterize bir hastalıktır. Olgularda, puberte döneminden itibaren bulgu veren ağır insülin direnci (IR), ağır akantozis nigrikans (AN) ve polikistik over sendromu (PKOS) bulguları görülür. Burada, ağır AN ile başvurup, ağır hiperinsülinizm ve bozulmuş glukoz toleransı saptanan takibinde INSR geni patojenik varyantı bulunan bir olgu sunulmuştur.

YÖNTEM: Onüç yaşında kız hasta, başvurusundan iki ay önce oluşan aksiller bölgede ve ensede koyu renk değişikliği olması nedeniyle başvurdu. Özgeçmişinde özellik yoktu. Soygeçmişinde anneannede diyabetes mellitus mevcuttu.

BULGULAR: Fizik muayenesinde, boyu 153 cm (25-50 P), vücut ağırlığı 54 kg (75-90 P) ve boya göre vücut ağırlığı %128 olarak saptandı. Tüm ciltte koyu kahverengi renkte, ense ve koltuk altında siyaha yakın kahverengi renk değişikliği (AN) olduğu görüldü. Akne, hirsutizm ve stria yoktu. Tiroid nonpalpabl, pubertal gelişimi Tanner evre 4'tü. Laboratuvar: Kortizol: 15,30 µg/dL, ACTH: 36,9 pg/mL, serbest T3: 4,24 pg/mL, serbest T4: 1,73 ng/dl, TSH: 3,22 µU/ml, HbA1c: %6,1, oral glukoz tolerans testinde (OGTT) 0. dakika glukoz: 76 mg/dL, insülin: 187 µU/ml, 120. dakika glukoz: 140 mg/dL insülin: >1000 µU/ml idi. Planlanan Klinik Ekzom Sekanslama çalışmasında INSR geninde, ACMG kılavuzuna göre olası patojenik olarak sınıflandırılan heterozigot ENST00000302850.5:c.3486_3503del, p.Arg1163_Ala1168del varyantı saptanarak, klinik tanı genetik tanıyla desteklenmiş oldu. Beslenmesi düzenlendi. Hastaya metformin tedavisi başlandı. Üç ay sonra yapılan kontrolde HbA1c: %5, OGTT de 0. dakika glukoz: 79 mg/dL, insülin: 53 µU/ml, 120. dakika glukoz: 127 mg/dL insülin: 930 µU/ml idi. Fizik muayenesinde: Vücut ağırlığı: 46 kg idi. Tüm vücut cilt rengi tamamen açılmış, ense ve koltuk altındaki AN belirgin gerilemişti.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Ağır AN ve ağır hiperinsülinizm saptanan hastalarda Tip A IR akla gelmelidir. Bu hastalarda kilo verilmesi ve metformin tedavisi ile insülin direncinin ve böylece hastanın klinik ve laboratuvar bulgularının hızla düzeldiği gözlenmiştir

Anahtar Kelimeler: Hiperinsülinizm, akantozis nigrikans, tip A IR

EP-143

Hashimoto Tiroiditi ve Papiller Tiroid Karsinomu Gelişimi; Olgu Sunumu

Ali Duranoğlu¹, Fatih Kilci², Gözde Gürpınar², Esra Koçyiğit², Filiz Mine Çizmecioğlu Jones²

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Çocuk Endokrinoloji B.D., Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ:Hashimoto tiroiditi (HT) iyot eksikliği olmayan bölgelerde edinsel hipotiroidizmin en sık sebebidir. Bazı çalışmalarda tiroid nodülü bulunan HT'li olgularda tiroid karsinomu gelişme riskinin arttığı bildirilmiştir. Bu yazıda HT ve tiroid nodülü ile takip edilen ve papiller tiroid karsinomu gelişen olgu sunulmuştur.

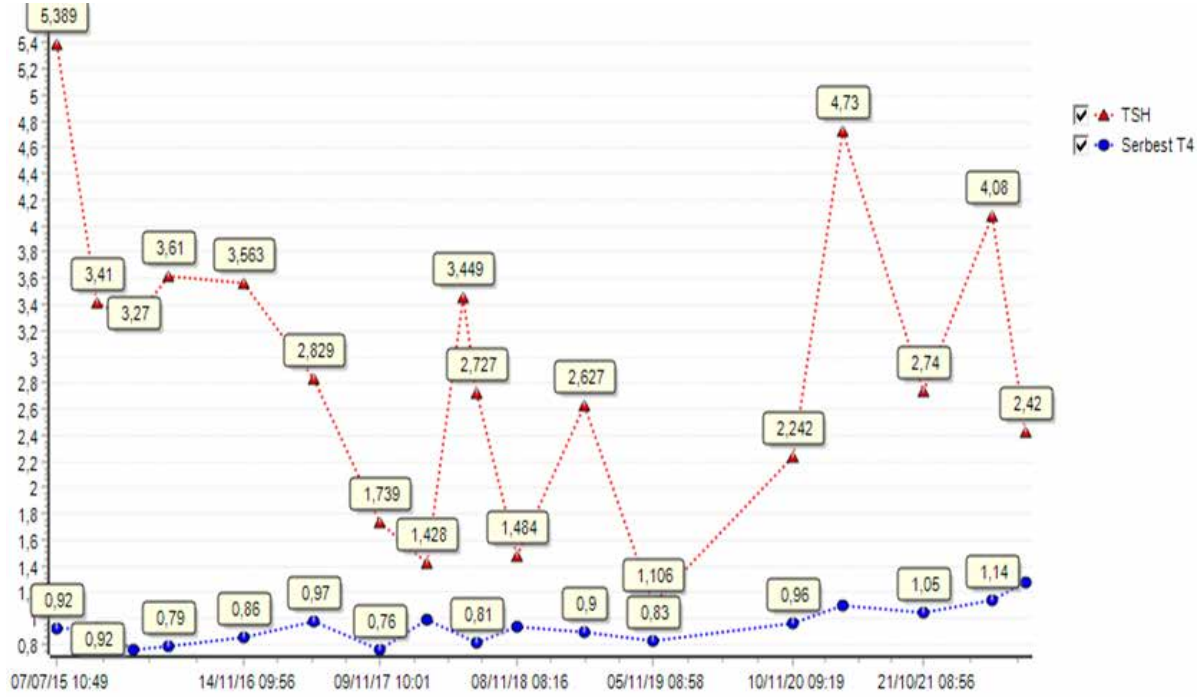
YÖNTEM:Bu olgunun tanı ve takibinde BETHESDA skorlaması ve İİAB kullanılmıştır.

BULGULAR:11 yaşında kız olgu boyun bölgesinde fark edilen ağrısız şişlik nedeni ile değerlendirildi. Özgeçmişinde özellik olmayan olgunun amca ve halasının HT tanısı ile takip edildiği öğrenildi. Vücut ağırlığı 49 kg (1.3 SDS), boyu 149.5 cm (0.73 SDS), vücut kitle indeksi 22 kg/m² (0.4 SDS)'idi. Fizik muayenesinde evre 2 guatr saptanan olgunun tetkiklerinde TSH:3.41 mIU/L (0.34-4.5), sT3:4.24 pg/mL (2.8-4.4), sT4:0.92 ng/dL (0.6-1.21),Anti-TG: 565 IU/mL (0-4), Anti-TPO: >1016 IU/mL (0-9) şeklindeydi. Boyun ultrasonografisinde tiroid bezi boyutları artmış, parankim heterojen görünümde olup sağ lobda 4.5 mm çaplı düzgün sınırlı hipoekoik solid nodül saptandı. HT tanısı ile ilaçsız izleme alınan, TSH değerleri 1.7 ve 4.7 mIU/L arasında değişen ve ötiroid seyreden olgunun kontrol ultrasonografilerinde nodül boyutunda artış ve mikrokalsifikasyon saptanması üzerine yapılan ince iğne aspirasyon biyopsi (İİAB)'si BETHESDA kategori 2 (benign) şeklinde sonuçlandı. Biyopsiden altı ay sonra yapılan kontrol ultrasonografisinde nodül boyutundaki artışın ve şüpheli bulguların devam etmesi üzerine İİAB tekrarı yapıldı. İİAB'si BETHESDA kategori 6 (malign) şeklinde raporlanan olguya total tiroidektomi ve ardından radyoaktif iyot tedavisi uygulandı. Tiroidektomi materyalinden yapılan histopatolojik inceleme papiller tiroid karsinomu foliküler varyant şeklinde raporlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:HT'li olgularda tiroid bezindeki otoimmün enflamasyonun ve yüksek TSH düzeylerinin tümör gelişiminde rol oynadığı düşünülmektedir. Nodülü olan olgularda İİAB bulguları düşük risk şeklinde raporlanması durumunda dahi hastaların uzun süreli yakın izlemi önem arz etmektedir. Nodülün boyut ve yapısındaki değişiklikler malignite için uyarıcı olmalı ve gerektiğinde İİAB tekrarlanmalıdır. Otoimmün yükü yüksek olgularda hipertiroidizme yol açmadan uygulanacak sodyum L-Tiroksin tedavisi ile TSH seviyelerini düşük/baskılı tutmak karsinom gelişimini engellemek açısından alternatif bir yöntem olabilir.

Anahtar Kelimeler: Hashimoto tiroiditi, papiller karsinom, tiroid kanseri

Tablo 1



Tablo 2

Zaman (yaş)	Nodül boyutu	Nodül yapısı
11 yaş	4,5 mm	Düzensiz sınırlı, <u>hipoekoik solid</u>
12 yaş	5 mm	Düzensiz sınırlı, <u>kistik, hipoeoik solid</u>
13 yaş	7 mm	Düzensiz sınırlı, <u>hipoekoik solid</u>
14 yaş	8 mm	Düzensiz sınırlı <u>hipoekoik heterojen mikrokistik dejenere alanlar, mikrokalsifikasyonlar</u>
15 yaş	11 mm	Düzensiz sınırlı <u>hipoekoik kistik dejenere alanlar, psödonodülasyonlar</u> içeren
16 yaş	11 mm	Düzensiz sınırlı yaygın <u>ekojen septasyonlar, mikrokistik dejenere alanlar</u>
17 yaş	11 mm	Düzensiz sınırlı yaygın <u>ekojen fibröz septasyonlar, mikrokistik dejenere alanlar</u>

EP-144

Uzun Süreli Nazal Kortikosteroid Kullanımına Bağlı Adrenal Yetmezlik Olgusu

Elif Betül Keskin Çetinkaya¹, Merve Şahin Yılmaz¹, İlke Aktaş²

¹Şile Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Muş Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ:Kortikosteroidlerin pediatrik hastalarda kullanımı yaygındır. Oral ve inhale yolla kullanılan steroidlerin uzun dönem kullanımına bağlı birçok yan etki bilinmesine rağmen, nazal yolla kullanılan steroidlere bağlı yan etkiler nadirdir ve literatürde bu konuda sınırlı çalışma mevcuttur. Bu çalışmamızda 6 yaşında alerjik rinit tanısı olan erkek çocuğun yüksek doz ve uzun dönem nazal kortikosteroid kullanımına bağlı olarak gelişen adrenal yetmezlik olgusunu sunuyoruz.

YÖNTEM:Hastanemiz acil servisine 2 haftadır süren halsizlik, iştahsızlık, kusma şikayetiyle başvuran 6 yaş erkek hastanın fizik muayenesinde dehidrate görünüm ile beraber solukluk, çevreye ilgisizlik mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normal olan hastanın yapılan değerlendirmesinde ateş 36.6 °C, DSS: 24/dk, TA:90/50mm hg, KTA: 110 atım/dk olarak gözlendi. Boy:114 cm(50p) kilo: 20 kg(50p) vki:14,8kg/m² olan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde belirgin bir özellik yoktu. Hastanın annesinin ifadesine göre alerjik rinit nedeniyle uzun süreli kortikosteroidli nazal sprey kullanım öyküsü vardı.

BULGULAR:Laboratuvar tetkiklerinde hiponatremi(119 mEq/l), düşük serum HCO₃(15mmHg), ph düşüklüğü(7.30), pco₂: 38mmHg, hiperpotasemi (6mEq/l), spot idrarda sodyum 190 mmol/l olup tam idrar tetkiki, tam kan sayımı ve enfeksiyon parametreleri normal gözlendi. Elektrolit dengesizliği görülen hastaya iv hidrasyon ile beraber sodyum replasmanı ve antipotasyum tedavi başlandı. Enfeksiyöz ve kalıtsal nedenleri dışlanan hasta dış merkez çocuk endokrinoloji bölümüne sevk edildi. Tetkiklerinde ACTH düzeyi 1400 pg/ml, Kortizol 1.2 µg/dl Renin: 130 ng/L ve Aldosteron: 5 ng/dl görülüp hastaya adrenal yetmezlik tanısı koyuldu ve 5 mg/m²/gün hidrokortizon başlandı. Hastanın düzenli takipleri devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Alerjik rinit hastalığında sıklıkla kullanılan uzun süreli ve yüksek doz nazal kortikosteroid tedavisinin ciddi olumsuz yan etkileri görülebilir. Sadece nazal yol ile kullanılan kortikosteroid tedavisine bağlı adrenal yetmezlik olguları çok nadir olup, bu konuda literatürde sınırlı sayıda vaka bildirilmiştir [2]. Uzun süreli ve yüksek doz nazal kortikosteroid kullanan hastaların periyodik kontrollerinde mutlaka serum elektrolit düzeylerine bakılarak adrenal yetmezliğin akılda tutulması gereklidir.

Anahtar Kelimeler: Adrenal yetmezlik, acth, hiponatremi, kortikosteroid

EP-147

Gecikmiş Puberte İle Tanıya Gidilen Normotansif 17-A Hidroksilaz Eksikliği

Elifcan Emine Örsler, Ahmet Uçar, Ayşenur Kardaş Yıldız

Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ:Kızlarda 13, erkeklerde 14 yaşından sonra ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişmemesi gecikmiş puberte olarak tanımlanmakta olup, erkek cinsiyette daha sık görülmektedir. Hipergonadotropik gonadizm düşünülen olgularda hipokalemi ve hipertansiyon gözlenmese bile, konjenital adrenal hiperplaziler akılda tutulmalıdır.

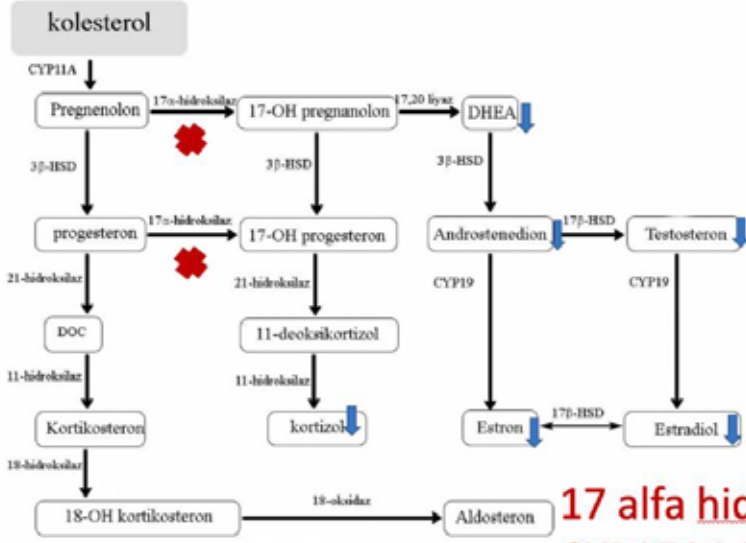
YÖNTEM:14,5 yaşında kız hasta, kusma nedeni ile tetkik edilirken yapılan batın ultrasonunda uterus ve overlerin görülmemesi üzerine çocuk endokrinoloji polikliniğine yönlendirilmiş.

BULGULAR:Vücut ağırlığı:53 kg (-0,2 SDS), tansiyon:10/70 mmHg, puberte evresi 1, dış genital yapı dişi fenotipinde idi. Tetkiklerinde elektrolit imbalansı olmayan hastanın DHEAS düşük; FSH,LH yüksek; estradiol ve total testosteron yüksek idi. Renin, kortizol, androstenedion azalmış bulundu. Kemik yaşı 9-10 yaş ile uyumlu olan hastanın kontrol ultrasonunda uterus ve over görülemedi, her iki inguinal kanalda 18*9*8 mm boyutlu solid yapı-testis? görüldü. Hidrokortizon ve estradiol valerat başlandı. Takibinde bilateral orşiektomi yapılan hastanın patoloji raporu testis ile uyumlu, seminifer tübül yapıları içeren gonadal yapılar ve mülleriyan kanal artıkları ile uyumlu morfolojik bulgular izlendi. Kromozom analizi 46, XY olarak raporlandı ve 17 alfa hidroksilaz eksikliği tanısı koyulan hastada CYP17A1 Homozigot mutasyonu missense p(Arg125Gln) saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kızlarda 13, erkeklerde 14 yaşından sonra ikincil cinsiyet özelliklerinin gelişmemesi gecikmiş puberte olarak tanımlanmakta olup, erkek cinsiyette daha sık görülmektedir. Hipergonadotropik hipogonadizmin nadir bir nedeni olarak 17 alfa-hidroksilaz eksikliği akılda tutulmalı, Olguların %10-15'inin normotansif olabileceği ve elektrolit bozukluğunun eşlik etmeyebileceği bilinmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gecikmiş puberte, 17-alfa hidroksilaz eksikliği, normotansif

17-Alfa Hidroksilaz Eksikliği



Tanı?

17 alfa hidroksilaz eksikliği
CYP17A1 Homozigot mutasyonu

EP-148

Nöbetlerle Prezente Olan DiGeorge Sendromu

Nur Şevval Göven¹, Mustafa Özgür Pirgon²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ VE AMAÇ:DiGeorge Sendromu (DGS) en sık görülen mikrodelesyon sendromlarından biridir. Sıklığı 1/4000 olarak bilinmekle birlikte fenotipik prezentasyonunun geniş yelpazede olması nedeniyle tanı alması her zaman kolay olmamaktadır. Sendromun klasik triadı konotrunkal kalp anomalileri, hipoplastik timusa bağlı immün yetersizlik ve paratiroid hipoplazisine bağlı hipokalsemidir. Biz de yenidoğan döneminde nöbet geçirme sonrasında tanı alan bir erkek olgumuzu sunmak istedik.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Olgumuz 23 yaşındaki sağlıklı annenin 2. çocuğu olarak 38. gebelik haftasında sezaryen ile doğdu. Fizik muayenede doğum ağırlığı: 2900 gr (10-50p), baş çevresi: 35 cm (10-50p), boy: 48 cm (10-50p) idi. Bilinci açık, yenidoğan refleksleri aktifti. Her iki hemitoraksı eşit olarak havalanan hastanın solunum sayısı 50/dk, oksijen saturasyonları % 95-97 arasında idi. KTA: 120/dk idi. Karın muayenesi olağandı. Dış genital muayenede erkek görünümde, testisler bilateral skrotumda idi. Hastada mikrognati mevcuttu. Hastanın başlangıç hemogram, biyokimya tetkikleri normal olarak değerlendirildi. Hastanın postnatal 24. saatte yapılan kardiyolojik muayenesinde 2/6 sistolik üfürüm saptandı. Bunun üzerine yapılan EKO'da sağ arkus aorta ve bilateral periferik stenoz saptandı. Hastanın takiplerinde postnatal 48. saatte 2 dakika süren tonik-klonik nöbeti oldu. Nöbet esnasında alınan tahlillerinde kalsiyum 6.9 mg/dL, iyonize kalsiyum 0.74 mmol/L, fosfor 4.2 mg/dL, albumin 4.2 g/dL, ALP 300 IU/L olarak saptandı. Tedavi başlanmadan bakılan parathormon düzeyi 3.65 pg/ml (12-88), 25 hidroksi D vitamini düzeyi 23 ng/ml olup hastamıza hipoparatiroidi tanısı koyuldu. Hastaya başlanan kalsiyum ve kalsitriol tedavisi ile serum kalsiyum normal değerler arasında tutuldu. Hastanın çekilen PAAC grafisinde timus gölgesi görülmedi. Hastada kardiyak anomalinin de eşlik etmesi nedeni ile DGS düşünüldü. Fluorescence in situ hybridization (FISH) tekniği ile yapılan çalışmada 22q11 delesyonu tespit edilerek hastaya DGS tanısı koyuldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sonuç olarak, 22q11.2 mikrodelesyonu olan olguların klinik özellikleri oldukça değişkendir. Çocukluk yaş grubunda hipoparatiroidi tanısı alan hastalar eşlik eden kardiyak patoloji veya dismorfik bulguların varlığında hastalar 22q11.2 mikrodelesyonu açısından mutlaka araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DiGeorge Sendromu, nöbet, hipokalsemi

EP-149

Totale Yakın Pankreatektomi Yapılan ABCC8 Gen Mutasyonlu Olgu

Gözde Hasgün Yavuz, Güneş Ekin Gürova, Ali Uygun, Nihal Coşkun, Merve Aslantaş, Hasan Önal

İstanbul Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ:Hipoglisemi serebral hasarda önlenebilir en sık metabolik sorundur.Yaşamın erken yıllarında görülen hipoglisemilerin çoğunda neden hiperinsulinizmdir.Dirençli veya uzamış hipoglisemide,öncelikle hiperinsulinizm varlığı araştırılmalıdır.Pankreastaki ATP-duyarlı potasyum(KATP) kanalları,glukoz homeostazisinin sağlanabilmesinde insülin hormonunun salınımındaki rolleri nedeniyle önemlidir.Bazı ABCC8 mutasyonları,SUR1 proteininin hücre zarına ulaşmasını ve K-ATP kanalının doğru oluşumuna müdahale etmesini önler.Defektif K-ATP kanalları,beta hücrelerinden insülinin sürekli salınmasına yol açar.Buna yönelik tedavilerden diazoksit ve oktreotid,pankreatik insülin sekresyonunu azaltır ve hiperinsülinemik hipoglisemi tedavisinde tercih edilir.Burada hipoglisemik nöbet ile başvuran ve ABCC8 geninde heterozigot varyant saptanan bir hasta sunulmuştur.

YÖNTEM:Miadında, NSVY'la 3600gr doğan erkek hasta,postnatal 4.ayından itibaren jeneralize tonik klonik tarzda nöbetleri sebebiyle çoklu hastane yatışları mevcut olup hastanın nöbet anında bakılan kan şekerlerinde düşüklük saptanmış ve hipoglisemi tetkik sebebiyle kliniğimize sevk edilmiştir.Yatışları sırasında yoğun glukoz infüzyonuna rağmen,glukagon ihtiyacı oluşturan hipoglisemileri olan,hipoglisemi anında bakılan insülin düzeyi 19.3uIU/ml(kan glukoz:46mg/dL iken) saptanan glukagon yanıtı üç kat olan ve idrarda keton negatifliğinin görülerek hiperinsülinizm düşünüldü,diazoksit 5 mg/kg/gün başlandı.Yeterli yanıt alınamadı,tedaviye oktreotid eklendi. Olası insülinoma ve konjenital pankreas hiperplazisi tanısına yönelik Ga-68 DOTA bağlı Somatostatin Reseptör Hedefli Peptitler ile PET/BT görüntüleme yapıldı ve normal sınırlarda somatostatin reseptör dağılımı izlendi.Devam eden hipoglisemileri nedeniyle bakılan genetik MODY NGS Panel analizinde ABCC8 geninde heterozigot c.4445G>A(p.Ser1482Asn) muhtemelen patojenik varyant olarak raporlandı.Diazoksit 15 mg/kg/gün'e kadar ve oktreotid 30 mcg/kg/gün'e kadar çıkılmasına rağmen glukagon ihtiyacı oluşturan hipoglisemileri devam etti, pankreatektomi planlandı.Babasından gönderilen segregasyon analizinin normal sonuçlanmasıyla hastada diffüz nesidioblastozis düşünüldü ve 'Totale Yakın Pankreatektomi' yapıldı.İşlem sonrası ilk günlerde geçici hiperglisemileri izlendi,takibinde kan şeker regülasyonu ilaçsız sağlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Hiperinsülinemik hipoglisemik bireylerde erken dönemde laboratuvar tetkiklerinde hiperinsülinizm harici patoloji saptanmaması konjenital hiperinsülinizme yönelik genetik tetkiklere erken başvuruyu düşündürmelidir.Hastalığın yönetiminde hiperinsülinemi tedavisi için diazoksit, somatostatin analogu;düşük glikemik indeksli karbonhidrat,yağ ve protein desteğiyle beslenme ve sürekli glukoz monitorizasyonu;medikal tedaviye yanıt alınamayan durumlarda totale yakın pankreatektomi ile kür sağlanabilmekte ve mortalite ve morbidite azaltılabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: ABCC8, SUR1, Pankreatektomi, Konjenital Hiperinsülinizm

Olgu-foto-1



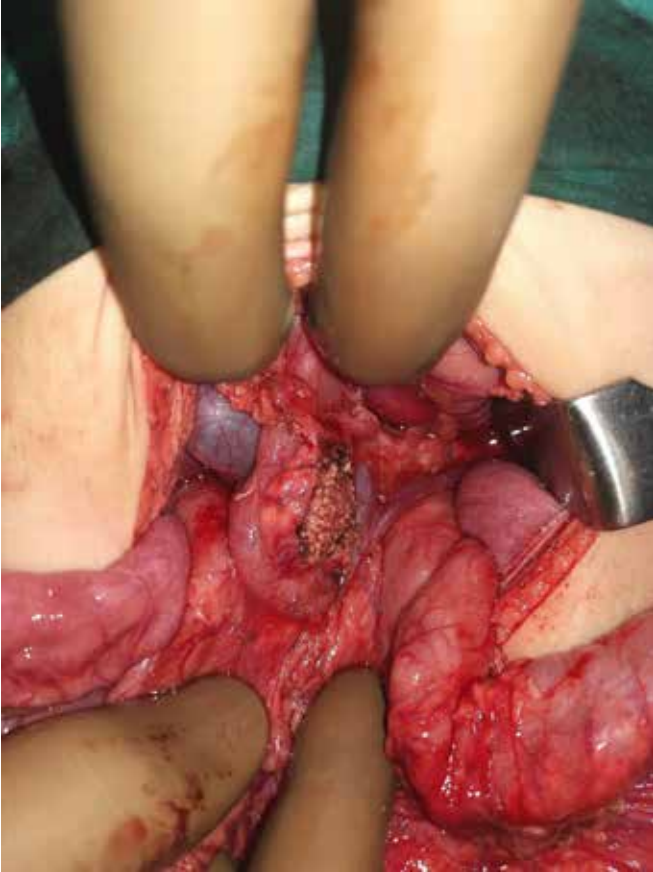
Olgu-foto-2



Olgu-foto-3



Olgu-foto-4



EP-150

Topikal Steroid Kullanımına Bağlı Cushing Sendromu Olgusu

İlke Aktaş¹, Burhan Eloğlu², Elif Betül Keskin Çetinkaya³, Erdal Sarı⁴, Ayla Güven⁵

¹Muş Devlet Hastanesi, Çocuk Kliniği

²Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalık AD

³Şile Devlet Hastanesi, Çocuk Kliniği

⁴Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

⁵Başkent Üniversitesi İstanbul Hastanesi, Çocuk Endokrin AD

GİRİŞ VE AMAÇ: Cushing sendromu endojen ya da eksojen fazla miktardaki glukokortikoidlere uzun süre maruz kalınması sonucunda meydana gelir. Bu olguda diyaper ve boyun bölgesindeki dermatiti nedeniyle annesi tarafından topikal klobetazol 17-propiyonat uygulanan ve sonrasında iatrojenik Cushing sendromu ve bunun sonucu santral adrenal yetmezlik gelişen vaka sunulmuştur.

YÖNTEM:8 aylık kız hasta kilo alımı, yanaklarda şişlik, yüzde ve sırtında kıllanma artışı şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Hastanın hikayesinde 41 hafta, 3000 gram doğduğu, anne-baba arasında akrabalık olmadığı, hamilelik ve doğum sırasında herhangi bir sorun yaşanmadığı öğrenildi. Annenin doktor tavsiyesi olmadan dermatit nedeniyle bebeğe doğumdan itibaren bez bölgesine ve dört aydan itibaren de boyun bölgesine, iki ayda bir kutu olacak şekilde klobetazol 17-propiyonat kullandığı öğrenildi.

BULGULAR:Fizik muayenesinde ağırlık 10,500gram (>95p), boy 63cm (<3p), baş çevresi:42 cm (3-10p) idi. Hastada ay dede yüzü, yanaklarda ve sırtta kıllanma artışı, gövdesel şişmanlık ve buffalo hörgücü mevcuttu. Bez ve boyun bölgesinde kandida dermatiti ile uyumlu cilt lezyonu saptandı.Diğer muayene bulguları normal sınırlardaydı. Laboratuar bulgularında tam kan normal, total kolesterol:252 mg/dl, HDL:76 mg/dl, LDL:159 mg/dl, ACTH:5.22 pg/ml idi. Diğer biyokimyasal parametreler normal sınırlardaydı. Yapılan abdomen ultrasonografisi normaldi. Tanı için hastaya düşük doz (1mcg) ACTH (DD-ACTH) testi uygulandı. Sabah ACTH: <5 pg/mL, kortizol düzeyi <0.1 ug/dl idi. 30.dk pik kortizol düzeyi <0.1 ug/dl olarak sonuçlandı. DD-ACTH testi santral adrenal yetmezlikle uyumlu olan hastaya Cushing Sendromu tanısı konularak 20 mg/m²/gün hidrokortizon tedavisi başlandı. Üç haftalık azaltma şeması verildi. Hidrokortizon tedavisinin sonlanmasını takiben 4.günde yapılan DD-ACTH testinde ACTH: 44.3 pg/mL, kortizol düzeyi 8.8 ug/dl idi. 30.dk pik kortizol düzeyi 8.1 ug/dl olarak sonuçlandı. Tedavi bitiminden 1 ay sonra yapılan DD-ACTH testinde ACTH: 24.8 pg/mL, kortizol düzeyi 15 ug/dl idi. 30.dk pik kortizol düzeyi 20 ug/dl olarak sonuçlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ülkemizde topikal kortikosteroidler, reçetesiz olarak kolayca alınabilmektedir. Bu durum ilaçların uygun olmayan dozlarda ve sürelerde kullanımına sebep olarak olgumuzdaki gibi Cushing Sendromuna sebep olabilmektedir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, dermatit, steroid, Cushing sendromu

Resim 1



Resim 1

Tablo 1: Düşük Doz ACTH (DD-ACTH) Testi Sonuçları

Laboratuvar sonuçları	Tedavi öncesi	Tedavi sonrası	2.ay kontrolü
Bazal Kortizol (ug/dl) (0.54-15.9)	<1.0	8.8	15
Kortizol 30.dk (ug/dl)	<1.0	8.1	20
Bazal ACTH (pg/ml) (<46)	<5.0	44.3	24.8

EP-151

Allgrove (Triple A) Sendromu: Olgu Sunumu

Burak Taha Keşkekoğlu¹, Lida Bülbül², İlker Tolga Özgen³

¹Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, İstanbul

³Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Allgrove sendromu; adrenal yetmezlik, alakrima ve akalazya üçlüsüyle karakterize, hafif zeka geriliği, ilerleyici nörolojik bozukluk olan veya olmayan, nadir görülen, otozomal resesif bir hastalıktır. ALADIN proteinini kodlayan AAAS geninin mutasyonlarından kaynaklanır.

YÖNTEM:Burada ürtiker şikayetiyle başvurup öyküsünde akalazya operasyonu olmasından yola çıkılarak, göz şikayetleri sorgulanıp alakrima tespit edilen, genetik inceleme sonucunda adrenal yetmezlik gelişmeden Allgrove sendromu tanısı alan bir olgu sunulacaktır.

BULGULAR:11 yaş 3 aylık erkek çocuk, çocuk alerji polikliniğine iki aydır devam eden, soğukla tetiklenen ürtiker nedeniyle başvurdu. Hastanın özgeçmişinde 6 yaşında akalazya operasyonu olduğu öğrenildi. Akalazya çocukluk çağında nadir bir hastalık olduğu için eşlik eden alakrima açısından sorgulandığında; bebekliğinden beri gözyaşının olmadığı, gözlerinde kızarıklık, yanma, batma hissi olduğu öğrenildi. Nörolojik gelişimi yaşına uygundu. Soygeçmişinde anne baba arasında 1. derece kuzen evliliği mevcut, ailede benzer şikayetleri olan yoktu. Muayenesinde; boy: 145,5 cm (Persentil:47,7), ağırlık: 31,6 kg (Persentil:15,2), TA:100/65mmHg, KTA: 85/dk, epigastrik bölgede ameliyat skarı, ellerde ve ayaklarda hafif hiperkeratozu mevcuttu. Göz muayenesinde her iki gözde kuruluğa bağlı punktat erozyonlar tespit edildi. Schirmer testi sağ göz 3mm, sol göz 4mm idi. Adrenal yetmezlik laboratuvar değerlendirmesinde kan şekeri ve elektrolitleri, ACTH ve kortizol değerleri normaldi. Allgrove Sendromu düşünülen hastanın moleküler genetik analizinde AAAS geninde homozigot mutasyon (c.479A>G/p. His160Arg) saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tüm hastalarda öykü almanın ve bütüncül değerlendirmenin önemini vurgulaması açısından olgumuz iyi bir örnektir. Allgrove sendromunda, klasik belirti ve semptomlarının sunumu yaşa bağlıdır. Adrenal yetmezlik bulguları hastaların çoğunda yaşamın ilk yirmi yılına kadar belirgin değildir, oysa alakrima tipik olarak erken bebeklik döneminde ortaya çıkar, akalazya semptomları 6 aylıkken veya geç ergenlikte mevcut olabilir. Erken teşhis; hastanın karşılaşılabileceği tehlikeleri öngörmede ve önlemede önemlidir Adrenal yetmezlik gelişmesi durumunda hayatı tehdit eden adrenal krizler yaşanabilir. Tedavi edilmeyen alakrima gözde kalıcı hasarlara neden olabilir. Disfaji, beslenme problemleri olup akalazya tanısı alan ve/veya göz kuruluğu, alakrima bulguları olan hastalarda Allgrove sendromu ayırıcı tanıda düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Allgrove sendromu, alakrimi, akalazya, adrenal yetmezlik, genetik mutasyon

EP-152

Tip 1 diyabetli çocuklarda COVID-19 pandemi ilişkili kısıtlamaların tanı anında diyabetik ketoasidoz sıklığına etkisi

İhsan Esen¹, Selami Kocaman², Nurdan Yıldırım Acar¹, Firdevs Dilara Paksoy¹, Deniz Ökdemir¹

¹Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Elazığ

²Elazığ Fethi Sekin Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ:Bu çalışma ile COVID-19 pandemi ilişkili kısıtlamaların tip 1 diyabetli (T1D) çocuklarda tanı anındaki diyabetik ketoasidoz (DKA) sıklığı üzerine olan etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

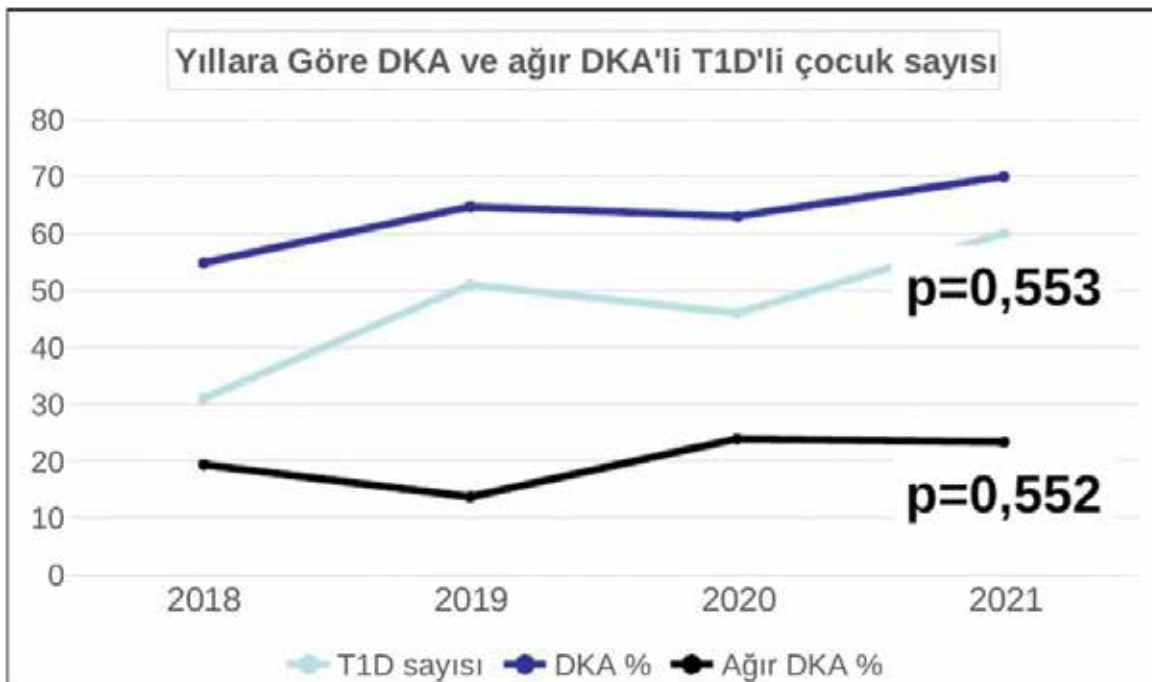
YÖNTEM:Elazığ ilinde bulunan çocuk endokrinoloji kliniklerinde 16.03.2018-16.03.2022 tarihleri arasında tanı almış T1D'li çocukların tıbbi kayıtları geriye dönük olarak tanı anında DKA varlığı (pH<7,3 veya HCO₃ <18 mmol/L), ciddi DKA (pH<7,1 veya HCO₃ <5 mmol/L) varlığı açısından tarandı. Ülkemizde pandemi ilişkili kısıtlamaların başladığı 16.03.2020 öncesi ve sonrası iki yıllık dönem karşılaştırıldı.

BULGULAR:Pandemi öncesi ve sonrası dönemde sırası ile 46'sı (%56,1) erkek 82 ve 50'si (%46,7) erkek 107 çocuk T1D tanısı almıştı. Dönemler DKA sıklığı açısından karşılaştırıldığında 48/82 (%58,5) ve 68/107 (%63,6) DKA (p=0,547); ciddi DKA sıklığı 11/82 (%13,4) ve 21/107 (%19,6) DKA (p=0,329) olduğu saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Bu T1D'li çocuk grubunda COVID-19 pandemi ilişkili kısıtlamaların tanı anındaki DKA ve ciddi DKA sıklığında fark yaratmadığı görüldü.

Anahtar Kelimeler: diyabetik ketoasidoz, pandemi, COVID-19

GRAFİK 1



YILLARA GÖRE DKA VE AĞIR DKA'LI ÇOCUK SAYISI

TABLO 1

Tablo 1. Tip 1 diyabet tanısı alan çocukların klinik özellikleri			
	Pandemi öncesi	Pandemi sonrası	p
Sayı	82	106	
Cinsiyet (E/K)	46/32	50/56	0,225
Tanı yaşı (yıl)	8,73 (1,1-16,2)	9,5 (0,9-17,1)	0,092
HbA1c (%)	12,5 (6,3-15,5)	12,1 (7,6-17,5)	0,814
pH	7,26 (6,69-7,47)	7,30 (6,7-7,46)	0,695
HCO ₃ (mmol/L)	16,7 (3,7-24,8)	14,0 (2,1-29,1)	0,326
Anti GAD (n, %)	40/68 (%58,8)	49/68 (%72,1)	0,105
Adacık antikoru (n, %)	37/77 (%48,1)	65/100 (%65,0)	0,024
DKA sıklığı (n, %)	50/82 (%61,0)	71/106 (%67,0)	0,394
Ciddi DKA sıklığı (%)	13/82 (%15,9)	25/106 (%23,6)	0,191

Sayısal veriler ortanca (min-maks) şeklinde verilmiştir.

Tip 1 diyabet tanısı alan çocukların klinik özellikleri

TABLO 2

Tablo 2. Ülkemizde yapılmış çalışmalar												
Çalışma	Şehir	Dizayn	Sayı, n Önce/Sonra	Cinsiyet E/K	Yaş (yıl)	Dönem	Tanı kriteri		Grup	Sonuç		p
							DKA	Ciddi DKA		n (%)	n (%)	
Dilek et al. 2021	Ardana	Kesitsel	74 46/74	35/39	10±7,4	11 Mart 2019 - 11 Mart 2021	pH< 7,3 HCO ₃ < 15 mmol/L	pH< 7,1 HCO ₃ < 5 mmol/L	DKA Ciddi DKA	27 (%55,8) 4 (%8,7)	68 (%91,9) 15 (%20,3)	<0,001 0,540
Dündar et al. 2022	Malatya	Kesitsel	90 36/62	52/46	9,1±4,3	11 Mart 2019 - 11 Mart 2021	pH< 7,3 HCO ₃ < 15 mmol/L	pH< 7,1 HCO ₃ < 5 mmol/L	DKA Ciddi DKA	19 (%59,4) 6 (%22,2)	44 (%71,0) 17 (%27,4)	0,046 >0,05
Bu çalışma	Elazığ	Kesitsel	188	96/92	9,9±4,1	16 Mart 2018 - 16 Mart 2022	pH< 7,3 HCO ₃ < 18 mmol/L	pH< 7,1 HCO ₃ < 5 mmol/L	DKA Ciddi DKA	50 (%61,0) 13 (%15,9)	71 (%67,0) 25 (%23,6)	0,394 0,191

Ülkemizde yapılmış çalışmalar

EP-153

Ambigus Genitalya Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Sendrom: Smith-Lemni-Opitz

Erengül Şahin¹, Gökçen Karamık², Nuray Öztürk², Öznuur Yılmaz Bayer², Erdoğan Soyuçen³, Ercan Mihçı², Banu Nur²

¹Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Antalya

²Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Genetik Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

³Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, Antalya

GİRİŞ VE AMAÇ:Smith-Lemli-Opitz sendromu (SLOS), 11q13 kromozomuna eşlenen sterol delta-7-redüktazi (DHCR7) kodlayan gendeki homozigot/bileşik heterozigot patojenik varyantın neden olduğu, otozomal resesif, çoklu konjenital malformasyon ve mental retardasyonun eşlik ettiği sendromdur.

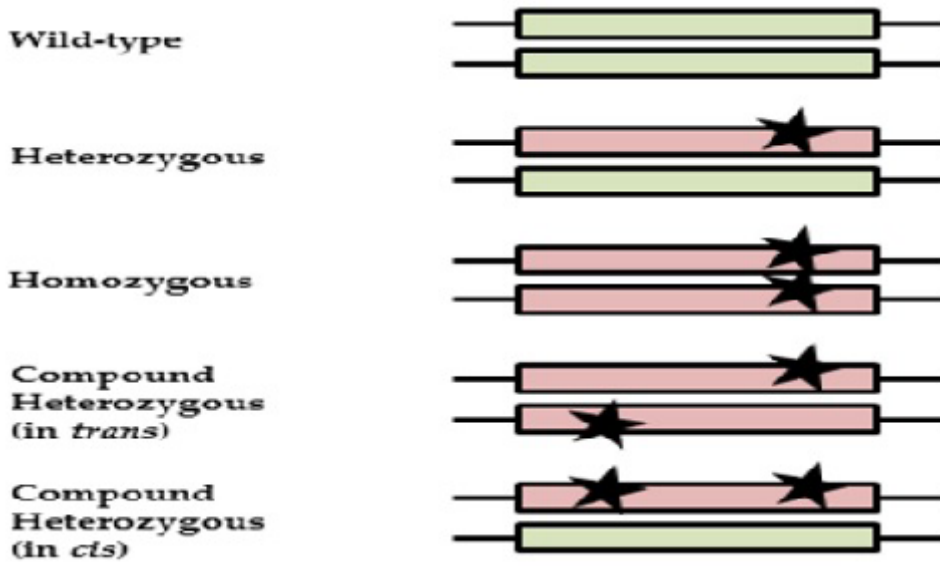
YÖNTEM:10 günlük erkek hasta; doğum sonrası ilk gün beslenememe şikayetiyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırılıp, hipoglisemi ve konjenital pnömoni tanılarıyla izleminin ardından, multiple anomali nedeniyle hastanemize gönderildi. Özgeçmişinde antenatal takiplerde ikili testin normal olduğu, üçlü testte anormallik olduğu, prenatal değerlendirilmelerinde kız bebek olarak takip edildiği öğrenildi. Soygeçmişinde akrabalık yoktu.

BULGULAR:Fizik muayenesinde hipotonisite, mikrosefali, bilateral frontotemporal darlık, düşük kulak, epikanthus, geniş düz burun köprüsü, antevort burun delikleri, ince üst dudak ve büyük ağız vardı. Sol elde polidaktili, ayaklarda iki ve üçüncü parmakta sindaktili mevcuttu. 2/6 sistolik üfürüm duyuldu. Genital muayenede mikropenis, bifid skrotum, peniskrotal hipospadias, ambiguus genitalya mevcuttu. Bilateral testisler inguinal kanalda palpe edildi. Laboratuvar sonuçlarında total kolesterol tekrarlayan ölçümlerde düşük (52 mg/dl) saptandı. Kranial MRda; korpus kallozum diskenezisi, septum pellucidum varyasyonu, kolposefalik görünüm saptandı. EKODA geniş PDA mevcuttu. Skrotal usg bilateral inmemiş testis ile uyumluydu. Göz-ışıtme ve metabolik taramasında patoloji saptanmadı. Karyotip 46,XY, SRY pozitif sonuçlandı. Smith-Lemni-Opitz ön tanısı ile gönderilen DHCR7 gen dizi analizinde; c. 278 C>T (p.Thr93Met) patojenik ve c. 452 G>A (p.Trp151Ter) patojenik birleşik heterozigot varyant saptanan hastada mevcut bulguların SLO sendromunu desteklediği görüldü. 46, XY cinsiyet gelişim bozukluğu tanısı ile multidisipliner ortak konsey sonucu hastanın erkek cinsiyet yönünde yetiştirilmesine karar verildi. Takipte aşamalı maskulizan genitoplasti ve geniş PDA nedeniyle cerrahi PDA ligasyonu uygulandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tipik fenotipe sahip multiple anomali ve plazma kolesterol konsantrasyonunda düşüklük ile 7-dehidrokolesterol konsantrasyonunda artış saptanan hastalarda genetik doğrulama ile erken dönemde kolesterolden zengin diyet ve ekzojen kolesterol başlanması sonucu hastalarda büyümede ve pubertal gelişimde iyileşme, davranış problemlerinde azalma saptanmaktadır. Prenatal tanıda koryon villus ve amniyotik sıvıda yüksek 7-DHC düzeylerinin varlığı SLOS erken tanısında yol gösterici olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: SLOS, ambiguus genitalya, DHCR7

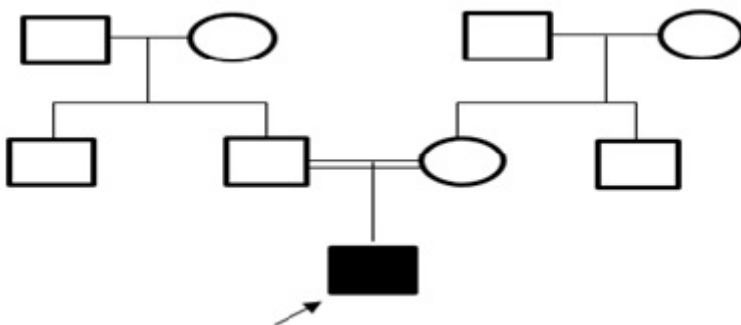
Figur 1



Figur 2



Figur 3



Resim 1



Olgumuzun atipik yüz bulguları

Resim 2



Olgumuzun Y seklinde sindaktili bulgusu

Resim 3



Literatürden seçilmiş SLOS vakaları

EP-154

Hipertermi krizi ile başvuran ve nadir görülen Crisponi Sendrom'lu adölesan hasta

Elif Gözde Gezek¹, Damla Geçkalan¹, Serkan Özsoylu²

¹Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD.

²Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD., Çocuk Yoğun Bakım BD.

GİRİŞ VE AMAÇ:Crisponi/soğuk-ilişkili terleme sendromu (CS/CISS) sıklıkla yenidoğan döneminde ani ölüme yol açan, her doğumda 1.000.000'da 1'den daha az sıklıkta görülen ve 18-22°C altındaki sıcaklıklarda tetiklenen hipertermi atakları, kamptodaktili, az miktardaki uyarı veya ağlamanın bile sebep olduğu yüzdeki şiddetli kas kontraksiyonları, hipertoni, opistotonus, beslenme ve solunum güçlükleriyle karakterize otozomal resesif geçişli sendromdur. Hastalık CRLF1 veya CLCF1 genindeki değişimlerden kaynaklanır.Tipik fenotipik bulguları; kalkık burun delikleri, uzun filtrum, mikrognati, düşük kulaklar, düz burun köprüsü, kamptodaktili, ekstremitte anomalileridir. Crisponi sendromu,1996 yılında 17 yenidoğan hastada tanımlanmış olup genel olarak hayatını yenidoğan döneminde veya ilk yıllarında yaşamını kaybeder. Bu olgu sunumunda 14 yaş 11 aylık hipertermi krizi ve dirençli hipotansiyon ile başvuran nadir olarak bu yaşa kadar gelebilen hasta sunulmuştur.

YÖNTEM:Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Yoğunbakım'da tedavi edilen retrospektif olgu sunumudur.

BULGULAR:Kardeşide Crisponi sendromu nedeniyle erken ölüm öyküsü olan, KLHL7 mutasyonlu Crisponi sendromu tanılı ve skolyoz, ekstremitelerde deformite ve kontraktür, gelişim geriliği, migrognati ve gastrostomisi bulunan 14 yaş 11 aylık hasta solunum sıkıntısı, pnömoni ve hipertermi şikayetleriyle dış merkeze başvurmuş. Kan tetkikinde pH: 7,22, pCO₂: 54,5 mmHg, Baz açığı: -13, laktat: 4,2, HC03:14 mmol/L görülmesi üzerine entübe edilerek hipertermi krizi ve solunum yetmezliği tanısıyla sevk alındı. Crisponi sendromunun tipik bulgularından birisi olan soğuk ilişkili 41°C'yi bulan hipertermisi saptanan hastanın ortam ısısı 20 °C derece olacak şekilde soğutma ve antipiretikler başlandı. Entübe devralınan hastanın tetkikinde pH: 7,21 pCO₂: 35 değerleri saptandı, sepsis öntanısıyla teikoplanin ve meropenem antibiyoterapileri başlandı. Hastanın tansiyon takibinde vazodilatasyona ve dehidratasyona bağlı olarak kan basınçlarında ciddi hipotansiyon (50-40 /25-20 mmHg) saptanan hastaya 2 kez 20cc/kg'dan serum fizyolojik yüklemesi, maximum dozdan iv. hidrasyon ve adrenalın infüzyonu başlandı. Yapılan tüm destek tedavilere rağmen tansiyonu yükselmeyen hasta 2 saat içinde ani kardiyak arrest ile exitus oldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Genelde yenidoğan döneminde exitus olan Crisponi sendromlu hastalardan, literatüre göre bu yaşa gelmiş tek Crisponi sendromu hastası olarak nadir görülen bir vakadır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Crisponi Sendromu, KLHL7 mutasyonu, Hipertermi

EP-155

Serebral Palsi Tanısı ile izlenmiş olan Nadir Görülen Bir Sendrom;Cockayne Sendromu

Merve Ersoy¹, Hasan Önal²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,Çocuk Sağlığı ve Hastakıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi,Çocuk Endokrin ve Metabolizma Ana Bilim Dalı,İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Cockayne sendromu (CS), nadir görülen, klinik bulguları büyüme ve gelişme geriliği, mikrosefali, sensörinöral işitme kaybı, katarakt, dental anomaliler, fotosensitivite olan multisistemik, nörodejeneratif bir hastalıktır. DNA tamir sisteminde zedelenme ve mitokondriyal bozukluklarının birlikteliğiyle oluşur. ERCC6 ve ERCC8 genlerindeki mutasyonlar CS'ye neden olur. Burada 14 yaşına kadar CP tanısı izlenen, Cockayne Sendromu tanısı alan olgumuz sunulmaktadır.

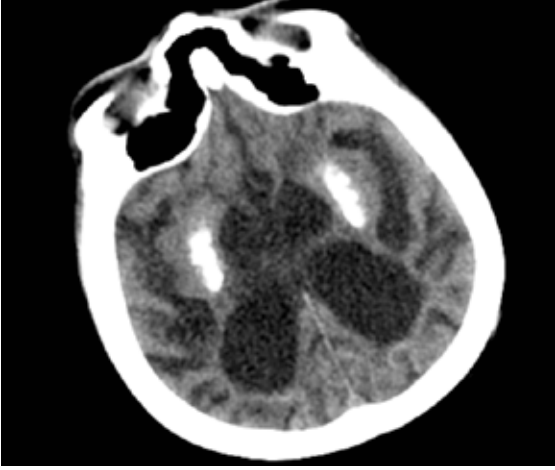
YÖNTEM: Olgu sunumudur.

BULGULAR: 14 yaşında 7kg erkek hasta; yutma güçlüğü sendromik görünüm CP nedeniyle tarafımıza yönlendirilmiş. Geliş fizik muayenesinde ileri derece malnütre görünüm, mikrosefali, 4 ekstremitelerde spastik paraplejiye bağlı sekonder postür bozukluğu, derin yerleşimli gözler, pectus carinatum, dişlerde dökülme mevcuttu. Ağırlık persantili: <0,02 ağırlık sds: -16,88 ağırlık yaşı: 0,52 (6 yıl), hastanın soygeçmişinde anne ve babanın kuzen, birinci kardeşin de 7-8 yaşlarında aynı hastalık nedeniyle ex olduğu öğrenildi. Hastanın bir yaşına kadar normal bir çocuk olduğu sonrasında büyüme-gelişme geriliği, mikrosefali nedeniyle ilk doktor başvurusu olduğu öğrenildi. Alınan kan tetkiklerinde hafif bir trigliserit yüksekliği dışında anomali saptanmadı. Çekilen BT'de Her iki lateral ventrikül, 3. ve 4. Ventrikül normalden büyük, bazal ganglionlarda yaygın kalsifikasyonlar gözlemlendi. Hasta ışığa ve sese tepki vermemesi üzerine işitme testi ve göz muayenesi yapıldı. İşitme kaybı olduğu saptandı. Göz muayenesinde expousur keratopati saptandı. Tedavileri başlandı. Beslenme-yutma güçlüğü olan hastamıza gastrostomi açıldı. Sendromik görünümü, ex kardeş öyküsü olan hastadan genetik konsültasyon istendi. ERCC6 geninde homozigot patojenik mutasyon saptandı ve Cockayne Sendromu tanısı kondu.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Cockayne Sendromu; boy kısalığı, karakteristik yüz görünümü, erken yaşlanma, fotosensitivite, ilerleyici nörolojik disfonksiyon, entelektüel gerilik, sensörinöral işitme kaybı, katarakt ile karakterize multisistemik bir hastalıktır. Otozomal resesif kalıtılır. İnsidansı: Ort. 1/2.000.000'dir. Ortalama ölüm yaşı 12,5 olarak saptanmıştır. ERCC6 ve ERCC8 genlerinde mutasyona göre 2 alt tip görülmektedir. Bu genler hasarlı DNA'nın onarımı için gerekli proteinlerin sentezlenmesinde görev yapmaktadırlar. Hastalar genelde doğumda normal ancak zayıf büyüme, psikomotor gerilik, beslenme-yutma güçlükleri, mikrosefali, BT'de globus pallidusta yaygın kalsifikasyon gibi bulgularla sonrasında kendini gösterir. Tedaviler destek tedaviler şeklindedir. (Beslenme-yutma güçlüğü olan hastalarda gastrostomi açılması, büyüme gelişmenin sağlanması, katarakt tedavisi, lipodistrofi gelişen hastalarda buna yönelik tedavilerin yapılması). Cockayne sendromu nadir görülen bir sendrom olmakla birlikte serebral palsi, primer mikrosefali vb. olarak yanlış teşhis edilebilir. CP tanısı ile izlenen fakat katarakt, işitme kaybı, mikrosefali gibi ek bulguların eşlik ettiği hastalarda bir sendroma işaret edebileceği düşünülmeli ve genetik tetkik edilmesini olgumuzda vurgulamak istedik.

Anahtar Kelimeler: cockayne sendromu, serebral palsi, mikrosefali, işitme kaybı

Şekil 1



hastamızın çekilen kraniyal BT'sinde,bazal gangliada kalsifikasyonlar, 3.-4. ventriküllerde genişleme

Şekil 2



karakteristik yüz görünümü, gözlerde katarakta ait görünüm (aileden izin alınmıştır)

Şekil 3



iskelet anomalileri (aileden izin alınmıştır.)

EP-156

Hepatomegali ve Fulminan Karaciğer Yetmezliğinin Ayırıcı Tanısında Nadir Bir Olgu: Wolman Hastalığı

Ayşen Arif Tutuş¹, Emel Yılmaz Gümüş², Emine Genç², Feyza İnceköy Girgin³, Burcu Öztürk Hışmi², Makbule Nilüfer Öztürk Yalındağ³, Engin Tutar⁴

¹Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, İstanbul

³Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

⁴Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Wolman hastalığı, lizozomal asit lipaz (LAL) eksikliğinin en ağır ve en erken görülen formu olup bu enzim kolesterol esterleri ve trigliseridlerin yıkımında görevlidir. Yıkılamayan yağların birikimi progresif karaciğer fibrozuna yol açar. Yenidoğan döneminden itibaren kusma, ishal, hepatosplenomegali, yetersiz tartı alımı ve yaşamın ilk aylarında karaciğer yetersizliğiyle karakterize otozomal resesif kalıtılan bir lizozomal lipid depo hastalığıdır. Olgumuzda ağır karaciğer ve solunum yetmezliği, DIC tablosu ile kaybedilen, *LIPA* gen analizi ile Wolman hastalığı tanısı alan hasta sunulmuştur.

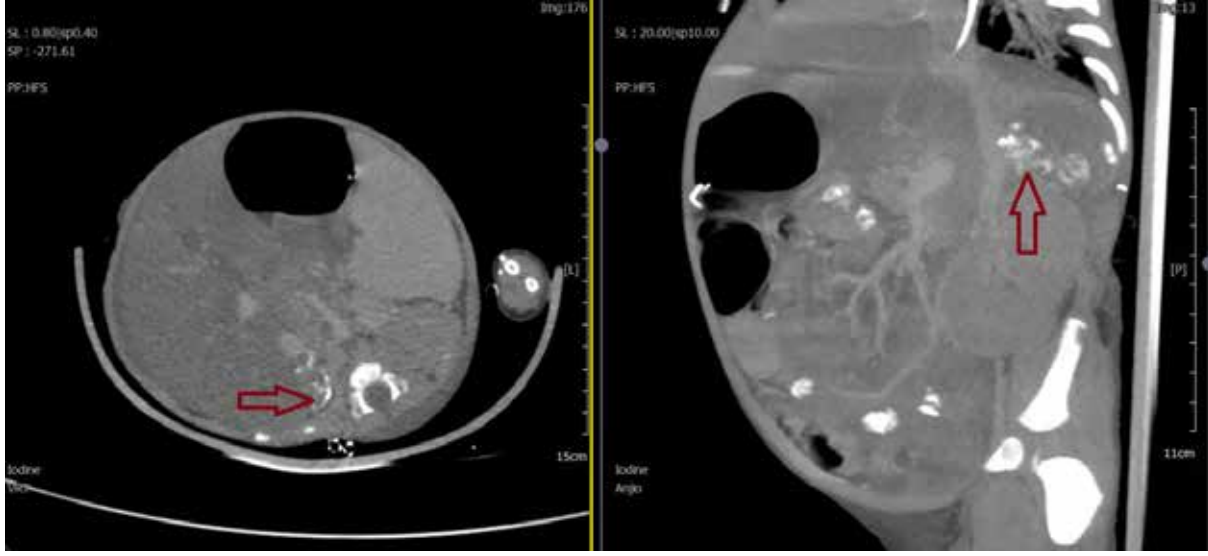
YÖNTEM:Olgu sunumudur.

BULGULAR:2 ay 22 günlük kız hasta masif hepatosplenomegali, kusma ve transaminaz yüksekliği nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Birinci derece kuzen evliliğinden doğan hastanın soygeçmişinde bir kardeşini 3 aylıkken nedeni bilinmeyen bir sebepten kaybedildiği öğrenildi. Fizik muayenesinde boy, kilo ve baş çevresi yaşında göre geride olan hastanın kaba yüz görünümü, belirgin batın distansiyonu ve umbilikal hernisi mevcuttu. Karaciğer ve dalak kot altında sırasıyla 6 cm ve 4 cm ele gelmekteydi. Tam kan sayımında anemisi saptanan hastanın biyokimyasal testlerinde yüksek transaminaz değerlerine ılımlı kolestaz ve INR uzunluğu eşlik etmekteydi. Lipit profilinde plazma trigiserit yüksekliğinin eşlik ettiği HDL düşüklüğü saptandı. Büyüme geriliği, hepatosplenomegali, biyokimyasal olarak transaminaz ve trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü olan hastada Wolman Hastalığı öntanısı ile sürrenal kalsifikasyon açısından çekilen batın ultrasonografisinde batında yaygın asit, karaciğer ve dalak ile bilateral sürrenal bez boyutları artmış, her iki sürrenal bezde yaygın kalsifiye odaklar izlendi. LAL aktivitesi <0,02 nmol/punch/sa ölçülen hastada sonuç Wolman hastalığı ile uyumlu olarak bulundu. *LIPA* gen analizinde homozigot p.G87V(c.260G>T)(rs587778878) mutasyonu saptandı. Aileye genetik danışma verildi. Hasta için sebelipaz alfa replasman tedavisi planlandı fakat temin edilemedi. Hasta ağır karaciğer yetmezliği nedeniyle kaybedildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Wolman Hastalığı, nadir görülen ve otozomal resesif kalıtılan bir hastalıktır. Büyüme geriliği, hepatosplenomegali, biyokimyasal olarak transaminaz ve trigliserid yüksekliği, HDL düşüklüğü olan hastada akla gelmesi önemlidir. Sürrenal bezlerde kalsifikasyon görülmesi tanıyı kuvvetlendirir. Henüz standart tedavisi olmamasına rağmen tanı konulması, aileye genetik danışmanlık verilmesi için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Hepatosplenomegali, karaciğer yetmezliği, transaminaz yüksekliği, Wolman hastalığı

Resim 1



Adrenal bezde kalsifikasyonlar

EP-157

İnfanıl Dönemde Artmış Anyon Açıklı Metabolik Asidoz İle Gelen Olguda Propiyonik Asidemi Saptanması

Ömer Furkan Kızılsöy¹, Didar Arslan², Ahmet Burak Civan¹, Murat Tutanç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa

²Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:Propiyonik asidemiler otozomal resesif geçişli olduklarından ülkemiz gibi akraba evliliğin sık görüldüğü coğrafyalarda insidansı artmıştır. Hastaların atak esnasındaki tahlillerinde, hiperamonyemi, metabolik asidoz, hiperglisinemi, metil sitrat, 3-OH propionat, propionil glisin artmış görülebilir. Hastalık asemptomatik olabileceği gibi beslenememe, büyüme gelişme geriliği, letarji, konvülsiyon ile kendini gösterebilir. Semptomlar enfeksiyon, ek gıdaya geçiş ya da olgumuzda olduğu gibi yeni bir gıdanın beslenmeye eklenmesiyle ortaya çıkabilir.

YÖNTEM:On altı aylık erkek hasta kusma, derin nefes alıp verme, şuur bulanıklığı şikayetleri ile dış merkez acil servise başvurmuş. Hastanın alınan tetkiklerinde ağır metabolik asidoz saptanması üzerine entübe edilip tarafımıza sevk edilmiş. Çocuk yoğun bakıma kabul edilen hastanın geliş genel durumu kötü, entübe, glasgow koma skoru beş idi. Öyküsünde şikayetleri başlamadan iki saat önce ilk kez yumurta yediği öğrenildi. Anne baba dördüncü dereceden akrabaydı.

BULGULAR:Hastanın geliş kan gazında pH:6.88 pCO₂:20.2 mmHg HCO₃:3.8 mmol/L, cBase:-29.4 mmol/l, la-c:1.3mmol/l, idrar ketonu:3+, amonyak(NH₃):220.4 ug/dL idi.Hasta artmış anyon açıklı metabolik asidoz, laktat yüksekliği, ketonüri, hiperamonyemi olması üzerine metabolik hastalık ön tanısı ile oral alımı kesildi. Çocuk Metabolizma hastalıklarına danışılarak karnitin, biyotin, hidroksikobolamin, yüksek dekstroz ve insülin tedavisi ve sodyum benzoat başlandı. Hastanın asidozu dirençli seyredince, hastaya hemodiyalize başlandı. Hemodiyalizin yirmi dördüncü saatinde pH:7.35 pO₂:29.6 mmHg pCO₂:37.5 mmHg HCO₃:20.9 mmol/L, Amonyak:37.5 ug/dL izlendi. İdrar organik asitlerinde glutarik asit 63.9 mg/g/Kreatinin, 3-Hidroksibütirik asit 8843.2 mg/g/Kreatinin, Laktik asit 2358 mg/g/Kreatinin, 3- Hidroksi propionik asit 346.5 mg/g/Kreatinin; Tandem filtre kağıdında C3/C0 0.22, C5-DC Carnitine 0.41 umol/l, C4-OH Carnitine 2.21 umol/l olarak izlendi. Propiyonik asidemi ön tanısı ile hastanın tedavisi düzenlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Hastalığın tedavisinde proteinden fakir diyet(1-2mg/kg/gün), L-karnitin(100 mg/kg/gün), biyotin(10 mg/gün) verilir. Tedavinin düzenlenmesinde persentil değerlendirmesi, semptomların düzelmesi ve kandaki propiyonik asit değerlendirilir.

Propiyonik asidemi, propiyonil KoA karboksilaz enzim eksikliği sonucu propiyonik asit birikimine sebep olan aminoasit metabolizma hastalığıdır. Akraba evliliği oranının yüksek olduğu ülkelerde dirençli metabolik asidozla takip edilen hastalarda metabolik hastalıklar düşünölmelidir.

Anahtar Kelimeler: Metabolik Asidoz, Hemodiyaliz, Propiyonik Asidemi

EP-161

BH4 Metabolizma Bozukluğu, PTPS Eksiklik Tanılı Nadir Bir Olgu

Ekin Nurhan¹, Ece Kuduban¹, Gözde Uzunyayla², Saffa Ahmadzada², Ece Öge Enver², Duhan Demircioğlu Hapurcuoğlu², Tanyel Zübarioğlu², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek²

¹Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Hastalıkları Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Tetrahidrobiopterin(BH4) fenilalanin, tirozin ve triptofanın hidrosilasyonunda görevli kofaktördür. BH4 metabolizma bozukluklarında hastalarda zeka geriliği, epilepsi, hiperaktivite gibi fenilketonüri bulgularına ek distoni, otonomik disfonksiyon, aksiyal hipotonisite gibi nörotransmitter eksikliği semptomları görülür. Olgumuzdaki gibi hiperfenilalaninemi ile ilerleyici SSS bulguları, fenilalaninden kısıtlı diyetle yanıtız klinik ve laboratuvar, akla BH4 eksikliğini getirmelidir.

YÖNTEM:Nöromotor retardasyon sebebiyle takipli, 3. Derece AE, 40GH 2100gr SGA doğan 1yaş 8aylık erkek hasta, 6aylıkken baş tutamama, gülmeme şikayetleri ile başvurduğu Azerbaycan çocuk nörolojiden fenilalanin yüksekliği saptanarak 1yaşında FKÜ tanısı almıştır. Hasta tarafımıza diyet sonrası klinik düzelme olmaması sebebiyle yönlendirilmiştir

BULGULAR:Hastanın başvursunda VA: 5.5kg <3p (-6.61SDS), Boy: 70cm <3p (-4SDS), BÇ: 43cm <3p (-3.8 SDS), dehidrate görünümde, mikrosefali, uykuya meyilli, baş tutma ve yutma fonksiyonu zayıf, aksiyal hipotonisite, fisting, el-ayakta yakalama mevcut, DTR'ler hiperaktif. Diğer sistemik muayeneleri doğaldı. 20 aylıkken yapılan DENVER testi 2-3 ay ile uyumluydu. Fenilalanin:1316µmol/L, Tirozin: 48µmol/L F/T: 27.4µmol/L. 20mg/kg/doz BH4 yükleme testi sonrası kan fenilalanin düşüşü %94(>%30), yanıtılı bulundu. BH4 metabolizma bozukluğu açısından çalıştırılan DHPR aktivitesi 1.2 normal/sınırdan, BOS; Neopterin: 69.20 µg/L yüksek, Biopterin: 1.04 µg/L düşük olması sebebiyle önplanda PTPS enzim eksikliği düşünöldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocukluk çağında fenilalaninemi saptanan, diyetle cevapsız, aksiyal hipotonisite, ilerleyici nöromotor reterdasyon, distonik bozukluklar, otonomik disregölasyon, yutma disfonksiyonu, mikrosefali, okülojirik krizler gibi SSS bulguları gözlenen olgularda BH4 eksikliği düşünölmelidir. Yükleme testi ile 4. Ve 8. saat fenilalaninin dramatik düşüşü tanıda yardımcıdır. Tarama programı ile fenilalanin yüksekliği saptanmış hastaların %1-2si BH4 eksikliği olup kan, BOS ve idrar pterin analizi, kuru kan DHPR aktivite ölçümü ile ileri araştırma yapılmalıdır. BOS neopterin yüksek, biyopterin düşük saptanması BH4 eksiklikleri alt grubunda PTPS eksikliği ile uyumludur. Klasik FKÜden farklı olarak BH4 metabolizma bozuklukları tedavisinde dopamin, serotonin öncülleri ve BH4 enzim replasmanı uygulanır.

Anahtar Kelimeler: Tetrahidrobiopterin, PTPS eksikliği, Nörotransmitter eksikliği, Fenilalaninemi

Resim 1

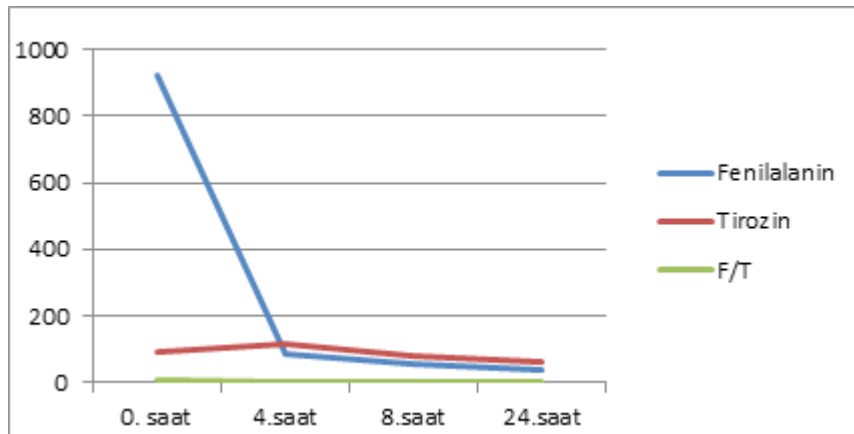


okülojirik kriz

Resim 2



Tablo 1



BH4 yükleme testi sonrası fenilalanin ve tirozin düzeyi

Tablo 2

Deficiency	Neopterin	Biopterin	Primapterin	DHPR activity	Phe
PKU	n-↑	n-↑	n	n	↑
GTPCH	↓	↓	n	n	↑ ^a
PTPS	↑	↓	n	n	↑
PCD	↑	↓-n	↑	n	↑
DHPR	n	n-↑ ^a	n	↓	↑

FKÜ ve BH4 eksikliği ayırıcı tanısı

EP-162

Laktik asidoz ile prezente olan bir Glikojen depo hastalığı tip 1a olgusu

Gulustan Musayeva¹, Saffa Ahmadzada², Esmâ Uygur², Tanyel Zübarioğlu², Ertuğrul Kıyıkım², Ayşe Çiğdem Aktuğlu Zeybek²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Glikojen depo tip 1a glukoz-6-fosfataz enzim eksikliği sonucu glikojen ve lipitlerin dokularda birikimine bağlı olarak meydana gelen otozomal resesif geçiş gösteren bir metabolik hastalıktır. Enzim eksikliği sonucu hem glikojenoliz, hem de glukoneogenezisle glukoz üretimi yetersiz olup, kan glukoz düzeyinin normal düzeyde tutulması ekzojen glukoz alımına bağımlıdır.

YÖNTEM:Burada, laktik asidoz, hipertrigliseridemi ve hepatomegali ile prezente olan ve Glikojen depo hastalığı tip1a tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

BULGULAR:4 aylık erkek hasta muayenesinde hepatomegalisinin tespit edilmesi nedeniyle tarafımıza getirildi. Anne babası arasında akrabalık öyküsü olan hastanın yenidoğan döneminde solunum sıkıntısı olması üzerine 30 günlük yatış öyküsü mevcuttu. Yatışı sırasında hepatomegalisi ve ılımlı transaminaz yüksekliği tespit edilmesi, takip eden muayenelerinde hepatomegalisinin sebat etmesi nedeniyle hasta tarafımıza yönlendirilmişti. Başvurusu sırasında genel durumunun kötü olması, asidotik solunumunun mevcut olması üzerine Çocuk Acil Servisine yatırıldı. Fizik bakışında bilinci açıktı, kussmaul solunumu, tüm odalarda duyulan 2/6 sistolik üfürümü, 5 cm hepatomegalisi, 1 cm splenomegalisi mevcuttu, kapiller dolun zamanı 4 sn ölçüldü. Birinci basamak laboratuvar tetkiklerinde laktik asidoz, hipoglisemi, transaminaz yüksekliği, hiperürisemi, hipertrigliseridemi ve akut faz yüksekliği olan hasta septik şok tanısı ile Çocuk Yoğun Bakım ünitesinde transfer edildi. Yoğun bakım yatışı sırasında hepatomegali ve laboratuvar bulgusu patolojilerine yönelik yapılan batın ve üriner sistem ultrasonografisinde hepatomegali ve evre 2 hepatosteatoz raporlandı. İkinci basamak laboratuvar tetkiklerinde (plazma açilkaritin profili, kan aminoasit analizi, idrarda organik asit analizi, Gaucher ve Niemann Pick Tip A/B için enzim analizi) tanısal bulgu saptanmayan hastada ön planda Glikojen depo hastalıkları düşünüldü. G6PC geninin moleküler analizinde c.247C>T homozigot mutasyonu saptanan hastaya Glikojen Depo Hastalığı tip 1a tanısı konuldu. Medikal ve tıbbi beslenme tedavisi başlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Glikojen depo tip 1a hastalığı süt çocukluk çağında, özellikle 3-4 aylıktan itibaren hepatomegali, transaminaz yüksekliği tablosunda karşımıza çıkabilir. Özellikle hipoglisemi ve hepatomegali, laktik asidoz, hiperürisemi, hiperlipidemi tablosunda karşımıza çıkan vakalarda ayırıcı tanıda Glikojen depo tip 1 hastalığı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: laktik asidoz, hipoglisemi, hipertrigliseridemi, Glikojen Depo Hastalığı tip 1a

Tablo1.

KAN GAZI	SONUÇ
PH	7.21
Laktat	25 mmol/l
HCO ₃	9 mmol/l
pCO ₂	13 mmHg

Tablo2.

BİYOKİMYA	SONUÇ
Glükoz	60 mg/dl
AST	600 IU/L
ALT	383 IU/L
Total kolesterol	362 mg/dl
Trigliserit	1063 mg/dl
Ürik asit	9.2 mg/dl

EP-163

Bitot Lekesi her zaman A vitamini eksikliğini mi gösterir?

Muhittin Özcan, Burçe Emine Dörtkardeşler, Özlem Barut Selver, Şule Gökçe

Ege Üniversitesi, Genel Pediatri Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Bitot lekeleri ilk olarak 1863 yılında tanımlanmış ve yıllar boyu A vitamini eksikliğinin patognomonik bulgusu olarak kabul edilmiştir. Histopatolojik olarak bulbar konjonktivada kseroftalmi görülmekte ve goblet hücrelerinde kayıp izlenmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde nadiren görülen kseroftalmi, özellikle kısıtlı diyet ve emilim bozukluklarına bağlı A vitamini eksikliğine bağlı ortaya çıkmaktadır. Biz bu yazımızda çok nadir olarak normal A vitamini düzeyi ile Bitot lekeleri görülebilen olgumuzu sunmak istedik.

YÖNTEM:Bitot lekesi saptanması üzerine yönlendirilen hastanın etiyolojik neden araştırması planlanmıştır.

BULGULAR:6 yaş erkek hasta, konjenital limbal kök hücre yetersizliği ve aniridi nedeniyle göz hastalıkları uzmanı takibindeyken bilateral bitot lekeleri saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Öyküsünde özellikle geceleri olan görme keskinliğinde azalma tariflemekteydi. Özgeçmişinde 40. gestasyonel haftada doğum ve mekonyum aspirasyonu nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatış öyküsü mevcuttu. Nöromotor gelişimi yaşlarına göre geri saptanmış olup ve sosyal fobi nedeniyle tekrarlı başvuruları olduğu belirtildi. Anne babası arasında 1. derece kuzen evliliği vardı. Olguda ön planda A vitamini eksikliği düşünülerek tedavisi planlandı. Beslenme listesi sorgulandığında dengeli beslenme öyküsü mevcuttu. Yapılan biyokimyasal tetkiklerinde A vitamini düzeyi normal sınırlarda (1.21 µmol/L) saptandı ve eşlik edebilecek başka mikrobesein eksikliği saptanmadı. Yapılan gelişim değerlendirmesinde dil-bilişsel gerilik ve genel gelişimde gerilik görüldü. WAGR sendromu açısından değerlendirilen olgunun NSE düzeyleri normal sınırlarda saptandı ve karın ultrasonunda kitle görülmedi. Literatür verileri incelendiğinde İngiltere merkezli yapılan 10 hastayı içeren bir çalışmada normal düzeyde A vitamini ile görülen Bitot lekelerinde NHS, PAX6 ve FOXC1 mutasyonu saptandığı bildirilmiştir. Bu amaçla genetik hastalıklar konseyinde değerlendirilen hastada klinik ekzom sekanslama planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tanımlandığı dönemden bu yana bitot lekeleri ve kseroftalmi; A vitamini eksikliğine spesifik bulgu olarak belirtilmiş ve önlenabilir körlüğün en yaygın nedenleri arasında değerlendirilmiştir. Ancak son çalışmalar bazı genetik bozuklukların da bitot lekelerine neden olabildiğini göstermiştir. Bitot lekesi saptanan olgularda öykü ve laboratuvar bulgular ile vitamin eksikliği düşünülüyor ise eşlik edebilecek genetik hastalıklar açısından da irdelenmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: A vitamini eksikliği, Bitot lekesi, WAGR Sendromu, Kseroftalmi

Kseroftalmik göz görünümü



A vitamini tedavisi sonrası



EP-164

D Vitamini Metabolizma Bozukluğu ile Karışan bir Hastalık: Schmid Tipi Metafizyel Kondrodizplazi

Ayşe Sena Dönmez¹, Ayberk Turkyılmaz², Atilla Cayir³

¹Erzurum Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Erzurum

²Karadeniz Teknik Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Trabzon

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Erzurum Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Kliniği, Erzurum

GİRİŞ VE AMAÇ:Schmid tipi metafizyel kondrodizplazi (SMKD) *COL10A1* kaynaklanan, kısa boy, kısa ekstremiteler ve bacaklarda eğrilik ile seyreden metafizyel düzensizliklerin radyografik özellikleri ile karakterize nadir görülen bir iskelet displazisidir.

Çalışmamızda bacaklarda eğrilik ve boy kısalığı şikayetleri ile başvuran ve *COL10A1* geninde mutasyon saptanan olgunun sunulması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:İndeks olgu klinik bulguları ve aile ağacı analizi ile değerlendirilmiştir. Genetik analiz için ilk aşamada periferik kan örneğinden genomik DNA izole edilmiştir. Illumina NovaSeq platformu kullanılarak klinik ekzom dizileme yapılmıştır. Ailede etkilenen bireyler de segregasyon analizi ile araştırılmıştır.

BULGULAR:Yedi yaşında kız, boy kısalığı ve bacaklarda eğrilik şikayeti ile başvurdu. Özgeçmişinde, zamanında sezeryan ile 2800 gr doğduğu, bir yaşına kadar düzenli D vitamini profilaksisi aldığı, dişlerinin zamanında çıktığı, motor gelişiminin yaşına göre normal olduğu öğrenildi.

Soygeçmişinde, anne ve babasında akrabalık yoktu. Annesinde, teyzesinde ve anne tarafındaki akrabalarında benzer klinik bulgular mevcuttu (Şekil-1). Fizik muayenesinde; Ağırlık SDS: 1,8, boy: SDS -3,6, alt ekstremitelerde kısalık, genu varum ve femur eğriliği vardı. Laboratuvar incelemelerinde D vitamini metabolizma bozukluğu dışlandı. Aile öyküsü ve orantısız boy kısalığı olan olguda iskelet displazisi düşünüldü. İskelet displazisine yönelik yapılan genetik incelemede *COL10A1* geninde literatürde SMKD' ye neden olduğu gösterilmiş heterozigot NM_000493.4: c.1832G>A; p.Trp611Ter; (rs111033556) varyant saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Klinik ve radyolojik olarak raşitizme benzerliğinden dolayı SMKD için genetik analiz önem taşımaktadır. SMKD' de *COL10A1* geninin mutasyonlarından kaynaklanan genotip-fenotip korelasyonlarını anlamak için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Boy kısalığı,{*COL10A1*}, İskelet displazisi

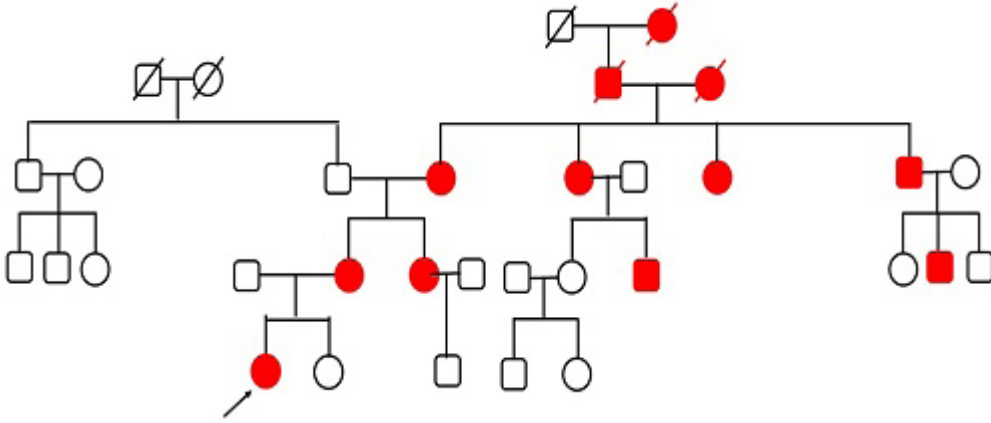
Resim 1. Ekstremité Görüntüsü



Resim 2. Radyolojik Görüntü



Şekil 1. Aile Ağacı



EP-165

Çağın Pandemisi: D Vitamini Eksikliği

Şadiye Elif Çetin, Gözde Ercan, Şirin Güven

Sancaktepe Sehit Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

GİRİŞ VE AMAÇ:Vitamin D eksikliği ülkemiz gibi gelişmekte olan ülkelerde en önemli halk sorunlarından biridir. D vitamini eksikliğinin otoimmün hastalıklar, maligniteler, kardiyovasküler hastalıklar gibi birçok durumla ilişkili olduğu güncel çalışmalarda ortaya konulmuştur. Bu çalışmada amacımız Mayıs-Ekim 2022 tarihleri arasında sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran hastalarda 25-OH D vitamini düzeylerinin yaş grubuna göre sıklığını belirlemek, ilişkili faktörleri değerlendirmek ve koruyucu hekimlik kapsamında D vitamininin rutin kullanımını teşvik etmektir.

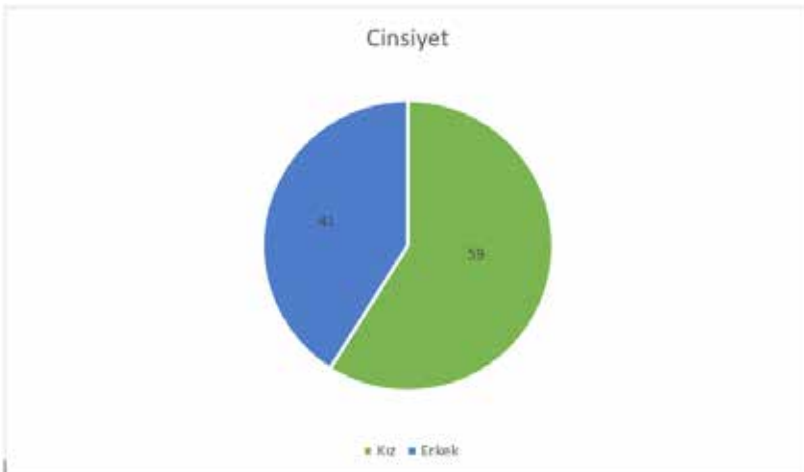
YÖNTEM:2022 Mayıs – Ekim ayları arasında hastanemiz Çocuk Hastalıkları Polikliniği'ne rutin kontrol amacıyla gelen 108 çocuk ve adolesan çalışmaya alındı. Hastaların demografik özellikleri, kronik hastalıkları, 25-OH D vitamini değerleri belirlendi. 25-OH D vitamini <12 ng/ml eksiklik, 12-20 ng/ml yetersizlik, 20-100 ng/ml olarak kabul edildi.

BULGULAR:Çalışmamızdaki popülasyonun %57,4'ü kız idi. Ortalama 25-OH D düzeyi; kızlarda 14,76 ng/ml, erkeklerde ise 18,29 ng/ml olarak bulundu. Çalışmamızda D vitamini yetersizliğinin sıklığı %27,7 olarak saptanmıştır. D vitamini düzeyleri cinsiyet ve yaşa göre istatistiksel anlamlı farklılıklar göstermektedir. Ortalama 25-OH D düzeyi; süt çocukluğu döneminde 20,3 ng/ml, okul öncesi dönemde 19,05 ng/ml, okul döneminde 16,41 ng/ml ve adolesan dönemde 13,12 ng/ml iken adolesan kızlarda 25-OH D düzeyi 11,26 ng/ml olarak saptanmıştır. D vitamini düzeyleri, adolesan kızlarda daha çok olmak üzere adolesan yaşlarda çocuk yaş gruplarına göre daha düşüktür.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Rutin kontrol nedeniyle hastanemize başvuran çocuklarda infant dönemi dışında D vitamini yetersizliği bulunmuş ve yaş arttıkça çocuklarda D vitamini eksikliğinin arttığı görülmüştür. Çalışmamızda; çocuklarda D vitamini eksikliğinden koruyucu yaşam tarzının benimsenmesinin ve infant döneminde olduğu gibi tüm yaş gruplarında rutin bir profilaksi uygulamasının önemi vurgulanmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: 25 hidroksi d, vitamin d eksikliği, adolesan, infant, çocuk

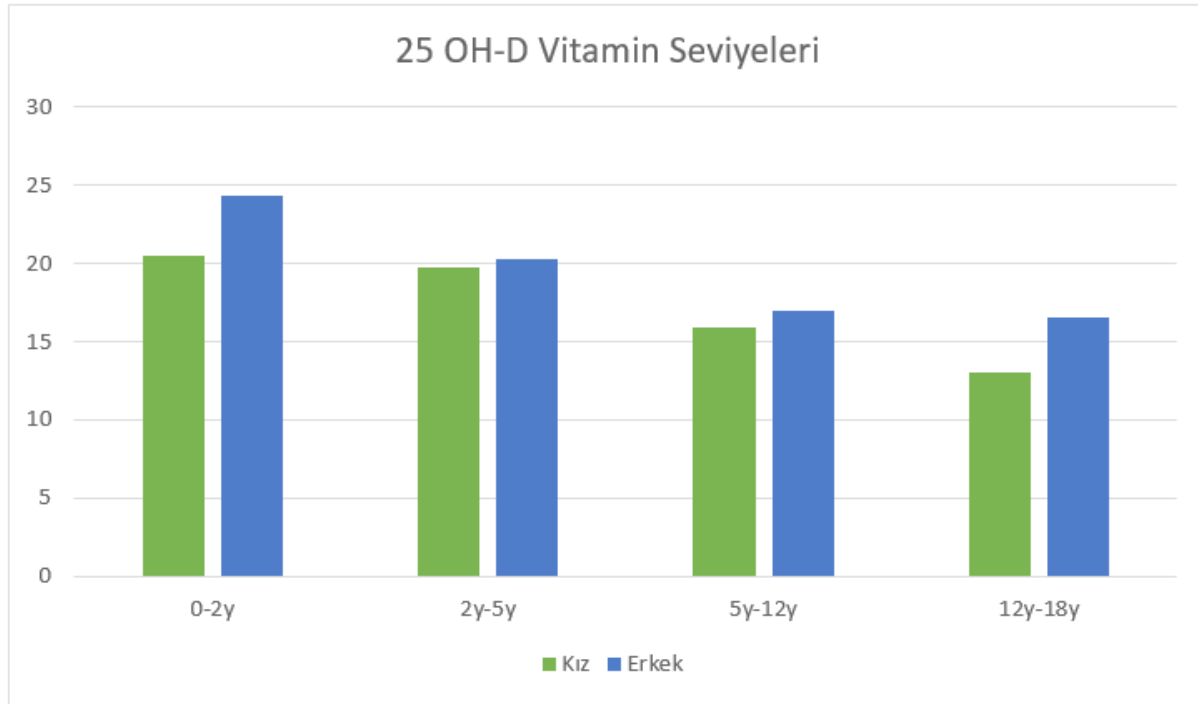
Cinsiyet



Yaş



Yasa göre Vitamin D degerleri



EP-166

Rastlantısal Saptanan Trombositopeninin Nadir Bir Nedeni: Psödotrombositopeni

Ayça Nur Arslanpınar¹, Fatmagül Baş¹, Tayyibe Sever², Deniz Yıldız¹, Dilek Sarıcı¹

¹Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği, Ankara

²Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Hematolojisi, Ankara

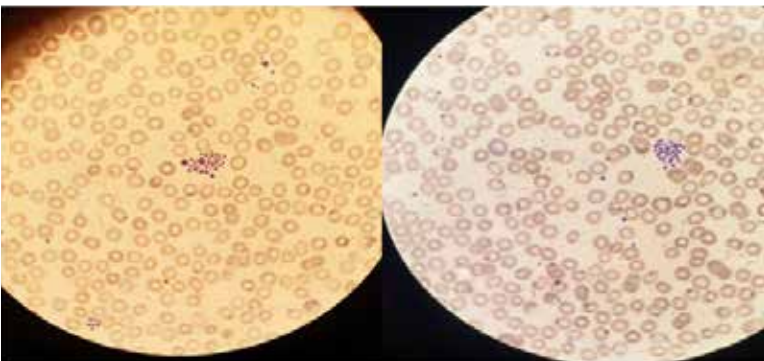
GİRİŞ VE AMAÇ:Trombosit sayısının yaşa göre olması gereken aralığın altında olması durumu olarak tanımlanan trombositopeni varlığından anamnez bozukluğunun yol açtığı durdurulamayan kanamalar ve yara iyileşme sürecinde gecikme görülebilir. Trombositopeninin birçok nedeni olmakla beraber çok nadir bir nedeni de psödotrombositopenidir (PTP). Bu olgu, çocuk sağlığı izleminde yapılan rutin testlerin yanında klinisyen tarafından yapılacak periferik yayma değerlendirmesinin önemini vurgulamak için sunulmuştur.

YÖNTEM:Ailesi tarafından rutin büyüme ve gelişme takibi için polikliniğimize getirilen 9 yaşında kız hastanın fizik muayenesinde vücut ağırlığı 26 kg (% 25-50 pers), boyu 130 cm(% 25-50 pers) ve tüm sistem muayeneleri doğaldı. Rutin laboratuvar incelemesinde; biyokimya parametreleri tamamen normal iken, tam kan sayımında hemoglobin: 11,8 gr/dl, WBC: 7400/mm³ PLT: 94.000 /mm³ olarak saptandı. Öz ve soy geçmişinde bilinen bir kanama bozukluğu öyküsü olmayan hastanın fizik muayenesinde ise patolojik lenfadenopatisi ya da hepatosplenomegalisi saptanmadı. Periferik kan yaymasında atipik hücre ya da blast saptanmadı, her alanda 2-3 adet 10-15'li trombosit kümeleri görüldü. Tam kan sayımı ve periferik yaymada görülen trombosit sayısının birbiri ile uyumlu olmaması üzerine EDTA'ya bağlı psödotrombositopeni olasılığı düşünülerek hastadan sitratlı tüpe kan alınarak tekrar hemogram çalındığında, hastanın gerçek trombosit sayısının 344.000/mm³ olduğu görüldü ve PTP tanısı kesinleştirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:PTP, antitrombosit antikorlar varlığında trombositlerin kümelenmesine bağlı olarak saptanan yalancı bir durumdur. EDTA'nın, kalsiyum iyonlarını bağlarken trombosit membranında bulunan glikoprotein IIb-IIIa molekülüyle etkileşerek, glikoprotein IIb epitopunu açığa çıkardığı ve bu epitopa karşı otoantikora sahip kişilerde trombositlerin kümelenmediği PTP'de; trombosit kümeleri büyüklüklerinden dolayı otomatik kan sayım cihazlarında trombosit olarak sayılmaz ve bunun sonucunda olduğundan daha düşük yanlış değerler raporlanır. Olgumuzda olduğu gibi; trombositopeni saptanan olgularda ileri tetkik ve tedaviye başvurmadan önce periferik kan yaymasının klinisyen tarafından incelenmesi ve PTP'nin akılda tutulması gereksiz tetkiklerin önüne geçilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: psödotrombositopeni (PTP), büyüme takibi, periferik yayma

Hastanın periferik kan yaymasında görülen 10-15'li trombosit kümeleri



EP-167

Yaygın Karaciğer Tutulumu ve Hipotiroidinin Eşlik Ettiği Hemanjiomatozis Olgusu

Gülçin Ünlü¹, Ayşe Kalyoncu Uçar³, Süheyla Ocak², Hilmi Apak²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Radyoloji ABD, Pediatrik Radyoloji

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk çağı vasküler lezyonları iki ana tipe ayrılır: tümörler ve vasküler malformasyonlar. Hemanjiyomlar en sık görülen vasküler tümörlerdir ve vasküler homeostazisteki regülasyon bozukluğu sonucu ortaya çıkarlar. Hemanjiomlar heterojen bir kliniğe sahiptirler. Yerleşim yeri, büyüklüğü ve derinliğine göre farklı özellikler göstermektedirler. Multiple kutanöz hemanjiomların hastada özellikle intrahepatik olmak üzere visseral hemanjiomlarla birliktelik gösterme olasılığı yüksektir. Hemanjiomatoziste prognozu iç organ tutulumu belirler. Bu olguda tüm vücutta çok sayıda kutanöz hemanjiomları, yaygın karaciğer tutulumu ve eşlik eden tüketim hipotiroidizmi olan 18 aylık erkek hastadan bahsedilecektir.

BULGULAR:Aralarında akraba evliliği olmayan baba ve annenin birinci gebeliğinden birinci canlı doğumu olarak 36+3 gestasyonel haftada normal vajinal yol ile doğan 18 aylık erkek hastada solunum sıkıntısı olması ve fizik muayenesinde ciltte farklı büyüklüklerde, yaygın, basmakla solmayan lezyonların saptanması üzerine tetkik ve tedavi amaçlı 37 gün YDYBÜ' de izleme alınmıştır. Hastanın abdominal ultrasonografisinde karaciğer heterojen görünümde olup en büyüğü 11 mm çapında yer yer silik sınırlı çok sayıda hipoekoik nodüller izlenmiştir. Ekokardiyografisinde küçük VSD ve küçük PDA dışında patolojik özellik saptanmamıştır. Tüm vücut MR'ında bukkal bölgede, göğüs ön duvarında, alt ve üst ekstremitelerde hiperintens yer kaplayıcı çok sayıda lezyonlar izlenmiştir. Hemogram, karaciğer fonksiyon testleri, koagülasyon parametreleri, fibrinojen ve AFP değerleri normal aralıkta izlenen hastanın tüketim hipotiroidizmi açısından istenen TSH'ı yüksek saptanması üzerine hipotiroidi tanısı ile levotiroksin ve hemanjiomatozis tanıları ile 2 mg/kg/gün' den propranolol tedavisi başlanıp çocuk hematoloji ve onkoloji polikliniğimizde izleme alındı. Hastanın tedavi altında hemanjiom boyut ve sayısında artış izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Üç veya daha fazla sayıda kutanöz hemanjiomu olan hastalarda karaciğer tutulumu açısından mutlaka ileri görüntüleme yapmak gerekmektedir. Karaciğer hemanjiomu saptanan olgularda tedavi endikasyonu bulunmaktadır. Tedavinin amacı kozmetik şekil bozukluklarını, psikososyal problemleri ve hayatı tehdit eden komplikasyonları önlemektir. Yaygın karaciğer tutulumu gösteren vakalar tüketim koagülopatisi ve hipotiroidi açısından takip edilmeli, hipotiroidinin kontrol altına alınmasının zor olabileceği ve yüksek doz ilaç tedavisi gerekebileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Hemanjiomatozis, Hipotiroidi, Karaciğer

Lezyon Görüntüleri



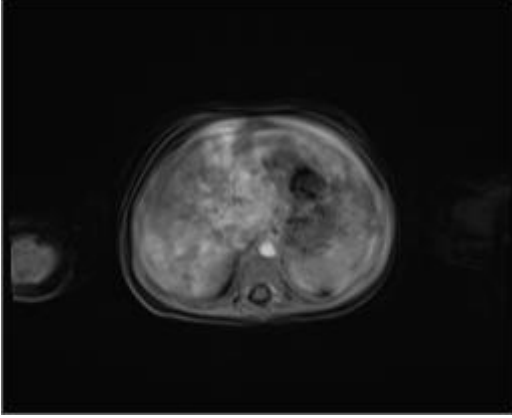
Lezyon Görüntüleri



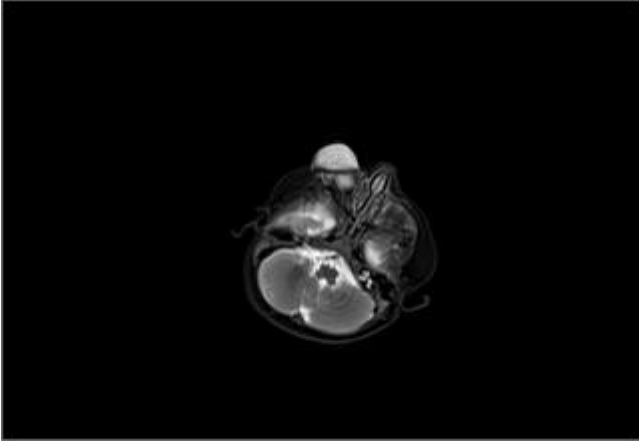
Lezyon Görüntüleri



MR görüntüleri

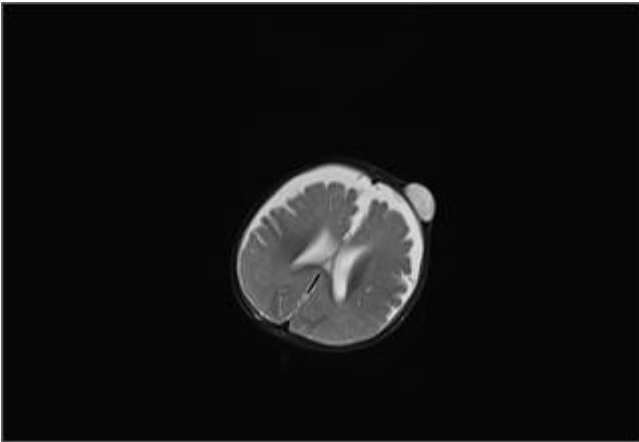


MR görüntüleri
MR görüntüleri



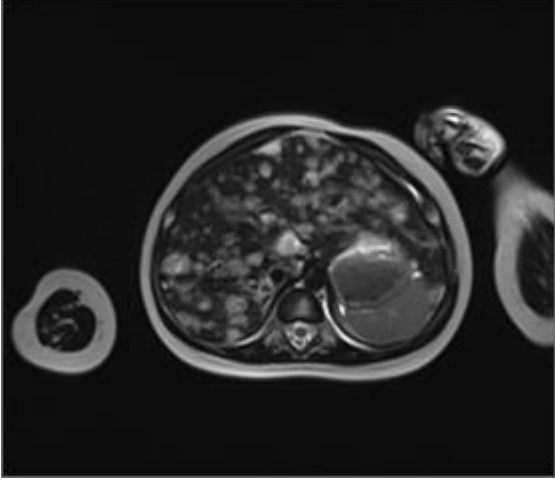
MR görüntüleri

MR görüntüleri



MR görüntüleri

MR görüntüleri



MR görüntüleri

EP-168

Çocukluk çağında elektrolit bozukluğunun nadir bir nedeni: Bilateral Wilms tümörü olgusu

Şeyma Dilek¹, Emine Türkan²

¹Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Prof Dr Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Wilms tümörü, çocukluk çağında en sık böbrek kaynaklı malignitedir. Genellikle 2-5 yaş arası çocuklarda görülür. Erken evrede tanı konan olgularda uygun tedavi ile kür sağlanması mümkündür. Bu sunumda tümörün yol açtığı elektrolit bozukluğu nedeni ile Bartter sendromu sanılarak aylarca bu tanı ile takip edilen bilateral Wilms tümürlü bir hastayı sunarak, Wilms tümörünün bazen elektrolit bozukluğu ile de başvurabileceğini vurgulamak ve erken tanının önemine dikkat çekmek istedik.

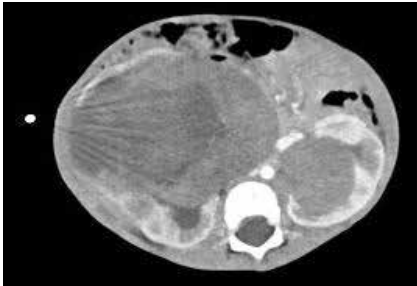
YÖNTEM:Tümörün yol açtığı elektrolit bozukluğu olan Bilateral Wilms tümürlü hasta sunulmuştur.

BULGULAR:26 aylık erkek hastanın çok su içme,sık idrara çıkma şikayetleri ile başvurduğu bir hekim tarafından yapılan incelemelerde hipopotasemisi ve hiponatremisi saptanmış. Bartter sendromu tanısı konularak hasta takibe alınmış.5 ay süren bu takip sonunda hastanın oral elektrolit replasmanına devam etmesine rağmen karında şişliğin artması ve halsizlik gelişmesi, batin palpasyonunda kitle ele gelmesi üzerine istenen batin ultrasonunda iki taraflı renal kitle görünümü saptanmış. Tomografide, her iki böbrekte lobüle konturlu, heterojen kitlesel lezyonlar izlenen hastaya kitleden trucut biyopsi yapılarak Wilms tümörü tanısı konuldu. Tümörün bilateral olup nefron koruyucu cerrahiye uygun olmaması nedeniyle neoadjuvant kemoterapi verildi. İlk kemoterapi kürü sonunda elektrolit dengesizliği azalan hastanın 2. kürden sonra hiç oral potasyum replasmanına ihtiyacı kalmadı ve elektrolit dengesizliği tamamen düzeldi. Neoadjuvant tedavi sonunda görüntüleme de tümörün küçülmüş olması nedeniyle nefron koruyucu cerrahi ile tümör rezeksiyonu yapıldı. Postoperatif radyoterapi de alan hastanın idame kemoterapisi devam etmektedir. Böbrek fonksiyonları ve elektrolit düzeyleri normal olup, görüntülemelerde kalıntı tümör dokusu saptanmamıştır.

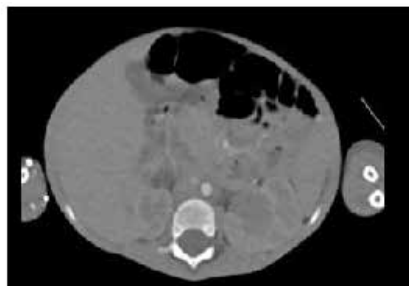
TARTIŞMA VE SONUÇ:Wilms tümürlü hastalar çocukluk çağında genelde batında kitleyle bazen de hematüri ve hipertansiyonla başvurmaktadır. Ancak nadiren bizim olgumuzdaki gibi elektrolit dengesizliği ilk bulgu olabilir ve yanlışlıkla tubülopati sanılabilir. Oysa dikkatli bir anamnez ve fizik bakıyı takiben seçilmiş olgularda noninvaziv bir yöntem olan ultrason ile ön değerlendirme, pek çok olgunun erken evrede tanı alması ve hastaların kür olmasıyla sonuçlanacağı için önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Bilateral Wilms tümörü, Bartter sendromu, elektrolit bozuklukları

Resim



Resim 1 Kemoterapi öncesi kitlenin bt görünümü



Resim 2 Kemoterapi sonrası kitlenin bt görünümü



Resim 3 Postoperatif batin mr görünümü

EP-169

Trombotik Trombositopenik Purpura (TTP)

Şefik Bahar¹, Feryal Karahan², Selma Ünal²

¹Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²Mersin Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Trombotik trombositopenik purpura (TTP) hayatı tehdit eden pek çok sistemi etkileyen nadir görülen bir hastalık olup, mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni, nörolojik bulgular, böbrek yetmezliği ve ateş ile karakterizedir. Bu posterde TTP tanısı alan bir olgunun sunulması amaçlanmıştır.

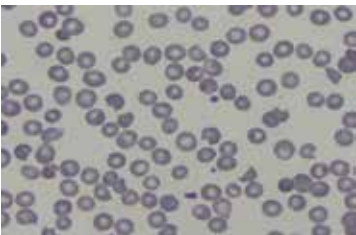
YÖNTEM:15 yaşında kız hasta, öyküsünden 28 gebelik haftasında C/S ile 2100 gram doğduğu, bir günlükken hiperbilirubinemi nedeniyle exchange yapıldığı öğrenildi. Hastanın anne ve babası 2.dereceden kuzendi. Dış merkezde 4 aylıkken trombositopeni nedeniyle aferez trombosit ile transfüze edilen hastanın 7 aylıkken basmakla solmayan döküntüsüne anemi ve trombositopeni eşlik etmesi nedeniyle Evans Sendromu düşünüldü. Hastaya takiplerinde sırasıyla IVIG, prednizolon ve yanıt alınamayınca ritüksimab tedavileri verildi. İzlemede 6 yaşındayken üre, kreatin değerlerinde (80,91/0,43) yükselme ile idrarda proteinürisi gelişti ve bununla birlikte tekrarlayan nöbetleri oldu. Hastada böbrek yetmezliği ve eşlik eden nörolojik bulgular nedeniyle TTP düşünüldü.

BULGULAR:Gönderilen tetkiklerinde ADAMTS-13 aktivitesi 0.28(40-120), ADAMTS-13 antijen <0.012 (0.190-0.81) ve inhibitör negatif idi. Konjenital TTP için gen analizi gönderildi ve ADAMTS-13 geni NMS 139025.4 c.1709A>G (p. Tyr570 Cys) (p. Y570C) homozigot pozitif olan hasta konjenital TTP (Upshaw Schulmann sendromu) tanısı aldı. Antiepileptik, antihipertansif ilaç kullanan hasta çocuk nefroloji ve nöroloji tarafından da takibe alındı. Kronik böbrek yetmezliği olan hastaya 3 yıldır periton diyalizi yapılıyor. Takiplerinde platelet düzeyine göre TDP (Taze Donmuş Plazma) tedavilerini almaya devam ediyor.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Konjenital TTP (kTTP) trombotik mikroanjiopati (TMA) grubunda sınıflanan, ADAMTS-13 gen değişimleri nedeniyle ADAMTS-13 proteininin üretilmemesi veya fonksiyonunun bozukluğu ile gelişen, nadir görülen, otozomal resesif bir hastalıktır. TTP olgularının %5-10'unu kTTP oluşturur. Hastalık trombositopeni, mikroanjiopatik hemolitik anemi, nörolojik bulgular ve böbrek yetmezliğini içerir. Tedaviye erken başlanması fatal olabilen hastalığın prognozunun olumlu seyretmesi açısından önemlidir. Ayırıcı tanıda HÜS (Hemolitik Üremik Sendrom), Evans Sendromu gibi hastalıklar muhakkak akılda tutulmalıdır. Konjenital TTP'de düzenli plazma infüzyonları ADAMTS-13 sağlar. Bu profilaktik yaklaşım akut ataklardan kaçınmak için kullanılır. TDP'ye cevapsız ve refrakter vakalarda ritüksimab gibi tedaviler de uygulanabilir.

Anahtar Kelimeler: mikroanjiopatik hemolitik anemi, nöbet, trombositopeni

Periferik yayma



Hemolize bağlı fragmente eritrositler, dev trombositler

EP-170

Tekrarlayan Öksürük ve Stridor Nedeniyle Takip Edilen Hastada Hodgkin Lenfoma

Ezgi Genç Köroğlu¹, Nazmiye Yüksek², Havva Nur Gökyar¹, Can Kurşun¹

¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Onkolojisi Ana Bilim Dalı, Zonguldak

GİRİŞ VE AMAÇ:Öksürük, solunum yolları mukozasındaki tahriş edici veya öksürük reseptörlerinin uyarılmasına alt solunum yolunun refleks cevabıdır. Çocuklarda tekrarlayan ve geçmeyen öksürüğün en yaygın nedeni astım olmakla birlikte stridorla birlikte olan öksürüklerin en yaygın nedeni kruptur. Ancak özellikle tekrarlayan stridorla birlikte olan öksürüklerde tüm laringeal obstrüksiyon nedenleri, trakeobronşiyal hastalıklar ve ekstrinsik kitleler açısından detaylı inceleme yapmak gerekmektedir.

Bu çalışmada tekrarlayan solunum semptomları olan hastalarda görüntülemenin önemi vurgulanmıştır.

YÖNTEM:Bir olgu sunumudur. 11 yaş 7 aylık erkek hasta 3 aydır devam eden ve sıklığı artan havlar tarzda öksürük nedeniyle tarafımıza 2022 ağustos ayında başvurdu. Hastanın 3 aylık süreç içerisinde yaklaşık 10 gün aralıklarla çeşitli hastanelere başvurusu mevcuttu. Hastaya ön planda astım düşünülerek inhale kortikosteroid ve montelukast tedavileri başlanmıştır. Tedavilerden fayda görmemesi üzerine çekilen akciğer grafisinde mediastinal kitle? şüphesiyle tarafımıza yönlendirilmişti. Fizik muayenesinde; sol alt servikalden supraklavikulare uzanan 3*3 cm, immobil, sert, ağrısız lenfadenopati, sağ jugulodigastrik bölgede 2*1 cm lenfadenopati mevcuttu. Aksiller, inguinal lenfadenopati palpe edilmedi. Traube kapalı, karaciğer kot altı 2 cm ele gelmekteydi.

BULGULAR:Akciğer grafisinde mediastinal kitle görünümü mevcuttu. Hemogramında lökositozu olmakla birlikte lenfopenisi yoktu. CRP: 81,4 mg/L ve sedimentasyon: 35 mm/h olarak akut faz reaktan yüksekliği vardı. Diğer biyokimyasal parametrelerinde patoloji izlenmedi. Çekilen toraks BT' si: 'Anterosuperior mediastende 10,3*6 cm boyutunda konglomere yumuşak doku lezyonu izlenmiş olup mediastinal vasküler yapılar ve kalp sağa deviye ve basılı görünümdeydi. Sağda seviye IV'te 20*21 mm boyutunda LAP izlendi (Lenfoma?)' şeklinde yorumlandı. Yapılan eksisyonel biyopsi sonrasında patoloji sonucu Nodüler Sklerozan Tip Klasik Hodgkin Lenfoma olarak sonuçlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tekrarlayan solunum semptomları olan, ön planda düşünülen tanılara yönelik tedavilere de direnç gösteren hastalarda altta yatan malignite riski göz ardı edilmemeli ve görüntüleme mutlaka yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tekrarlayan öksürük, tekrarlayan stridor, tedaviye dirençli solunum semptomları

Akciğer grafisi- mediastinal kitle



Tekrarlayan öksürük ve stridor nedeniyle başvuran hastanın çekilen akciğer grafisinde mediastinel kitle? lenf nodu? görünümü mevcut idi.

Hemogram

WBC	11800/mm ³
RBC	462000/mm ³
HGB	11,1 g/dl
HCT	%33,1
MCV	71,6 fl
PLT	511000/mm ³
LYM#	2200/mm ³
MO#	900/mm ³
NEU#	8500/mm ³
BA#	100/mm ³
EOZ#	100/mm ³

Biyokimya

CRP	81,4 mg/l
AST	13 u/l
ALT	6 u/l
Glukoz	100 mg/dl
Albumin	4,0 g/l
Kalsiyum	9,8 mg/dl
Sodyum	138 mmol/l
Potasyum	4,6 mol/l
Kreatinin	0,5 mg/dl
Üre	21 mg/dl
Ürik asit	3,4 mg/dl

EP-178

Uzamış Ateş, Pansitopeni, Splenomegali, Akraba evliliği: Primer Hemofagositik Lenfhistiositoz

Emine Zengin¹, Aylin Şanlı², Sema Aylan Gelen¹, Nazan Sarper¹

¹Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Kocaeli

²Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Kocaeli

GİRİŞ VE AMAÇ:Hemofagositik lenfhistiositoz (HLH) sitotoksik T-lenfositler ve natural killer (NK) hücrelerin fonksiyonlarında bozulma, makrofaj ve T-lenfositlerin aktivasyonu, proinflamatuvar sitokinlerin aşırı üretimi ve hemofagositoz sonucu ateş, hepatosplenomegali ve sitopeninin ön planda olduğu klinik tablodur. Genetik veya edinsel olabilir. Genetik (familiyal, primer) HLH otozomal resesif geçiş gösterir ve %70-80 ilk 12 ayda hemofagositoz tablosu geliştirerek tanı alır.

YÖNTEM:Bu hastada mutasyon analizi için moleküler testler kullanılmıştır.

BULGULAR:On gündür ateş ve beslenmede azalma olması üzerine başvurdu. Özgeçmişinde bir yıl önce papüller ürtiker tanısı ile 6 ay topikal steroid tedavisi alma, iki aydır gece terlemesi öyküsü vardı. Soygeçmişinde anne, baba kuzen evliliği yapmıştı. Sağlıklı iki kardeşi vardı. Fizik muayenesinde hepatosplenomegali ve ateş dışında özellik yoktu. Tam kan sayımında WBC:2920/mm³, NEU:240/mm³, HGB:6,9 g/dL, PLT:40.000/mm³ idi. Periferik yaymada sitopeniler dışında özellik yoktu. Kemik iliği aspirasyonu normosellüler, heterojen, myeloid seri azalmış, megakaryositler yeterli, hemofagositoz, leishmaniya ve blast artışı görülmedi. %12 eritroblast, %55 normoblast, %1 promiyelosit, %2 bant, %1 PNL, %2 eozinofil, %22 lenfosit görüldü. Kan biyokimyasında LDH 403 U/L, trigliserid 416 mg/dL, fibrinojen:330 mg/dL, ferritin:2735 ng/mL, albümin 6 gr/dL saptandı. Viral seroloji ve kültürleri negatif olarak sonuçlandı. HLH mutasyon incelemesinde UNC13D geninde c.1366C>T(p.Gln456Ter) homozigot mutasyon saptanarak primer HLH tanısı doğrulandı. HLH-2004 protokolüne göre IVIG, siklosporin, deksametazon ve etoposid uygulandı. Ateşi normale geldi, sitopenileri düzeldi. Artmış olan trigliserid 201 mg/dL'ye ve ferritin 784 ng/mL'ye geriledi. Karaciğer ve dalak küçüldü. Hastaya doku grubu tam uyumlu kardeşinden kemik iliği transplantasyonu uygulandı. Tam uyumlu kardeşinin aynı genetik mutasyonu taşımadığı gösterildi. Nakil sonrası iki yılını tamamlayan hasta sağlıklıdır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Uzamış ateş, hepatosplenomegali ile başvuran, akraba evliliği, kardeş ölüm öyküsü olan hastalarda HLH de akla gelmelidir. Primer HLH tanısı gecikirse ölümcül seyreder. Kemik iliği incelemesinde hemofagositoz yapan hücreler görülemeyebilir. Ateş, splenomegali, en az iki serinin sitopenisi, ferritin \geq 500 ng/mL, fibrinojen $<$ 1,5 g/L, trigliserid \geq 265 mg/dL olması ve hekimin bu tanıyı akla getirmesi hayat kurtarıcıdır.

Anahtar Kelimeler: Uzamış ateş, pansitopeni, hepatosplenomegali

HLH TANI KRİTERLERİ

Tablo 2. Hemofagositik sendrom tanı kriterleri

1. Ailevi hastalık/bilinen genetik defekt
2. Klinik ve laboratuvar tanı kriterleri*
 - Ateş (>7 gün, >38,5°C)
 - Splenomegali
 - Sitopeni (en az 2 hücre serisi)
 - Hemoglobin <9 g/dL (4 haftanın altında 12 g/dl)
 - Trombositler <100x10⁹/L
 - Nötrofiller <1x10⁹/L
 - Hipertrigliseridemi ve/veya hipofibrinojenemi
 - Açlık trigliseridi > 3 mmol/L
 - Fibrinojen <1,5 g/L
 - Ferritin >500 µg/L
 - sCD25 >2400 U/ml
 - NK hücre aktivitesinin azalması veya hiç olmaması
 - Kemik iliği, beyin omurilik sıvısı veya lenf nodlarında hemofagositoz

*Serebral bulguların varlığı, transaminaz, bilirubin ve laktat dehidrogenaz artışı destekleyici bulgulardır.

EP-179

İmmün Yetmezlik Tanılı Olguda Gelişen Otoimmün Hemolitik Anemi

Kübra Boztepe, Ebru Yılmaz Keskin

Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk çağında nadir görülen otoimmün hemolitik anemiler (OİHA) eritrosit yüzey antijenlerine karşı oluşan antikorlar ile kaplı eritrositlerin retiküloendotelyal sistemde parçalanması sonucu gelişir. Bazen kompleman aracılı intravasküler yıkım da eşlik edebilir. Burada kombine immün yetmezlik tanılı olguda gelişen OİHA tablosu sunulmaktadır.

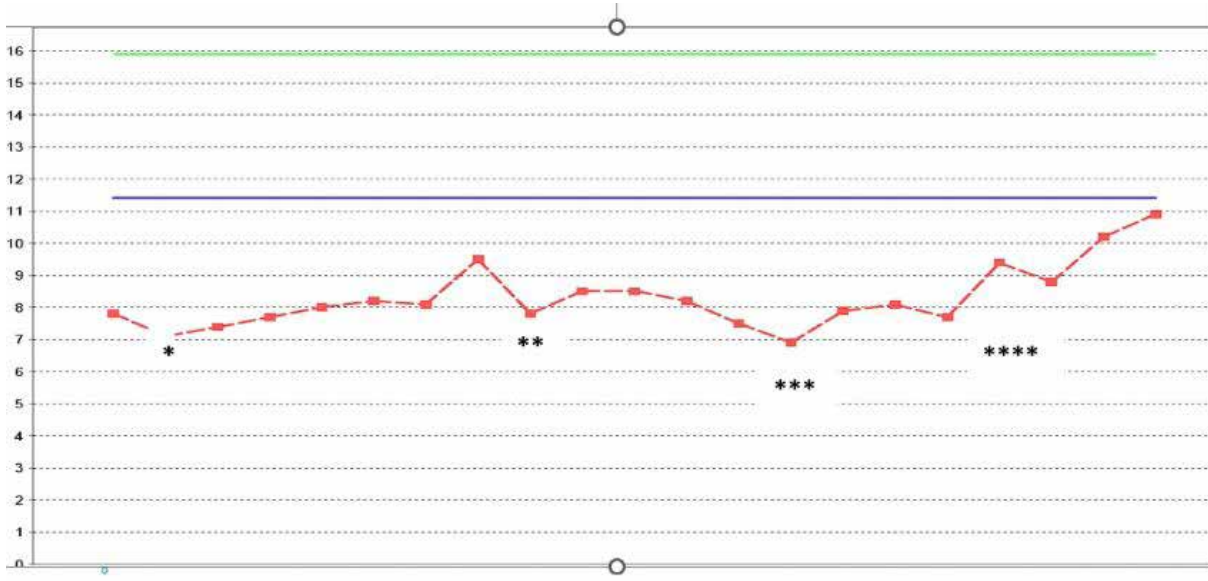
YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Bir yaşındaki erkek çocuk kombine immün yetmezlik tanısı ile takipli iken solukluk şikayeti ile başvurdu. Vital bulguları stabil olan olgunun tetkiklerinde hemoglobin (Hgb) 7,1 g/dL, hematokrit %22, MCV 100,4 fL, MCHC 34,6 g/dL, LDH 578 U/L bulundu. Periferik kan yaymasında makrositoz, anizositoz, polikromazi, sferositler, mikrosferositler ve nadir normoblast izlendi. Retikülosit %12, direkt Coombs +4 bulundu. Monitörize edilen hastaya altta yatan immün yetmezlik tanısı nedeniyle steroid tedavisi yerine intravenöz immunglobülin (IVIG) 2 g/kg dozunda verildi ve folik asit desteği başlandı. İzlemede IVIG sonrası 4. günde Hgb değeri 8,2 g/dL'ye yükseldi. Ancak Hgb değerinde tekrar düşme izlendi. O esnada hastada rotavirus gastroenteriti ve üst solunum yolu enfeksiyonu gelişmesi nedeniyle ikinci kez IVIG tedavisi verildi. İzleminde Hgb değerinde ılımlı yükseklik sonrasında tekrar düşüklük hastada kemik iliği aspirasyonu ile hematolojik malignite dışlandıktan sonra prednizolon (2 mg/kg/g) tedavisi başlandı. Hgb düzeyi 10 g/dL'nin üzerine çıktıktan sonra steroid tedavisinde azaltma şemasına geçildi. Olgunun izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İmmün yetmezlik ve otoimmünite birbirlerine zıt iki mekanizma gibi görünmesine rağmen gerçekte bu iki tablo aynı hastada bir arada görülebilmektedir. OİHA altta yatan bir hastalığa ikincil olarak gelişebilir. Bazen otoimmün bulgular immün yetmezliğin ilk belirtisi olabilir. Bu yüzden OİHA saptanan hastalar immün yetmezlik açısından da değerlendirilmelidir.

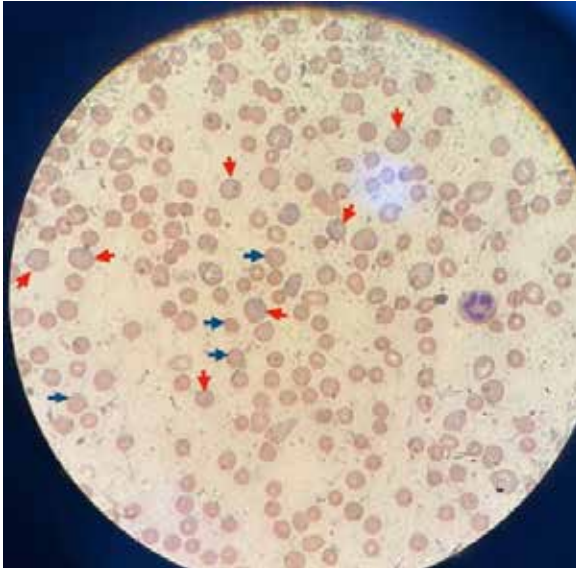
Anahtar Kelimeler: Kombine İmmün yetmezlik, Otoimmün hemolitik anemi,

Olgunun İzlemedeki Hemoglobin Eğrisi



* 1. doz intravenöz immunglobulin (IVIG) ** 2. doz IVIG *** intravenöz (iv) metilprednizolon 2 mg/kg/gün dozunda başlandı. **** iv metilprednizolon orale geçildi.

Periferik Kan Yayması



makrositoz, anizositoz, polikromazi, sferositler, mikrosferositler

EP-180

Glanzmann Trombastenili Olguda Menarş Döneminde Ağır Menstrüel Kanama

Kübra Boztepe¹, Ebru Yılmaz Keskin²

¹Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta

²Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Isparta

GİRİŞ VE AMAÇ:Glanzmann Trombastenisi (GT) otozomal resesif kalıtılan nadir bir kanama bozukluğudur. Trombosit membranındaki Glikoprotein IIb/IIIa'nın eksikliği veya işlev bozukluğu nedeniyle trombosit agregasyon bozukluğu bulunur. Olgularda genellikle erken çocukluk döneminden itibaren uzamış burun kanamaları, yaygın ekimoz ve peteşiler görülür. Adölesan kız çocuklarında ağır menstrüel kanamalar izlenebilir. Burada GT tanılı kız olguda menarş döneminde gelişen ağır menstrüel kanamanın yönetimini sunmak istedik.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Merkezimizde GT tanısı ile izlenen on üç yaşındaki kız olgu üç gündür olan yoğun adet kanaması nedeniyle başvurdu. Monitörize edilen hastaya intravenöz traneksamik asit (3x 10 mg/kg) başlandı. Demir eksikliği anemisi (hemoglobin 8,6 g/dL, ferritin 3 ng/ml) bulunan hastaya demir tedavisi başlandı. İzlemde kanaması devam eden ve hemoglobin değeri 5,4 g/dL'ye kadar düşen hastaya iki haftalık yatışı süresince toplam 4 ünite eritrosit konsantresi ve 3 ünite aferez trombosit transfüzyonu uygulandı. Ek olarak p.o. kombine oral kontraseptif tedavisi başlandı. Trombosit transfüzyonu ile etkili kanama kontrolü sağlanamayan hastada trombosit refrakterliği olabileceği düşünülerek 2,5 saatte bir 90 µg/kg rekombinan faktör VIIa başlandı. Olgunun yatışının 11. gününde kanaması sona erdi. Kombine oral kontraseptif tedavisi kademeli olarak azaltılarak toplam tedavi 21 güne tamamlanacak şekilde düzenlendi. Hastaya bir sonraki menstrüasyon kanaması döneminde GnRH analogu başlanması planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:GT'li kız olgularda özellikle menarş döneminde ağır adet kanamaları görülebilir. Majör ve hayatı tehdit eden kanamalarda ilk tedavi seçeneği trombosit transfüzyonudur. Ancak alloimmunizasyon veya trombosit refrakterliği gelişen olgularda rekombinan faktör VIIa sıklıkla etkili kanama kontrolü sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Glanzmann Trombastenisi, menstrüel kanama, adölesan kız

EP-181

Glanzmann trombastenili hastada over kist rüptürü: Olgu sunumu

Jule Eriç Horasanlı¹, Arif Caner Erdoğan¹, Kübra Nur Erdoğan²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya

²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Konya

GİRİŞ VE AMAÇ: Glanzmann trombastenisi, otozomal resesif geçişli trombosit fonksiyon bozukluğudur. Epistaksis, diş eti kanaması, menoraji sık görülen klinik belirtilerdir. Olgumuzda ise yaygın olmayan başvuru şekli mevcut olması nedeniyle sunmayı planladık.

Glanzmann trombasteni tanılı 13 yaşındaki kız hasta bir gündür olan karın ağrısı ve yediklerini içerir tarzda kusma şikayeti ile U: dış merkeze başvurdu. Dış merkezde kan sonuçlarında anemi ve lökositoz olduğu görülen hasta batın ultrasonografi (USG) ile değerlendirilmiş. Batın USG'de sağ paraovaryal alanda uterusu deplase eden 10x10 cm boyutunda heterojen alan görülmesi üzerine batın tomografi çekilmiş. Tüm batında yaygın serbest sıvı ve sağ pelvik bölgede 8 cm çapında şüpheli lezyon izlenmiş ve tarafımıza sevk edilmiş. Hasta çocuk acil başvurusu sonrasında kadın doğum kliniğimize konsülte edildi. Hastaya over torsiyonu ve over kist rüptürü ön tanılarıyla tanısız laparotomi planlandı. Operasyon öncesi hastaya 1 ünite trombosit süspanasyonu, transamin ve rekombinant pıhtılaşma faktörü VIIa verildi. Operasyonda 1500 cc hematoma boşaltıldı. Sağ overde rüptür alanı izlendi ve intrakorporal sütüre edildi. Operasyon sonrası çocuk hematoloji ve kadın hastalıkları ve doğum kliniğince takip edilip taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Glanzmann trombastenili hastaların başvurusunda kanama ilişkili klinik durumlar ön planda akılda tutulmalıdır. Erken tanı ve tedavi mortalite ve morbiditeyi azaltmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Glanzmann trombastenisi, over kist rüptürü, hematoma

EP-182

Çocukluk Çağında Glanzmann Trombastenisi Saptanan Olgu

Tuğba Soyyiğit İşleyen¹, Gökalp Rüstem Aksoy², Elif Güler Kazancı², Murat Tutanç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:Glanzmann trombastenisi, trombosit membranındaki glikoprotein (GP) IIb-IIIa kompleksinin eksikliği veya azalmış fonksiyonu nedeniyle oluşan, otozomal resesif kalıtsal bir trombosit hastalığıdır. Kanama diyatezi etiyolojisinde birçok faktör suçlanmakta olup bunlardan önemli bir bölümünü de trombosit fonksiyonundaki bozukluklar oluşturmaktadır. Bu yazıda kanama diyatezi ile başvuran ve Glanzmann trombastenisi saptanan bir vaka sunulmuştur.

YÖNTEM:16 aylık kız hasta, uzun süredir aralıklı vücutta morluk oluşumu ve başvuru sırasında gluteal bölgede morluk ve şişlik şikayetiyle Çocuk Hematoloji polikliniğine başvurdu. Fizik muayenesinde, sağ gluteal bölgede yaklaşık 4 x 5 cm 'lik hematoma mevcuttu. Özgeçmişinde tekrarlayan ekimoz öyküsü mevcut olup, soygeçmişinde özellik yoktu. Yapılan tetkiklerinde tam kan sayımı, biyokimya, koagülasyon değerleri normal saptandı. Periferik yaymada;trombositler normal büyüklükte, dağılımı ve sayısı normal idi. Ön tanıda tam kan sayımı ve koagülasyon tarama testleri normal olabilen kanama diyatezleri düşünüldü.

BULGULAR:İleri tetkik olarak Faktör 8, faktör 13, von willebrand faktör bakıldı, normal saptandı. Tetkikler normal saptanan ancak uzun süredir şikayeti devam edip derin ekimozu olan hastada araştırmaya devam edilerek EDTA'sız direkt parmak ucu periferik yayma yapıldı. Trombositlerin agregasyonu beklenirken, tek tek yayılmış halde sayıca yeterli ve normal boyutta görüldü. Olguda trombosit fonksiyon bozukluğu düşünülüp trombosit fonksiyon testleri çalışıldı. Olguda TRAP(trombin reseptör aktive edici faktör),Kollajen, ADP ve Ristosetin'e karşı düşük agregasyon eğrileri elde edildi. Kesin tanı için flow sitometri yapıldı ve CD41a (GPIIb/IIIa) antijeni düşük saptandı. Bu veriler doğrultusunda olgu Glanzmann trombastenisi tanısı aldı. Kanama diyatezi olduğu dönemde trombosit süspansiyonu ve faktör 7 replase edilmesi planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kanama diyatezi ile başvuran hastalarda hemogram ve koagülasyon testleri normal saptanmasına rağmen hastanın şikayeti uzun zamandır mevcut ve bulguları şiddetli ise ileri inceleme yapılmalıdır. Tanı alındığında tedavisi mümkün olup, tedavisiz hastalarda mortal seyredabilen trombosit fonksiyon bozukluklarından biri olan Glanzmann trombastenisinin ayırıcı tanıda düşünülmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ekimoz, Glanzmann Trombastenisi, Kanama diyatezi

Resim 1. Olguda yapılan trombosit fonksiyon testi



Resim 2. Olguda yapılan flow sitometri değerlendirilmesi

Doktor : Bursa Şehir Hastanesi

Endikasyon : Trombosit Yüzeysel Antijeni

Kan Sayımı Sonucu(XS-1000i)

Trombosit Sayısı: 330000 /Ul

FLOW SİTOMETRİ DEĞERLENDİRME RAPORU

TEST ADI	SONUÇ	REFERANS DEĞER
CD41a (GPIIb/IIIa)	: 0.7	(>%90)
CD42a (GPIb/IX-V)	: 99.9	(>%90)
CD61 (GPIIb/IIIa)	: 99.9	(>%90)

*Flow sitometri ile trombositler üzerinde yapılan analizde; Trombosit yüzey antijen ekspresyonları Glanzman Trombositopenisi ile uyumlu bulunmuştur.

EP-183

Geç Tanı Almış Schwachman-Diamond Sendromu: Olgu Sunumu

Dilara Lahut¹, Ferit Durankuş¹, Zafer Bıçakçı²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Schwachman Diamond sendromu (SDS) kemik iliği disfonksiyonu, ekzokrin pankreas yetersizliği, büyüme gelişme geriliği ve iskelet anomalileri ile karakterize, otozomal resesif geçişli ender bir hastalıktır. SDS çocukluk çağında pankreatik yetersizliğin kistik fibrozisten sonraki en sık nedendir. Tipik olarak SDS'li hastalar 4 ay civarında pankreatik yetersizlik bulguları gösterir; ancak hematolojik bozukluklar erken çocukluk döneminde gelişir. Fanconi ve Diamond-Blacfan anemisinden sonra 3. sıklıkta görülen konjenital kemik iliği yetersizliği olan SDS 1/75000 sıklığında saptanmaktadır. Tanı, genellikle erken çocukluk döneminde görülen hematolojik bozukluklarla konur. Hastalığın doğal gidişi tam olarak bilinmemektedir. Çocukluk çağında mortalitenin major nedeni enfeksiyon, malabsorbsiyon ve solunumu güçleştiren torasik bozukluktur.

YÖNTEM: Laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ile değerlendirilmiştir.

BULGULAR: 11 yaşında erkek hasta sık enfeksiyon geçirme ve büyüme gelişme geriliği olması üzerine başvurdu. Hastanın yapılan muayenesinde tartısı: 21,2kg(<3P, -3.25SDS), boyu: 127cm(<3P, -2.6SDS), malnütre görünümü ve toraks darlığı saptanan, hastanın laboratuvar tetkiklerinde Hct: %33, Hgb: 10,9g/dL, Mcv: 97,1fL, WBC: 4200/mm³, kesin nötrofil sayısı: 1650/mm³, Plt: 142000/mm³, üre: 21mg/dl, crea: 0,63mg/dL, AST: 23U/L, ALT: 18U/L, CRP: 0,2mg/dL bulundu. ferritin: 21,1ng/ml (5,6-216), vitamin B12: 1082pg/ml (187-883), folat: 7,3ng/mL (3-20), retikülosit: %1,3, hemoglobin elektroforezinde HbA: %91,4, Hb A2: %2,2, HbF: %6,4 (<1), IgA, IgG, IgM ve IgE düzeyleri normal, PT: 15,8sn (11,5-15,5), aPTT: 26,6sn (25,6-35,2), 25OH vitamin D3: 5,6ng/ml (ağır eksiklik<10), vitamin A: 28µdL (26-49), vitamin E: 0,33mg/dL (0,3-0,9), dışkıda pankreatik elastaz: 82 (patoloji <100), lipaz: 7IU/L, amilaz: 37IU/L ve diğer biyokimya tetkikleri normal sınırlarda olup; periferik kan yaymasında lenfosit hakimiyeti olan hastanın trombositleri yeterliydi ve blast hücresi görülmedi. Çekilen PA akciğer grafisinde toraksı dar ve pelvis grafisinde metafizlerde hafif genişleme olduğu görüldü. Bu belirti ve bulgularla Schwachman Diamond sendromu düşünülen hastanın SBDS gen analiz sonucu cis/trans veya bileşik/ikili heterozigot olarak geldi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Sonuç olarak büyüme gelişme geriliği, sık enfeksiyon geçirme ve anemisi olan vakalarda SDS düşünülmeli ve ayırıcı tanı için gereken tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Schwachman Diamond sendromu, büyüme gelişme geriliği, tekrarlayan enfeksiyonlar, anemi

Resim 1: Malnütre Görünüm ve Toraks Darlığı



Resim 2: PAAC Toraks Darlığı



Resim 3: Femur Başında Metafizer Dizostos



EP-184

Fasiyal Paralizi ile Başvuran Medulloblastom Olgusu

Deniz Cabiri, Elif Yücedağ, Aybüke Damla Aslancirit, Gamze Özgürhan, Didem Arman

İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Fasiyal paralizi; nervus facialis ya da dallarının farklı nedenlerle etkilenmesine bağlı olarak yüzde hareket azlığı ya da hareketsizlik ortaya çıkması olarak tanımlanır. Çocuklar nadiren fasiyal paralizi ile başvururlar. Fasiyal sinir paralizisi etiolojisinde en sık neden %42 ile Bell paralizisidir. Bunu %21 ile travmalar, %13 ile enfeksiyonlar, %8 konjenital nedenler, %2 neoplazmlar izlemektedir. Medulloblastom infantlarda nadir görülen ve agresif seyreden bir posterior fossa tümördür ve semptomları birçok hastalıkla karışabilir. Burada fasiyal paralizi nedeni ile başvurarak steroid tedavisi başlanan ancak sonrasında medulloblastom tanısı alan 7,5 aylık kız olguyu sunduk.

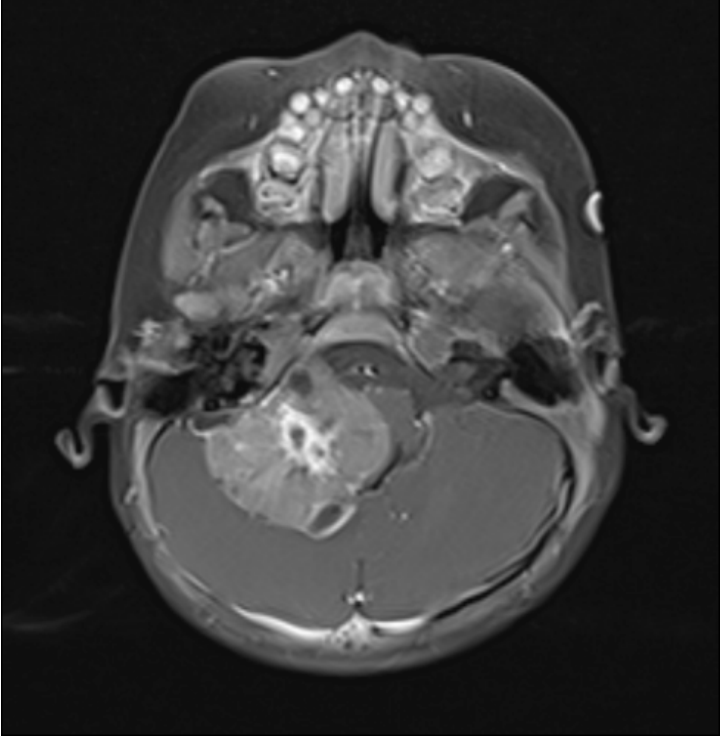
YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:7,5 aylık bilinen bir hastalığı olmayan, kız hasta acil servise 2 gündür olan kusma, düşkün görünüm, göz teması kurmama, donukluk ve etrafa ilginin azalması şikayetleri ile başvurdu. Hastanın 2 hafta önce fasiyal paralizi nedeniyle metilprednizolon ve antibiyotik tedavisi aldığı öğrenildi. Vital bulgularında; ateş 36,5 derece, kalp tepe atımı 124/dk, solunum sayısı 32/ dk, TA: 90/50 mmHg idi. Fizik muayenesinde; bilinç açık, göz küreleri çökük, göz teması kurmuyor, etrafla ilgisiz ve hipoton olduğu saptandı. Hastanın sol göz kapağında pitozis, ağız kenarında paralizi gözlemlendi. Laboratuvar tetkiklerinde Hb: 12 g/dl, PLT: 246.000/mm³, WBC: 9.999/mm³, CRP: 5,43 mg/L, KCFT/BFT ve elektrolitleri normal saptandı. Hastaya fasiyal paralizi etyolojisine yönelik Beyin MR'ı çekildi. Görüntüleme sağ pontoserebellar köşe düzeyinden başlayarak sağ internal akustik kanal içerisine doğru uzanan, IV. ventriküle, bulbusa, ponsa, sağ serebellarhemisfere belirgin bası oluşturan, yaklaşık 45x37 mm boyutlarında ölçülen, T1 heterojen hipointens-T2 heterojen hiperintens, iç yapısında kistikkomponentlerin izlendiği, heterojen diffüzyon kısıtlaması gösteren ve yoğun kontrastlanan kitlesel lezyon saptandı. Medulloblastom ön tanısı opere edildi.

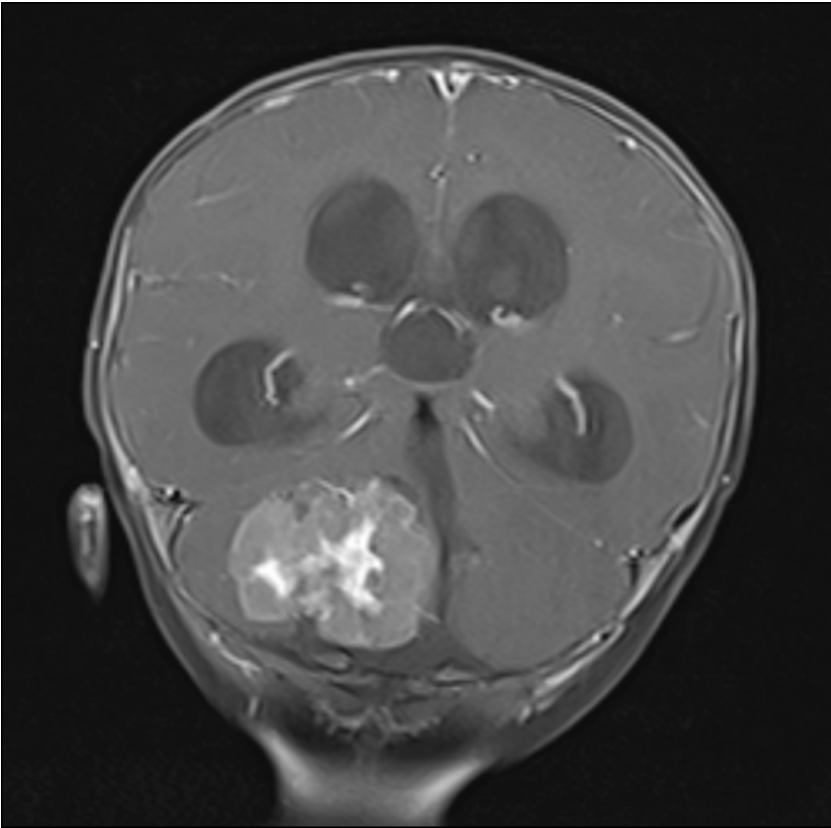
TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuklarda fasiyal paralizi nedenleri erişkinlere göre daha karmaşıktır, daha dikkatli değerlendirme ve ayırıcı tanı gerektirir. Nedeninin saptanamadığı veya tedaviye yanıtın olmadığı durumlarda maligniteleri dışlamaya özen göstermeli ve görüntüleme yapılmalıdır. Ayrıca çocuklarda kullanımı tartışmalı olan steroidlerin kesin tanı koyulmadan başlanması konusunda dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Medüllablastom, fasiyal paralizi, infant, beyin tümörü

Resim-1



Resim-2



EP-185

Tromboz Tanısı Alan Çocuk Hastaların Retrospektif Değerlendirilmesi

Meltem Özkök Salt¹, Aylin Canbolat Ayhan², Hüsnü Fahri Ovalı³

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Yenidoğan Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Tromboz tanısı alan çocuk hastaların demografik bilgileri, tromboz açısından aile öyküleri, tromboz yerleşimleri, kalıtsal ve edinsel risk faktörleri, tedavi süreçlerinin değerlendirilmesi amaçlandı.

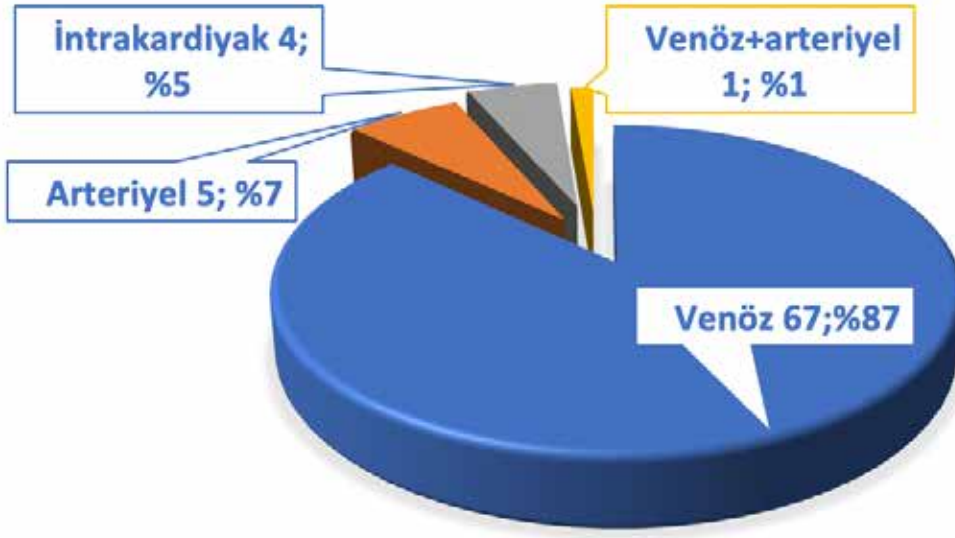
YÖNTEM:2015-2022 yılları arasında tromboz tanısı ile başvurmuş olan 77 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi.

BULGULAR:Hastalarımızın %44,2'si erkek, %55,8'i kız idi. Bimodal yaş dağılımı görülmüş olup hastalarımızın %40,3'ü 0-2 yaş arasında, %33,8'i ise 10-18 yaş aralığında bulundu. Hastalarımızın %5,2'sinde tromboz içeren aile hikayesi vardı. Hastaların %87'sinde venöz, %6,5'inde arteriyel, %5,2'sinde intrakardiyak, %1,3'ünde ise hem venöz hem de arteriyel tromboz görüldü. Tüm hastaların %80,5'inde edinsel, %95,3'ünde genetik, %72,7'sinde ise hem edinsel hem de genetik risk faktörleri birlikte bulunmakta, yenidoğan hasta grubunda ise edinsel risk faktörü oranı %88,9, genetik risk faktörü oranı %100, edinsel ve genetik risk faktörü oranı ise %87 olarak tespit edildi. En sık edinsel risk faktörü santral kateterizasyon varlığı idi. En sık görülen genetik mutasyonun ise Metilentetrahidrofolat redüktaz mutasyonu olduğu görüldü. Tüm hastaların %36,4'ünde merkezi sinir sistemi, %6,5'inde intrakardiyak, %11,7'sinde abdominal, %26'sında periferik ve %19,5'inde derin ven lokalizasyonu görüldü. Abdominal lokalizasyonu olan 9 hastanın 7'si portal, 2'si renal; periferik lokalizasyonu olan 20 hastanın 18'i üst, 2'si alt; derin ven lokalizasyonu olan 15 hastanın ise 5'i üst, 9'u alt ve 1'i pulmoner yerleşimliydi. Hastaların %94,8'inde düşük moleküler ağırlıklı heparin tedavisi kullanıldı. Tedavi süresi 2 hafta-2 yıl arasında olduğu görüldü. Ortalama tedavi süresi $6,02 \pm 4,44$ ay olarak tespit edildi. Hastaların %10,4'ünde nüks gelişti. Hastaların %11,7'sine profilaksi verildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocukluk çağı trombozlarında edinsel risk faktörlerinin yanı sıra genetik risk faktörleri de önemli bir yer tutmaktadır. Oral antikoagulanların kullanımı giderek artmakla birlikte, düşük molekül ağırlıklı heparin hala en sık tercih edilen antikoagulan ajandır. Tedavi süresi ve profilaksi uygulaması henüz çocukluk çağı için çok net kriterlerle kesinleştirilememiştir. Bu konuda daha geniş serilerle yapılmış olan çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Genetik mutasyon, tromboz, trombofili

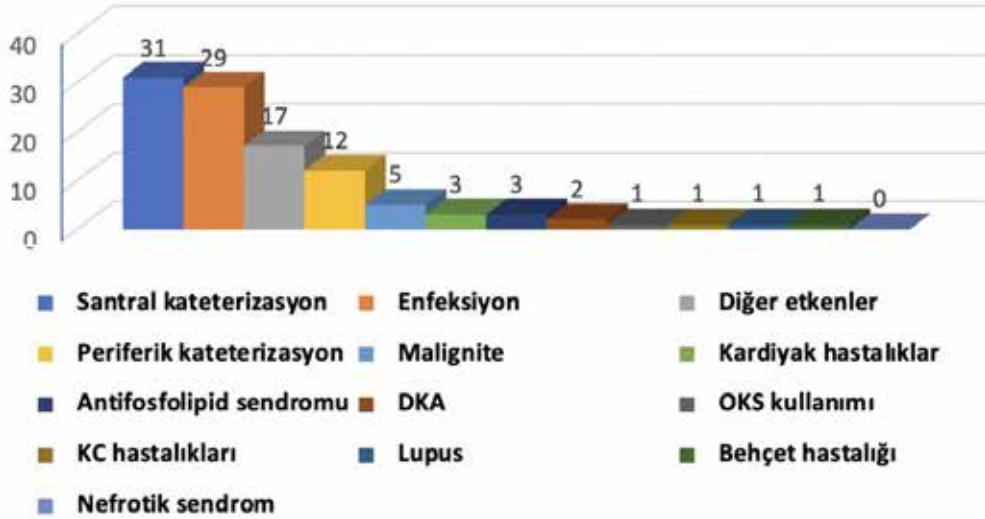
Şekil 1



TROMBOZ TÜRÜ

Şekil 2

EDİNSEL RİSK FAKTÖRLERİ



EP-186

Hepatosit nükleer faktör (HNF)-1 beta mutasyonuna bağlı kronik böbrek hastalığı olan bir çocukta piyelonefrit: Olgu Sunumu

Şule Pektaş Leblebici¹, Ayben Leblebici², Nuran Cetin¹, Çiğdem Öztunalı³, Aslı Kavaz Tufan¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

²Eskişehir Yunus Emre Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut piyelonefrit (APN), üst üriner sistem enfeksiyonu semptomları ve piyüri ile karakterizedir. Bununla birlikte, bazı hastalarda semptomlar belirsiz olabilir ve bazen sadece ateş görülebilir. Mevcut APN tanı ve tedavi kılavuzları, APN' nin klinik özelliklere ve piyurinin varlığına göre klinik olarak teşhis edilmesini önermektedir. Ateş dışında herhangi bir semptom yoksa piyüri varlığı APN tanısını doğrulayan en önemli faktördür.

YÖNTEM:Bu yazıda evre 4 kronik böbrek hastalığı (KBH) tanılı ateş, karın ağrısı ile başvuran, piyüri görülmeden APN tanısı alan bir hasta sunulmuştur.

BULGULAR:11 yaşında kız hasta ateş, karın ağrısı şikayetleriyle getirildi. Altı yaşından beri HNF-1 beta mutasyonuna bağlı KBH tanısı ile takip edilen hastanın fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyeti mevcuttu. Kan üre azotu 51,5 mg/dL, kreatinin 3,42 mg/dL, lökosit 20850/uL, absolü nötrofil sayısı 19490/uL, C-reaktif protein 194 mg/L, prokalsitonin 189 ng/mL idi. İdrar tetkikinde nitrit negatif, lökosit esteraz negatif, idrar mikroskopisinde lökosit 2/hpf görüldü. Ultrasonografide sağ böbrekte grade 2, sol böbrekte grade 3 hidronefroz, her iki böbrekte kortikal yerleşimli milimetrik kistler mevcut olup iki böbreğin parankim ekoları grade 2 artmıştı. Daha önce yapılan tetkiklerinde hidronefroz olmaması üzerine çekilen batın grafisinde taş gözlenmedi. Kontrastsız abdomen bilgisayarlı tomografisinde (BT) sol böbrek pelvisi düzeyinde ve sol üreter proksimal 1/3 kesiminde üroepitelyal duvar kalınlık artışı ve diffüz/non-kitlesel kontrastlanma artışı, sol perirenal yağ planlarında diffüz ödem/enflamasyona sekonder retiküler dansite artımları izlendi. Hasta piyelonefrit tanısıyla servise yatırılarak hidrasyon ve meropenem, teikoplanin başlandı. İdrar kültüründe 100000 koloni Eschericia coli üredi. Klinik bulguları ve akut faz değerleri gerileyen, kontrol idrar kültüründe üreme saptanmayan hasta tedavisi 14 güne tamamlanarak taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Akut piyelonefritli hastalarda klinik özellikler ile fizik muayenenin belirsiz olabileceği ve her zaman piyüri bulunamayabileceği unutulmamalıdır. Ateşin başka bir nedeni bulunamıyorsa, idrarın mikroskopik muayenesi normal olsa bile APN tanısı göz ardı edilmemelidir. APN tamamen dışlanamazsa, klinik özelliklerden veya piyüri varlığından bağımsız olarak BT gibi görüntüleme testleri daha aktif olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: akut piyelonefrit, hepatosit nükleer faktör (HNF)-1 beta mutasyonu, piyüri

EP-187

Normal Anyon Açığı Olan Böbrek Yetmezliği Sebebi: Tip IV RTA

Fatma Uzun, Aslihan Kara, Buket Esen Açar, Esra Genç, Metin Kaya Gürgöze

Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, çocuk nefroloji bilim dalı, Elazığ

GİRİŞ VE AMAÇ:Renal tübüler asidoz (RTA), glomerüler filtrasyon hızına bağlı olmaksızın, tübülüs işlevlerindeki bozukluk sonucu bikarbonat geri alınmasında ya da hidrojen iyonu atılmasında yetersizlikle ortaya çıkan, normal anyon açıklı hiperkloremik metabolik asidoza neden olan bir klinik tablodur. Bu bildiride idrar yolu enfeksiyonuna bağlı gelişen böbrek yetmezliği ve Tip IV RTA tanısı alan olguyu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM:Operedilmiş meningomyelose (MMC), nörojen mesane ile takipli hasta ateş şikayetiyle başvurdu. Fizik muayenede alt ekstremiteler plejik, ventriküloperitoneal şanti ve batında operasyon skarı vardı

BULGULAR:Başlangıç vital bulguları normal olan hastanın laboratuvar analizinde bakılan tam idrar tetkikinde PH:6, dansite:1012, Lökosit esteraz:+3, lökosit:15/HPF, nitrit negatif, Hb:9.9 mg/dl, WBC:19.49 mg/dl, Platelet:551.000 mg/dl, biyokimya tetkikinde Glukoz:96 mg/dl, Potasyum:7.3 meq/L, Üre:228 mg/dL, kreatinin:9.04 mg/dL, sodyum:133 mg/dl, kalsiyum:9.15 mg/dl, klor:111 mEq/L, ürik asit:8.7 mg/dl idi. Kan gazında pH:7,28, pCO2:25,8 mmHg, HCO3:10 mmol/L, Base: -15 K mmol/L serum anyon açığı normal (12) olarak hesaplandı. Abdominal ultrasonografide bilateral böbrek toplayıcı sistemde grade II-III hidroüreteronefroz izlenmekte ve mesane glob görünümdeydi. EKG'de T sivriliğinin olması, hiperürisemi ve metabolik asidozunun olması üzerine yatışı yapılarak hiperpotasemiye yönelik potasyum düşürücü tedavi verildi. Kontrol potasyumu 6.5 meq/L olan ve EKG'de T sivriliği devam eden hasta iki saatlik hemodiyalize alındı, idrar sondası ile idrar çıkım takibi yapıldı. İdrar kültüründe Klebsiella pneumonia üremesi üzerine seftriakson başlandı. İzlemde tedavinin onuncu gününde kontrol idrar kültüründe üremesi olmayan kontrol kan gazı normal, böbrek fonksiyon testleri ve serum elektrolitleri tamamen düzelen(üre:41 mg/dL, kreatinin:0,7 mg/dL, Potasyum 4,08 meq/L), hasta temiz aralıklı kateterizasyon ve antibiyotik profilksisi önerilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuk hastalarda idrar yolu enfeksiyonu Tip IV RTA'nın edinsel nedenlerinden biridir. Hiperkalemi, normal anyon açığı olan metabolik asidoz ve böbrek yetmezliği ile başvuran olgularda idrar yolu obstrüksiyonunun ve enfeksiyonun tedavisi gibi uygun klinik yaklaşım ile böbrek fonksiyon testleri hızla düzelebilmektedir

Anahtar Kelimeler: TİP4 RTA, akut böbrek yetmezliği, meningomyelose, hiperpotasemi, hemodializ

EP-188

Kronik Böbrek Yetmezliği Olan Çocuklarda Mitokondriyal Oksidatif Hasar Göstergeleri

İlknur Girişgen¹, Esin Avcı², Melike Gümüş Çoban³, Tülay Becerir¹, Hande Şenol⁴, Selçuk Yüksel¹

¹Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi, Biyokimya Ana Bilim Dalı, Denizli

³Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

⁴Pamukkale Üniversitesi, Biyoistatistik Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ VE AMAÇ:Kronik böbrek yetmezliğinde (KBY); üremi proenflamatuar sitokinlerin (IL-1, IL-6, TNF) salınımını sağlar. Bunlar mitokondriyal fonksiyonu etkiler, hücrel yaşlanmayı tetikler. Böbrek mitokondriden zengin bir organdır, mitokondriyal süperoksit üretimi; oksidatif hasara yol açar, bu da mitokondriyal DNA'ya, elektron transport zincirine zarar verir. Renal mezangial hücrelerde üretilen mitokondriyal reaktif oksijen ürünleri, TGF-B, sitokinlerin artışına ve tübülointerstisyel fibrozise yol açar. Mitokondriyal açık okuma çerçevesi 12s rRNA-c (MOTS-C) mitokondriyal DNA'da kodlanan biyoaktif hormonlardır, metabolizmayı düzenler, apoptozisi baskılar. Çalışmamızda kronik böbrek yetmezlikli hastaların serum MOTS-c düzeyleri ile sağlıklı çocukların serum MOTS-C düzeyleri karşılaştırılmıştır.

YÖNTEM:Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Nefroloji kliniğinde takipli 46 KBY hastası ve 46 kontrol hastası çalışmaya dahil edildi.Cinsiyet, yaş, KBY tanı yaşı, evresi, etiyolojisi, anemi, eritropoetin kullanımı, renal osteodistrofi, asidoz, hipertansiyon ve renal replasman tedavilerine göre değerlendirildiler. Serum örneklerinden MOTS-C düzeyleri ELISA yöntemi ile çalışıldı.

BULGULAR:İki grubun yaş ve cinsiyetleri benzerdi. Kontrol grubuna göre KBY hastalarında MOTS-C düzeyleri anlamlı düşük saptandı (Tablo.1). KBY etyoloji sınıflamasına (tübüler/glomerüler), renal replasman tedavilerine (prediyaliz, diyaliz, böbrek nakli) ve KBY evrelerine göre sınıflandırıldığında, gruplar arasında MOTS-C düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo.2).

Parathormon yüksekliği olan, anemisi olan ve fosfor yüksekliği olan hastalarda olmayanlara göre MOTS-C düzeyleri anlamlı düşük saptandı (Tablo.3). MOTS-C düzeyleri ile PTH düzeyleri negatif korele bulunmuştur (Şekil.1).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Günümüzde KBY'li hastalarda oksidatif hasar ile ilgili araştırmalar sürmektedir. Mitokondriyal peptidlerden MOTS-C oksidatif hasardan koruyucu bir peptid olup, literatürde tek çalışmada KBY'li erişkin hastalarda serum seviyesinin düştüğü gösterilmiştir. KBY'li çocuklarda yapılan ilk çalışma bizim çalışmamızdır. MOTS-C'nin KBY evrelerinde ve etyolojisinde yol gösterici olmadığını ancak KBY'li tüm çocuklarda, tüm evrelerde hatta böbrek nakli yapılmış hastalarda düşük saptadık. Bu KBY'de enflamasyon başladığında oksidatif hasarın erken dönemde ve etyolojiden bağımsız başladığını düşündürmüştür. Anemi ve sekonder hiperparatiroidili hastalarda MOTS-C seviyelerinin düşüklüğü yine aneminin ve hiperparatiroidinin oksidatif hasarla doğrudan ilişkili olduğunu göstermiştir. Çalışmamızın MOTS-c tedavisinin hastalarda uygulanabilir olup olmadığına yol gösterebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: KBY, MOTS-C, PTH, RRT

Tablo.1.Kronik Böbrek Yetmezliği ve Sağlıklı Çocuklarda MOTS-C Düzeyleri

MOTS-C (ng/ml)	KBY (n =46)			Kontrol (n=46)
	Pre-Diyaliz (n=22)	Nakil (n=11)	Diyaliz (n=13)	
<u>Ortalama±SS</u>	62,1±10,7	61,2±13,2	56,5±9,8	105,2±54,7
Medyan	62,8	59,7	57,4	102,1
<u>Min</u>	38,4	37,4	39,2	15,0
<u>Max</u>	83,9	84,1	78,5	251,9
IQR	55,7-67,3	52,6-71,5	49,9-61,4	66,2-142,4
P	0,720	0,607	0,360	<0,05

Kontrol grubuna göre KBY hastalarında MOTS-C düzeyleri anlamlı düşük saptandı (Tablo.1)

Tablo 2. Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisine göre MOTS-C Düzeyleri

Kronik Böbrek Yetmezliği Sınıflandırması	Kronik Böbrek Yetmezliği Etiyolojisi	n (n=46)	MOTSC (ng/ml)	P
Glomerüler (19)	<u>Fokal Segmental Glomerüloskleroz</u>	9	56,9	0,268
	Hemolitik Üremik Sendrom	2		
	<u>Kresentik Glomerulonefrit</u>	1		
	IGA nefropatisi	1		
	Konjenital Nefrotik Sendrom	2		
	Lupus Nefriti	2		
	Kronik <u>Tubulointerstisyel Nefrit</u>	2		
Tübüler (20)	Kistik Böbrek Hastalığı	2	62,8	
	<u>Nörojen Mesane</u>	6		
	Vur Nefropatisi	5		
	<u>Sistinozis</u>	3		
Nedeni Bilinmeyen	Nedeni Bilinmeyen Kronik Böbrek Yetmezliği	7	56,9	

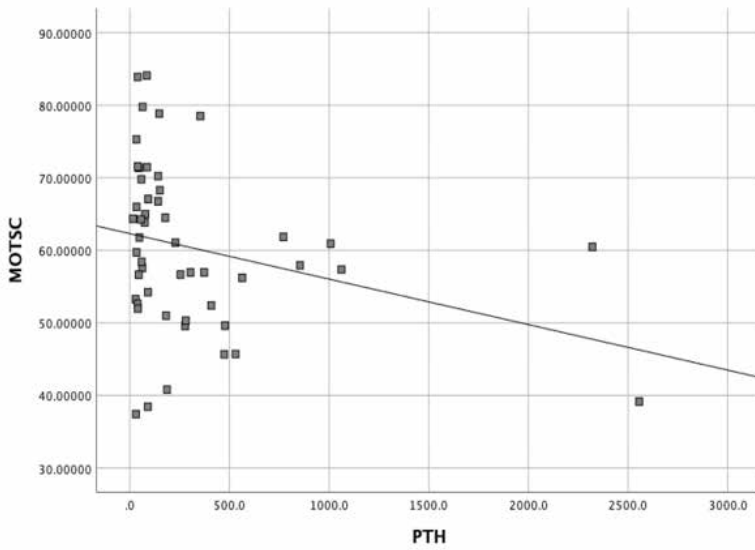
KBY etiyoloji sınıflamasına (tübüler/glomerüler), renal replasman tedavilerine (prediyaliz, diyaliz böbrek nakli) ve KBY evrelerine göre hastalar sınıflandırıldığında gruplar arasında MOTS-C düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı (Tablo.2).

Tablo.3. KBY'li hastalarda anemi, hiperparatiroidi, hiperfosfatemi varlığı ile MOTS-C düzeylerinin karşılaştırılması

MOTSC (ng/ml)	Anemi		Hiperparatiroidi		Hiperfosfatemi	
	Var	Yok	Var	Yok	Var	Yok
<u>Ortalama±SS</u>	54,8±9,2	63,7±10,9	57,6±10,3	64,2±11,3	56,9±10,8	63,3±10,8
Medyan	56,6	64,3	57,0	64,0	57,0	64,3
<u>Min</u>	37,4	38,4	38,4	37,4	38,4	37,4
<u>Max</u>	78,5	84,0	78,8	84,1	83,9	84,1
IQR	50,6-59,2	56,7-70,0	50,6-65	57,7-71,1	50,4-60,8	55,7-69,8
P	0,007		0,045		0,053	

Anemisi olan, parathormon yüksekliği ve fosfor yüksekliği olan hastalarda olmayanlara göre MOTS-C düzeyleri anlamlı düşük saptandı (Tablo.3). Metabolik asidoz ve hipertansiyonu olan hastalarda olmayanlara göre düzeyleri farklı saptanmadı.

Şekil.1. KBY'li çocuklarda parathormon (PTH) düzeyleri ile MOTS-C'nin negatif korelasyonu (r: -0,311 p= 0,036)



MOTS-C düzeyleri ile PTH düzeyleri negatif korele bulunmuştur (Şekil.1).

EP-189

PIEZO2 Mutasyonu Olan Hastada Atipik Hemolitik Üremik Sendrom

Cansel Damar Kısakürek¹, Asude Bahar Sönmez¹, Diana Üçkardeş², Emre Keleşoğlu², Metin Eser³, Safiye Güneş Sağer⁴, Nilüfer Gökner², Gül Özçelik⁵, Cengiz Candan²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Kliniği

⁴İstanbul Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji Kliniği

⁵Sağlık Bilimleri Üniversitesi Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği

GİRİŞ VE AMAÇ:PIEZO2 geni mekanotransdüksiyonda görevli seçici olmayan katyon kanallarını kodlar. Bu gendeki patojenik varyantlar bulguları birbiri ile örtüşebilen Gordon sendromu, distal artrogripozis tip 5(DA5) ve Marden-Walker sendromuna neden olmaktadır. Nadir bir PIEZO2 mutasyonu taşıyan hastamızda beklenmedik bir şekilde atipik hemolitik sendrom ortaya çıkması nedeniyle hastamızı sunmak istedik.

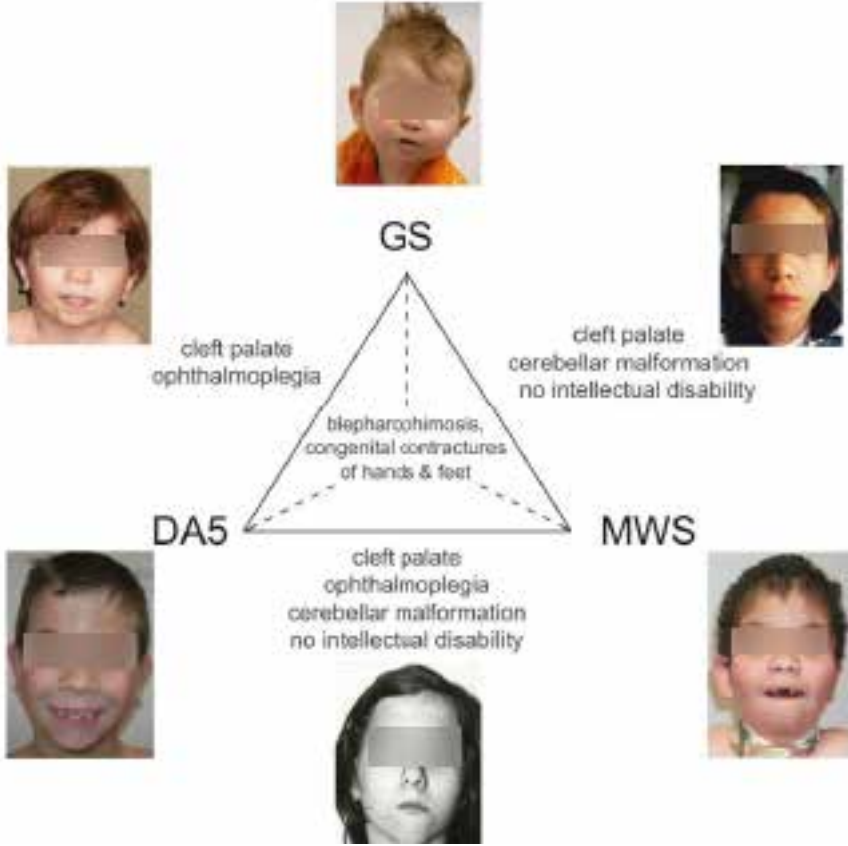
YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:20 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden sezaryen ile term doğan bebek, hipotonisite ve solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde takip edilmiş. Kronik akciğer hastalığı tanısıyla 1 yaşından itibaren geceleri BİPAP desteği almakta. Konjenital hipotonisite ve çeşitli iskelet sistem deformiteleri (kifoskolyoz, pes ekinovarus, pectus excavatum, kamptodaktili) ile birlikte blefarofimozis, yüksek arklı kaşlar, düşük yerleşimli kulak, prognatizm, glossopitoz, yüksek damak arkı, boyunda hafif yele web mevcut. Nörolojik değerlendirmesinde dilde daha belirgin olmak üzere yaygın gelişimsel gecikmesi mevcut. Periferik hipotonisitesi, miyopatik yüz görünümü olan hastada üst ve alt ekstremite EMG' de duyuusal sinirleri etkileyen aksonal tipte polinöropati saptandı. Hastamızın izleminde 1 yaşında ani gelişen hemolitik anemi, trombositopeni ve akut böbrek yetersizliği ile atipik hemolitik üremik sendrom tanısı aldı. Ekulizumab tedavisi ile izlenirken hastada 3 yaşında meningoksemi gelişmesi üzerine tedavi sonlandırıldı. Bununla birlikte 2 ay içinde aHÜS atakları tekrarladı ve periton diyalizi tedavisi başlandı. Bu süreçte hastanın tüm gen analizinde mevcut sendromik bulgularını açıklayabilen PIEZO2 geninde c.3851_3853(p.Ser1284del) inframe varyantı homozigot olarak saptandı. Ayrıca tüm gen analizinde kompleman faktör H gen bölgesinde de heterozigot mutasyon olduğu gözlemlendi ve aHÜS kliniği de bu mutasyon ile ilişkilendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Gordon sendromu, distal artrogripozis tip 5 ve Marden-Walker sendromu nadir görülen benzer fenotipik özellikler gösteren ancak ayırımı zor olan PIEZO2 mutasyonu spektrum hastalıklarıdır. PIEZO2 mutasyonuna bağlı geniş yelpazede bulgular saptanmış olmakla birlikte kistik böbrek hastalıkları harici renal patoloji gösterilmemiştir. Aynı zamanda atipik hemolitik üremik sendrom tanısı alan hastamız bu renal bulguya sahip literatürdeki ilk PIEZO2 mutasyonu bulunan hastadır.

Anahtar Kelimeler: aHÜS, DA5, Gordon, Marden Walker, PIEZO2

Resim 7



PIEZO2 mutasyonu saptanan GS, DA5, MWS hastalarında ayırt edici ve ortak klinik bulguların şematizasyonu

Resim 1



Resim 2



Hastamızda görülen pes ekinovarus

Resim 3



Hastamızda görülen düşük yerleşimli kulak, hafif yele web, prognatizm

Resim 4



Hastamızda görülen el 1. parmakta distal artrogripoz

Resim 5



Hastamızda görülen pektus ekskavatum

Resim 6



Hastamızda görülen glossopitoz,yüksek arklı kaşlar ve blefarofimozis

EP-190

Çocukluk çağında hipertansiyonun nadir bir nedeni: 17-alfa hidroksilaz/17,20 liyaz eksikliği

Emine Sumru Gökşen¹, Aysun Kaya Ata², Sevgin Taner³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Adana Şehir Hastanesi, Çocuk Nefroloji

GİRİŞ VE AMAÇ:17-alfa hidroksilaz/17,20 liyaz eksikliği bir milyon canlı doğumda bir görülen nadir bir konjenital adrenal hiperplazi (KAH) nedenidir. CYP17A1 geninin otozomal resesif kalıtılan mutasyonu sonucu 17-alfa hidroksilaz ve 17,20 liyaz enzimlerinin düzenlediği basamaklarda fonksiyon kaybı nedeniyle kortizol ve seks steroidlerinin üretimi azalırken; progesteron ve 11-deoksikortikosteron üretimi artar. Hastalarda hipertansiyon ve hipokalemiyle birlikte kızlarda seksüel gelişim geriliği, erkeklerde virilizasyon bulguları görülür.

YÖNTEM:Bu yazıda baş ağrısı nedeniyle başvurup 17-alfa hidroksilaz/17,20 liyaz eksikliği tanısı alan 17 yaşında kız olgudan bahsedildi.

BULGULAR:Öyküsünden iki yıl önce kan basıncı (KB) yüksekliği saptandığı, takip ve tedavi altına alınmadığı ve primer amenoreik olduğu öğrenildi. Baba ve abide hipertansiyon öyküsü vardı. Vücut ağırlığı 55 kg (25-50p), boy 173 cm (90-97p),KB 151/94 mmHg, dış genitaler dışı görünümde, meme tanner evre 3 idi. Laboratuvar incelemelerinde hemogram, böbrek fonksiyonları, tiroid fonksiyonları ve lipit düzeyleri normal olup hipokalemi (3,06 mmol/L) ve idrarda mikroalbuminüri (spot idrar albümin/kreatinin:36) mevcuttu. Renal Doppler USG normaldi. Ekokardiyografi ve göz muayenelerinde son organ tutulumuna ait bulgu saptanmadı. Hastaya amlodipin (10 mg/gün) başlandı. Amlodipin tedavisi altında görülen ambulatuar KB monitorizasyonunda tüm gün sistolo-diyastolik non-dipper hipertansiyon saptanması üzerine ramipril (5 mg/gün) eklendi. Sekonder hipertansiyon etiyojisine yönelik olarak yapılan tetkiklerinde kortizol düşük (2,4 µg/dl), ACTH değerinin yüksek (289 ng/L) gelmesi üzerine yapılan synacten uyarı testine yeterli kortizol yanıt yoktu ve adrenal yetmezlik tanısı konuldu. Pelvik USG ve kontrastlı pelvik MR'da uterus ve overler izlenmedi, bilateral inguinal kanallarda testis dokusuna ait görünümler izlendi. 17-alfa hidroksilaz/17,20 liyaz eksikliği ön tanısı ile hidrokortizon tedavisi başlanan hastanın CYP17A1 geninde bileşik heterozigot mutasyon saptandı. Karyotip analizi sonucu bekleniyor.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Endokrin nedenler pediatrik hastalarda hipertansiyonun nadir nedenlerindedir. Hipertansiyon ve primer amenore gibi klinik bulguları olsa da, 17-alfa hidroksilaz/17,20 liyaz eksikliğinin, olgumuzdaki gibi geç adolesan döneme kadar tanı almadığı bildirilmiştir. Bu nedenle çocukluk çağında KB yüksekliği ile başvuran tüm hastalarda ayrıntılı öykü alınması ve sekonder hipertansiyon nedenlerinin ekarte edilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: hipertansiyon, konjenital adrenal hiperplazi, pediatri, sekonder hipertansiyon

EP-192

Ailevi Akdeniz Ateşi Tanısı ile İzlenen Hastaların İki Yıllık Değerlendirmesi

Gizem Adan¹, Gül Özçelik²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Ailesel Akdeniz ateşi (AAA) otozomal resesif geçişli genetik bir hastalıktır. Akut seröz membran inflamasyonu atakları ve artmış amiloidoz riski ile karakterizedir. Ataklar 1-3 gün kadar sürer ve geçer. Atak dönemlerinde eritrosit sedimentasyon hızı ve C-reaktif protein gibi akut faz proteinleri, serum amiloid A ve fibrinojen artışı görülür ve ataksız dönemlerde normale döner. Ataklar ve komplikasyonları kolşisinle kontrol altına alınmaya çalışılır. Hastanemizde en az 1 yıl süreyle AAA tanısı ile izlenen, ek hastalığı olmayan, en az altı ay düzenli kolşisin kullanan hastaların verilerini inceledik.

YÖNTEM:Çalışmamıza Ocak 2020 ile Mayıs 2022 tarihleri arasında başvuran, AAA tanısı ile takip edilen hastalar alındı. AAA dışında otoinflamatuvar hastalığı olanlar, enfeksiyon sürecinden geçenler ve tedavi uyumsuzluğu olan hastalar çalışmaya alınmadı.

BULGULAR:Toplam 97 hasta çalışmaya alındı. %43,3(n=42)'ü erkek, %56,7 (n=55)'si kız idi. Hastaların ortalama yaşı 11±4 yıl, ortalama hastalık başlangıç yaşı 6±3,5 yıl, ortalama tanı alma yaşı 7,1±3,7 yıldır. %19,5(n=19) hastada akraba evliliği mevcuttu. Hastaların %41,25'inde M694V heterozigotlar saptanırken; %12,5'inde mutasyon saptanmadı, M694V homozigot mutasyonu %10 hastada saptandı. Genetik mutasyonlar ile hastalık başlangıç yaşları arasında anlamlı fark saptanmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:AAA hastalarındaki M694V mutasyonu Türk, Yahudi, Ermeni ve Arap popülasyonlarında en yaygın olanıdır. Türkiye'de taşıyıcılarda en sık saptanan mutasyonlar sırasıyla E148Q, M680I, M694V ve V726A mutasyonlarıdır. Çalışmamızda M694V heterozigot mutasyon olarak en sık görülmüştür. Bazı çalışmalarda hastalığın başlangıç yaşına göre mutasyonlar karşılaştırıldığında, hastalığın M694V mutasyonu taşıyıcılarında daha erken geliştiği bildirilmiştir. 2010'da Türkiye'de yapılan bir çalışmada ise çalışmamızda olduğu gibi genotip ile hastalığın başlangıç yaşı arasında ilişki belirlenememiştir. Kaynaklara göre hastalık başlangıç yaşı ortalama beş yaştır. Çalışmamızda ortalama hastalık başlangıç yaşı 6±3,56 yıl, ortalama tanı alma yaşı 7,15±3,75 yıl saptadık. Tanı almada gecikme süresi ortalama 1,15±0,19 yıldır. Kaynaklara göre tanı alma yaşında ortalama gecikme süresi iki yıldır. Son yıllarda elde edilen güncel veriler ışığında erken tanı koyma oranının arttığı gözlenmiştir. AAA hastalarında tanı gecikme, hastalığın komplikasyon riskinde artışa ve hastanın yaşam kalitesinin azalmasına yol açmaktadır. Bu sebeple erken tanı ve tedaviye dikkat çekmek istedik.

Anahtar Kelimeler: ailevi akdeniz ateşi, otoinflamatuvar hastalık, M694V

EP-193

Hipofosfatamik Rikest Kliniği ile Başvuran Takipsiz bir Sistinozis Olgu Sunumu

Merve Ersoy¹, Sevgi Yavuz²

¹Sağlı Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

²Sağlı Bilimleri Üniversitesi, Başakşehir Çam ve Sakura Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Çocuk Nefroloji Ana Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Sistinozis sistinin lizozomlardan taşınma bozukluğu nedeniyle anormal depolanması sonucu birikmesiyle giden otozomal resesif bir hastalıktır. Sistinin proksimal renal tübüllerde birikmesi sonucu poliüri, poli-dipsi, dehidratasyon, asidoz görülür. Fanconi sendromunun bilinen en sık sebeplerinden biridir. Bu olgumuzda büyüme-gelişme geriliği iskelet anomalileri renal bulguları ile başvuran takipsiz bir Sistinozis hastası sunulmuştur.

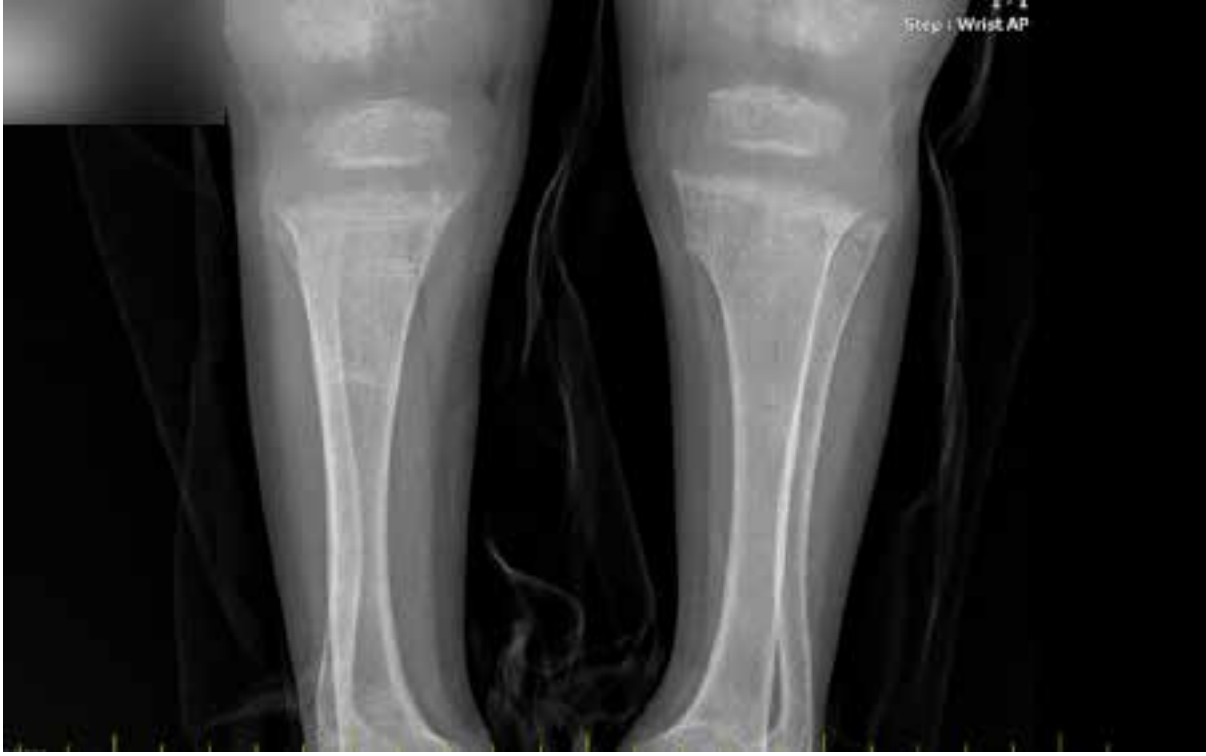
YÖNTEM:olgu sunumudur

BULGULAR:5 yaşında erkek hasta;2 yıl önce sistinozis tanısı almış fakat takiplere gitmeyip, ilaçlarını kullanmamış. Rutin muayene amacıyla tarafımıza başvurdu. Geliş muayenesinde vital bulguları stabil. Kilo ve boy 3 persantil altında ve iskelet deformiteleri mevcuttu. Uzun kemiklerinde bowngleşme vardı. Öyküde 1 kardeşin daha sistinozis tanılı olduğu, anne-babanın akraba olduğu öğrenildi. Alınan tetkiklerinde tam kan sayımında wbc:10920/mm³, hbb:12,5 g/dl plt: 357.000/mm³, mutlak nötrofil sayısı 6360/mm³, idrar tahlilinde protein +3 glukoz+2 pozitif, biyokimyasında üre:19 mg/dl, kreatin:0,5 mg/dl potasyum:1,8 mEq/l, alp:977 u/l ldh:234 u/l ürik ait:2,9 mg/dl kalsiyum 7,2mg/dl fosfor:2 mg/dl pth:314 pq/ml, 25-OHD vitamini <3 olarak sonuçlandı. Tiroid fonksiyon testleri normaldi. Hastanın çekilen grafilerinde her iki diz lateral grafi sağ ve sol el bilek grafilerinde kemik demineralizasyonu, genişlemiş büyüme plakları uzun kemiklerde eğrilme, radius ve ulnanın distal metafizlerinde genişleme, düzensizleşme ve çanaklaşma görülmekteydi. Sağ ön kol filmine eskiye ait çift kol kırığı vardı. Yapılan göz muayenesinde bilateral korneada sistin kristalleri görüldü. Üriner USG'de bilateral böbrek kortikal ekosu grade 1-2 artmış görüldü. Hastaya semptomatik tedavileri (kalsiyum, fosfor, devitamini, karnitin, potasyum) başlandı. Birincil tedavi olan ve sisteamin başlandı. Sisteamin göz damlası başlandı. Takip ve tedavisi devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sistinozis lizozomlarda Sistin'in birikimi sonucu oluşan, organlarda disfonksiyona yol açan bir hastalıktır. Otozomal resesif geçiş gösterir. 3 tipi vardır ve en ağır, en sık görülen tipi olan nefropatik sistinozis tipi hastamız sunulmuştur. Hipofosfatamik rikets nedenlerinden biri olan sistinozis büyüme gelişme geriliği, iskelet deformiteleri, renal fanconi sendromu bulguları görülen hastalarda düşünülmesi gereken bir tanıdır. Tanısı korneadaki sistin kristallerinin saptanmasını lökositlerdeki yüksek sistin seviyelerinin belirlenmesini gösteren kan ve idrar analizine dayanır. CTNS gen analizi ile doğrulanır. Erken teşhis tedavi, sistinozis ile ilişkili semptomların gelişimini ve ilerlemesini yavaşlatmak için önemlidir. Sistinozis hastalığında özgün tedavinin amacı hücrelerde sistin birikimini azaltmaktır. (sisteamin tedavisi). Herhangi bir tedavi kullanmayan, takiplerine gitmeyen, kliniğimize renal bulgular, hipofosfatamik rikets tablosu ile başvuran bu olguda takip ve tedavinin önemine vurgu yapmak istenmiştir.

Anahtar Kelimeler: sistinozis, raşitzm, fanconi renal sendromu, hipofosfatemi, hipopotasemi

Şekil 2



Şekil 3



büyüme plağı geniş

Şekil 4



sol el grfisinde eskiye ait çift ön kol kırığı

Şekil 5



Şekil 6



İskelet deformiteleri(genu valgum)

Şekil1



El-bilek grafisinde radius ve ulnanın distal metafizlerinde genişleme, düzensizleşme ve çanaklaşma

EP-194

Sistinozise Bağlı İntrakranial Basınç Artışı Gözlenen Olgu

Hakan Demir¹, Metin Göksel Gök¹, Esra Karabağ Yılmaz², Aysel Güzeler³, Rüveyda Gülmez², Ayşe Ağbaş², Hüseyin Kılıç³, Sema Saltık³, Salim Çalışkan²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

³İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Sistinozis otozomal resesif geçişli lizozomal bir depo hastalığıdır. CTNS geninin kodladığı 'cy-
tinosisin' adlı proteinin sistini lizozom dışına taşımasındaki bozukluk sonucunda sistin kristalleri başta böbrek ve
göz olmak üzere birçok organda birikir. Böbrek tutulumu renal fankoni sendromu kliniği ile başlayıp son dönem
böbrek hastalığına (SDBH) ilerler. Sistin kristallerinin merkezi sinir sisteminde birikmesine bağlı olarak intrakra-
nial basınç (İKB) artışı ve psödötümör serebri (PTS) gelişen vakalar bildirilmiştir.

YÖNTEM:Şiddetli baş ağrısı yakınması ile başvuran olgumuzda sistinozis için daha az bilinen bir komplikasyon
olan PTS'i sunmak istedik.

BULGULAR:Sistinozise sekonder SDBH nedeniyle 6 yıl önce kadavradan nakil olan 14 yaşında kız hasta, 2 haf-
tadır devam eden baş ağrısı ve kusma yakınması ile başvurdu. Dört yıl önce de baş ağrısı nedeniyle tetkik edilip
PTS tanısı aldığı, beyin omirilik sıvısı(BOS) basıncı yüksek olması nedeniyle BOS boşalımı yapıldığı ve sonrasında
3 ay diazomid tedavisi aldığı öğrenildi. İmmünosupresif tedavisine (takrolimus, mikofenolat mofetil, deltakortil)
ilaveten, son 4 aydır boy kısalığı nedeniyle büyüme hormonu tedavisi alıyordu. Fizik muayenesinde, kan basıncı
normal (99/62 mmHg), kalp tepe atımı 75/dk idi. Bilinci açık, oryante, artikülasyonu normaldi, ense sertliği ya
da meningeal irritasyon bulguları yoktu. Göz hareketleri ve diğer kranial sinir çift muayeneleri normaldi. Göz
dibi muayenesinde bilateral grade 1 papil ödem saptandı. Kranial manyetik rezonans (MRI) incelemesinde İKB
artışına neden olabilecek kitle ya da kanama odağı saptanmadı. Dört yıl önceki MRI'da saptanmış olan lateral ve
üçüncü ventriküllerdeki genişlemesinin artmadığı görüldü. BOS açılış basıncı yüksekti (21 cmH₂O). BOS boşaltı-
mı sonrası baş ağrısı geriledi. Sistinozise sekonder PTS düşünülmele beraber büyüme hormonu tedavisinin ve
nakil nedeniyle kullandığı kalsinörin inhibitörlerinin de PTS ye katkısı olabileceği düşünüldü. Büyüme hormonu
tedavisi kesilerek diazomid tedavisi başlandı. Takibinde tekrar baş ağrısı olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:PTS sistinozis hastalarında görülen nadir bir komplikasyon olmakla birlikte baş ağrısı ile
başvuran olgularda akla gelmelidir. PTS'e neden olabilecek tedaviler başlanırken (tiroksin, steroid, oral kontra-
septif ve büyüme hormonu) izlemde dikkatli olunmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Sistinozis, Psödötümör Serebri, İdiopatik İntrakranial Hipertansiyon

EP-197

Özgün Olmayan Bulgularla Gelen Takayasu Arteriti Olgusu

Kübra Kanbal, Elif Çomak, Ayşe Keven, Mustafa Koyun, Gülşah Kaya Aksoy, Sema Akman

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi (Antalya)

GİRİŞ VE AMAÇ:Takayasu arteriti (TA), çocukluk çağında nadir görülen aorta ve dallarını tutan sebebi bilinmeyen kronik inflamatuvar bir arterittir. Çocukluk çağında klinik bulgular yetişkinlerden farklıdır ve spesifik olmayan prezentasyon nedeni ile tanı koymak daha güç olabilmektedir. Kliniğimize özgün olmayan bulgularla başvuran ve TA tanısı alan çocuk hasta sunulmuştur.

YÖNTEM:OLGU: On beş yaşında kız hasta bir kaç aydır devam eden baş ağrısı, yorgunluk şikayeti ile getirildi. Öyküden talasemi trait nedeni ile çocuk hematoloji izleminde olduğu, bu yakınmalarla çekilen akciğer grafisinde mediasten genişlemesi saptanması üzerine vaskülit ön tanısı ile kliniğimize yönlendirildiği öğrenildi.

BULGULAR:Ateş, gece terlemesi, kilo kaybı, eklem ağrısı, senkop tariflenmiyordu. Fizik incelemede vücut ağırlığı 56kg (50p), boy155cm (15-20p) tansiyon arteriyel sol kolda 151/96, sağ kolda 181/96, sağ ayakta 134/88, sol ayakta 135/92 mm/Hg ölçüldü. Sağ interkostalde daha belirgin olmak üzere ikinci interkostal aralıkta ve abdominal aortada sistolik üfürüm vardı. Bilateral femoral nabızları alınırken dorsalis pedis nabızı alınamadı. Laboratuvar incelemesinde lökosit 21.260/mm³, nötrofil 17.320/mm³, eritrosit sedimentasyon hızı 17 mm/saat, CRP 1.8 mg/dl'ydi. Periferik yaymada atipik hücre görülmedi. Otoantikörleri negatifti. Toraks tomografisinde arkus aorta ve torakal aortada, trunkus brakiosefalikus, sol renal arter çıkım yerinde diffüz intimal kalınlaşma ve darlık görünümüleri ve sol subklavian arter proksimalinde total oklüzyon görüldü (şekil 1 ve 2). Doppler US'de sol dorsalis pedis arterin akselerasyon süresi uzamış, akım hızı azalmış monofazik akım paterni bulundu. Geriye dönük incelendiğinde fizik muayenesinde nabız palpasyonunun yapılmadığı farkedildi. Bu bulgular ile hasta TA kabul edilerek antihipertansif (enalapril ve amlodipin) ve immünsüpresif (metilprednizolon, azatiopürin) tedavileri başlandı. Hastanın halen poliklinik izlemi devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:SONUÇ: Özgün olmayan bulguları olan hastalarda tam bir fizik muayene her zaman yapılmalı, özellikle akut faz yüksekliği olan hipertansif çocuklarda TA tanısı akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: vaskülit,çocuk,hipertansiyon

Şekil 1



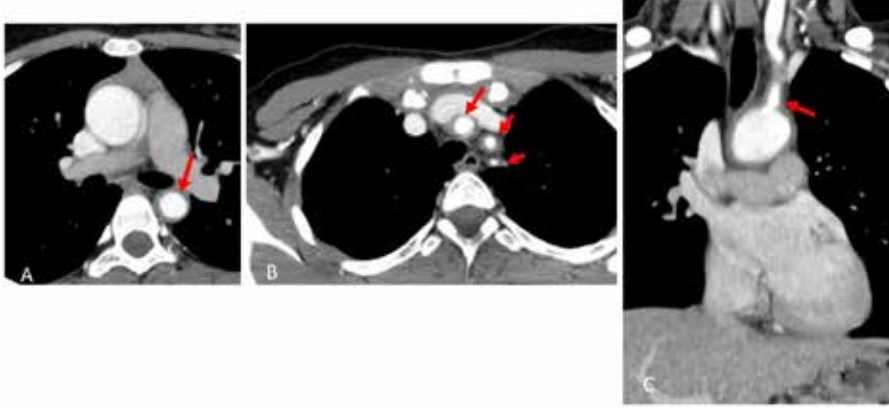
PA akciğer grafisinde mediasten genişliği görülmektedir.

Şekil 2



Sagittal torakal aorta BT anjio kesitlerinde, torakal ve abdominal aorta boyunca diffüz intimal kalınlaşma, buna sekonder aorta lümeninde daralma izleniyor.

Şekil 3



A ve B) Tranvers, C) Koronal aorta BT anjio görüntülerde arkus aortada ve arkustan ayrınal trunkus brakiosefali-kus, sol ana karotid arter ve sağ vertebral arterde diffüz intimal kalınlaşma izleniyor.

EP-198

Kawasaki hastalığı tanısında yardımcı bir bulgu: BCG aşı bölgesi reaktivasyonu

Nazife Mengi, Halil Uğur Hatipoğlu, Kamil Şahin

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sultangazi Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ: Kawasaki hastalığı (KH), orta çaptaki damarların tutulumu ile karakterize, birçok sistemi tutabilen ve tedavisiz bırakılırsa morbidite ve mortaliteye neden olabilen vaskülitik bir tablodur. KH çoğunluğu 5 yaşın altında görülür. Ebstein-Barr virus, Rotavirus, Koronavirüslerle ilişkisi araştırılırsa net bir ilişki gösterilememiştir. KH tanısı en az 5 gün devam eden ateş ($>39.4^{\circ}\text{C}$) ile birlikte; konjonktivit (bilateral, eksüdatif olmayan), mukozal değişiklikler (orofarinks ve dudaklarda eritem, kırmızı çilek dili), servikal lenfadenopati (pürülan olmayan, tek taraflı, 2 cm'den büyük), döküntü (veziküler olmayan, polimorfik eritematöz ekzantem), ekstremitte değişiklikleri (avuç içleri ve ayak tabanlarında eritem, el ve ayaklarda ödem, tırnak diplerinden başlayan eldiven-çorap şeklinde soyulma) kriterlerinden dördünün sağlanması ile konur. KH'nın diğer bulgusu BCG aşı skar bölgesinde eritem ve endurasyon oluşmasıdır ve bunun nedeninde interlökin-1 beta ve tümör nekroz faktörü-alfa gibi sitokinlerin o bölgede artışına bağlı olabileceği düşünülmüştür. En önemli komplikasyonu koroner arter anevrizmasıdır. Kardiyak komplikasyonlar ani ölümlere ve ileri yaşlarda koroner arter hastalıklarına neden olabilmektedir. Komplikasyonların önlenmesinde ve klinik tabloda düzelmeye sağlayan intravenöz immünglobülin ve aspirin tedavisi erken dönemde verilmelidir.

YÖNTEM: 1 yıl, 9 aylık erkek hasta, 4 gündür düşmeyen ateş, bilateral gözlerde hiperemi, vücutta döküntü, el ve ayaklarda ödem şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Fizik muayenesinde gövde ve ekstremitelerde basmakla solan döküntü, orofarinks hiperemik, sol servikal lenfadenopati, dudaklarda soyulma, el ve ayaklarda ödem, BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı skar bölgesinde belirgin kızarıklık ve endurasyon tespit edildi.

BULGULAR: Laboratuvar bulguları hemoglobin 12.8 g/dL, lökosit sayısı 17.150/mm³, trombosit sayısı 281.000/mm³, AST:164 U/L, ALT:87 U/L, Ferritin:183, Sedimentasyon hızı 80 mm/saat, C-reaktif protein (CRP):19 mg/dL (normali: 0-0.8 mg/dL), Prokalsitonin:0.93 Troponin:3,9 idi. Viral solunum paneli ve Covid-19 Antikor negatif geldi. EKG ve EKO bulguları normal olarak değerlendirildi. Kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. İntravenöz immünglobülin 2g/kg/gün, asetilasetik asit 3mg/kg/gün, seftriakson 70 mg/kg/gün tedavileri başlandı. Tedavi başladıktan 3 gün sonra hastanın ateşi düştü ve döküntüleri geriledi, klinik belirtileri düzeldi. Hasta yatışını 7.günde taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ: Kawasaki hastalığının akut döneminde BCG aşı yerinde eritem ve endurasyon, kesin tanı kriterleri içinde yer almamakla birlikte, Kawasaki hastalığı tanısında önemli bir yardımcı bulgu olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, BCG aşı bölgesi reaktivasyonu, koroner arter anevrizması

KAWASAKİ HASTALIĞI TANISINDA YARDIMCI BİR BULGU: BCG AŞI BÖLGESİ REAKTİVASYONU



Nazife MENGİL, Halil Uğur HATİPOĞLU¹, Kamil ŞAHİN¹

¹ S.B.Ü. Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul



GİRİŞ-AMAÇ

Kawasaki hastalığı(KH), orta çaptaki damarların tutulumu ile karakterize, birçok sistemi tutabilen ve tedavisiz bırakılırsa morbidite ve mortaliteye neden olabilen vaskülitik bir tablodur. KH çoğunluğu 5 yaşın altında görülür. Ebstein-Barr virus, Rotavirus, Koronavirüslerle ilişkisi araştırılsada net bir ilişki gösterilememiştir. Burada BCG aşı skar bölgesinde eritem ve endurasyon saptanıp KH tanısı konulan olgu sunulmuştur.

OLGU

1 yıl, 9 aylık erkek hasta ateş, vücutta yaygın döküntü şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Fizik muayenesinde ateş 38.8°C, bilateral konjonktivit, orofarinks hiperemik, dudaklarda soyulma, sol servikal lenfadenopati, gövde ve ekstremitelerde basmakla solan eritematöz döküntü, bilateral el ve ayaklarda ödem, BCG (Bacillus Calmette-Guerin) aşısı skar bölgesinde belirgin hiperemi ve endurasyon tespit edildi. Dil ve yanak mukozası normal, dış kulak yolu, solunum sesleri, batın muayenesi doğaldı. Öyküsünde ateşin 4 gündür 39°C civarında seyrettiği, 3 gündür üst solunum yolu enfeksiyonu tanısıyla oral antibiyotik ve ateş düşürücü kullandığı, ancak ateşin hep yüksek olduğu, 1 gün önce döküntü başladığı, ishal, kusma, öksürük gibi başka bir şikayet olmadığı öğrenildi. Laboratuvar bulguları hemogloblin 12.8 g/dL, lökosit sayısı 17.150 mm³, nötrofil sayısı 9850 mm³, trombosit sayısı 281.000 mm³, AST:164 U/L, ALT:87 U/L, Ferritin:183, Sedimentasyon hızı 80 mm/saat, C-reaktif protein (CRP):19 mg/dL (normali: 0-0.8 mg/dL), Prokalsitonin:0.93, B tipi natriüretik peptid (BNP): normal, Troponin:normal, idrar tetkiki:normal idi. Viral solunum paneli, SARS-CoV-2 PCR ve Total antikor negatif geldi. EKG ve EKO bulguları normal olarak değerlendirildi. Kan ve idrar kültüründe üreme saptanmadı. İntravenöz immünglobulin (İVİG) 2g/kg/gün, asetilasetik asit 3mg/kg/gün, seftriakson 70 mg/kg/gün tedavileri başlandı. Tedavi başladıktan 3 gün sonra hastanın ateşi düştü ve döküntüleri geriledi, klinik ve laboratuvar bulguları düzeldi. Hasta yatışının 7.gününde taburcu edildi.



RESİM 1. BCG AŞI BÖLGESİ REAKTİVASYONU

RESİM 2. VÜCUTTA YAYGIN DÖKÜNTÜ

SONUÇ

KH' nin akut döneminde BCG aşı skar bölgesinde eritem ve endurasyon görülebilir. İnterlökin-1 beta ve tümör nekroz faktörü-alfa gibi sitokinlerin bu bölgede artışına bağlı olabileceği düşünülen bu bulgu, KH kesin tanı kriterleri içinde yer almamakla birlikte, tanıda önemli bir yardımcı bulgu olduğu unutulmamalıdır.

BCG aşı bölgesi reaktivasyonu



RESİM 1. BCG AŞI BÖLGESİ REAKTİVASYONU

RESİM 2. VÜCUTTA YAYGIN DÖKÜNTÜ

EP-199

Sistemik lupus eritematosuz tanılı hastada değişen klinik tablo: Mikst Bağ Doku Hastalığı

Ece Kuduban¹, Şeyma Yılmaz¹, Elif Kılıç Könte², Esmâ Aslan², Aybüke Günalp², Kübra Uçak², Fatih Haşlak², Mehmet Yıldız², Sezgin Şahin², Kenan Barut², Özgür Kasapçopur²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Mikst Bağ Doku Hastalığı (MBDH); sıklıkla sistemik lupus eritematozus (SLE), sistemik skleroz (SSc), polimiyozit (PM) ve juvenil idiyopatik artrit (JIA) gibi birden fazla bağ doku hastalığına ait bulgular ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. U1 RNP'ye karşı yüksek titre otoantikörler ile karakterizedir. Posterimizde dirençli bir MBDH olgusu sunulmuştur.

YÖNTEM:16 yaş kız hasta 2016 da artrit, kelebek benzeri döküntü, Raynaud fenomeni, kilo kaybı ile başka bir klinikte SLE tanısıyla prednisolon, nifedipin ve metotreksat tedavileri başlanmış. Tedavi yanıtı iyi olmayan hastanın 2019'da alt ekstremitelerde akıntılı kutanöz ülserleri ortaya çıkmış ve tedaviye mikofenolat mofetil (MMF) eklenmiş. Ülserlerin tedaviye yanıt vermemesi üzerine 2020'de greft uygulanmış. 2021 Eylül'de bilateral kalça ve dizde avasküler nekroz gelişmesi ile prednisolon tedavisi kesilerek pamidronat tedavisi uygulanmış. Daha sonra eklem şikayetlerinin tekrarlaması, alopesi, yürüyememe şikayetleriyle ikinci bir kliniğe başvurmuş. Tofasitinib, hidroksiklorokin tedavisi başlanılmış. Mevcut tedaviye yanıt vermemesi sebebiyle hasta ileri tetkik ve tedavi amaçlı tarafımıza başvurdu.

BULGULAR:Fizik muayenede sklerodaktili, ön kolda ve alt ekstremitelerde ciddi skleroz mevcuttu. El bileği, diz ve kalça eklemlerinde hareketler kısıtlıydı. Gluteal bölgede ve diz çevresinde akıntılı kutanöz ülsere lezyonları mevcuttu (resim A, resim B). Akut faz reaktanları minimal yüksek saptandı. ANA:1/640 homojen benekli pozitif saptanan hastadan ENA paneli gönderildi. Anti ds DNA, anti-SSA, anti Sm/Rnp pozitif olan hastanın C3 düzeyi düşük, RF testi negatif saptandı. Anti Scl70 ve antifosfolipid antikorlar negatif saptandı. Direkt grafide kalsinozis universalis saptandı. Mevcut klinik bulgularla hem SLE hem de skleroderma fenotipi gösteren ve anti-RNP'si pozitif olan olguya Mikst Bağ Doku Hastalığı teşhisi kondu. Mevcut tedaviye hidroksiklorin ve ritüksimab tedavileri eklendi. Ritüksimab tedavisi sonrası eklem ağrılarında ve hareket kısıtlılığında belirgin gerileme gözlemlendi. Akut faz reaktanları negatifleşti.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Özellikle bağ dokusu hastalıkları (SLE, JDM, Sistemik skleroderma, polimiyozit) tanısı konulan hastalar, değişen klinik bulgular açısından yakından takip edilmelidir. İlk başlangıçta bakılan yüksek ANA titresini ve anti-RNP pozitifliği gelişebilecek ikinci bir romatolojik hastalık açısından uyarıcı olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: dermatomiyozit,mikstbağdoku,skleroderma

Kalsinozis Universalis



Ulsere kutanoz lezyon



EP-201

Uzamış İnflamasyonlu Çocuk Hastada IgG4 İlişkili Hastalık

Naz Güçlü, Gülşah Pirim, Şengül Çağlayan, Betül Sözeri

Ümraniye Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Romatoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:İmmunoglobulin-G4 ilişkili hastalık (IgG4-İH), birçok organı aynı veya farklı zamanlarda tutabilen fibroinflamatuvar bir hastalıktır.Hastalık genellikle bir tümörü taklit ederek bir çok organı etkileyebilen, kitle ile karakterizedir. IgG4-İH' in tanısı, karakteristik histopatolojik bulgular, klinik, serolojik ve radyolojik bulguların kombinasyonu ile konulur.Bu olgu sunumunda uzamış inflamasyon nedeni ile tetkik edilen ve IgG4-İH tanısı alan bir vaka sunmayı amaçladık.

YÖNTEM:14 yaşında kız hasta, 4 yaşında FMF tanısı almış olup, düzenli ilaç kullanımı ve atak geçirmemesine rağmen ısrarlı subklinik inflamasyon nedeniyle değerlendirmeye alındı.Hastanın yapılan fizik muayenesinde, ele gelen kitle, organomegali ya da lenfadenopati yoktu. Yatışında alınan tetkiklerinde tam kan sayımında özellik yoktu. Periferik yayma normal değerlendirildi. Eritrosit sedimentasyon hızı:85mm/h olarak görüldü.Vaskülit, malignite, inflamatuvar bağırsak hastalığı açısından hasta tetkik edildi. Hastanın dört ekstremitte tansiyon ölçümü normal saptandı.Fekal kalprotektin normal sınırlarda bulundu.Kemik iliği aspirasyonunda blast görülmedi.Batın MR da bilateral renal hiluslar, paraaortik aortokaval alanlarda büyümüş lenf nodları izlendi ve serum IgG4 değeri 300 mg/dl ile yüksek saptanan hastada IgG4-İH düşünüldü.

BULGULAR:Sol hilus parakaval paraaortik lenf nodundan yapılan eksizyonel biyopsi sonucunda plazma hücrelerinde IgG yaygın pozitif olup,IgG4 bu hücrelerin %10-20 sinde pozitif saptandı.Hastaya mevcut klinik, laboratuvar ve histopatolojik bulgularla IgG4-İH tanısı konuldu. Sistemik steroid tedavisi başlanan hasta, tedavinin 2. ayında yakınmasız olarak takip edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:IgG4 -İH klinik çeşitliliği nedeni ile birçok hastalıkla karışabilen ve ayırıcı tanısında düşünülmesi gereken bir antitedir. açıklanamayan akut faz yanıtı yüksekliği durumunda mutlaka akla gelmeli ve tanısal değerlendirmelerin içine alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: immünoglobülin,inflamasyon,sedimentasyon

EP-203

Genel pediatri polikliniğine artrit ve artralji nedeni ile başvuran hastaların etyolojik, demografik ve klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Başak Vatansever¹, Emine Burçe Yaşar¹, Şule Gökçe¹, Afig Berdeli²

¹Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Genel Pediatri, İzmir

²Ege Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Romatolojisi, Çocuk Moleküler Genetik, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:Pediatri polikliniklerine %5-7 oranında hasta ekstremitelerde ağrısı nedeni ile başvurmaktadır. Bu ağrılar çoğunlukla eklem kaynaklıdır. Artralji/artrit ayırıcı tanısı geniş bir yelpazede değerlendirilmelidir. Artralji ve artritlerin çocukluk çağında sıklıkla kendini sınırlayan post-enfeksiyöz nedenlere bağlı olduğu bilinmekle birlikte, önemli bir sistemik hastalığın bulgusu olabileceği de unutulmamalıdır. Bu çalışmada da Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pediatri Polikliniğine ekstremitelerde ağrıları ile başvuran hastalardaki etiyolojinin; klinik ve laboratuvar belirteçlerin yelpazesinin belirlenmesi amaçlandı.

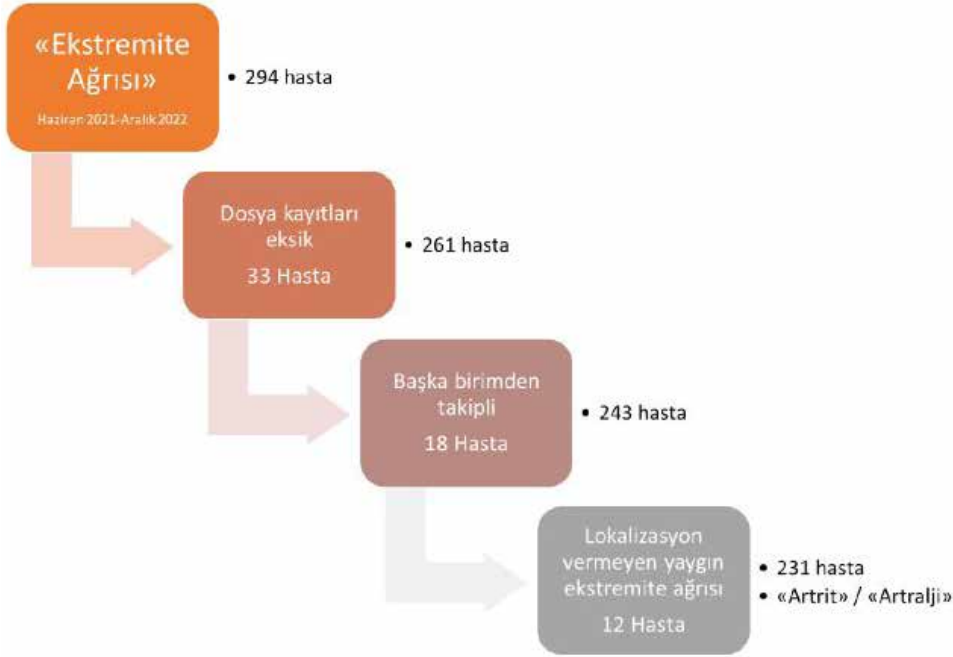
YÖNTEM:Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Genel Pediatri Polikliniğine Haziran 2021 ile Aralık 2022 tarihleri arasında "ekstremitelerde ağrısı" nedeni ile başvuran 294 hastanın dosyası retrospektif olarak incelendi. Dosya kayıtları eksik olan (n=33) ve başka bir merkezde "artrit/artralji" nedeniyle bir ön tanı ile takipli olan (n=18) hastalar çalışmaya alınmadı. Hastaların 12'si de yaygın bacak ağrısı tariflediği ve eklem bulguları olmadığı için çalışmadan çıkartıldı. Hastaların tanılarını ile klinik ve laboratuvar bulguları arasındaki ilişkiler incelendi.

BULGULAR:Çalışmaya dahil edilen 231 hastanın bulguları incelendiğinde yaş ortalaması 10.01±4.42 yıldır ve %52.8'i (n=122) kız çocuktu. Hastaların %64.1'i (n=148) artralji, %35.9'u (n=83) artrit ile başvurmuştu. Her iki grupta da öncelikli ön tanı post-enfeksiyöz artritlerdi (n=25, %30.1 / n=25, %16.9). Öncelikle juvenil idiyopatik artrit, ailesel akdeniz ateşi ve IgA vaskülitini ön tanıları ile 73 hasta (%31.6) çocuk romatoloji B.D. takibine alındı. Takibe giren ve girmeyen gruplar karşılaştırıldığında; yaş ortalaması ve akut faz reaktanları takibe giren grupta daha yüksekti. Gruplar arasında bir diğer fark da Nötrofil-Lenfosit-Oranı (NLO) değerleri arasında saptandı (1.77/1.25, p<0.001). Genel pediatristler tarafından izlenen grupta diğer önemli tanıları ise; mekanik nedenler (%19.6), büyüme ağrıları (%15.8) ve D vitamini eksikliği idi (%8.2).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Artrit ve artralji nedeni ile polikliniklere başvuran hastalarda; mortalitesi ve morbiditesi yüksek hastalıkların atlanmaması için geniş bir ayırıcı tanı listesi oluşturulmalıdır. Ancak yine de en sık nedenlerin postenfeksiyöz reaktif olaylar olduğu akıldır tutulmalıdır. Mekanik nedenler, büyüme ağrıları ve D vitamini eksiklikleri de pediatri polikliniklerinde düşünülmesi gereken diğer önemli tanılarıdır.

Anahtar Kelimeler: Artrit, Artralji, Çocuk, D vitamini Eksikliği, Ekstremitelerde Ağrısı, Ailesel Akdeniz Ateşi

Şekil 1. Çalışmaya Alınan ve Dışlanan Hastalar



Tablo 1. Artrit ve Artralji Etyolojisi

	Artrit 83 (%35.9)	Artralji 148 (%64.1)
Postenfeksiyöz artrit, n(%)	25 (%30.1)	25 (%16.9)
JIA, n(%)	16 (%19.3)	4 (%2.7)
FMF, n(%)	12 (%14.5)	13 (%8.8)
HSP, n(%)	10 (%12.0)	14 (%9.5)
Büyüme ağrısı	0 (%0)	25 (%16.9)
Mekanik/ ortopedik	7 (%8.4)	24 (%16.2)
Diğer, n(%)	13 (%15.7)	43 (%29)

JIA: Juvenil idiyomatik artrit, HSP: Henoch-Schönlein Purpurası, FMF: Ailevi Akdeniz Ateşi

Tablo.2- Hastaların Demografik ve Klinik Özellikleri

Yaş, (Ortalama ± standart sapma)	10.01 ± 4.42 yıl	
Cinsiyet, n(%)	Kız	122 (52.8)
	Erkek	109 (47.2)
Başvuru Nedeni, n(%)	Artrit	83 (35.9)
	Artralji	148 (64.1)
Semptom süresi, n(%)	Akut (<6 hafta)	146 (63.2)
	Kronik (≥ 6 hafta)	85 (36.8)
Başvuru Dönemi, n(%)	İlkbahar – Yaz	99 (42.9)
	Sonbahar – Kış	132 (57.1)
Çocuk Romatoloji B.D. Takibi, n(%)	73 (31.6)	
Geçirilmiş Enfeksiyon Öyküsü, n(%)	61 (26.4)	
Geçirilmiş Travma Öyküsü, n(%)	23 (10.0)	

Tablo.3-Çocuk Romatoloji Bilim Dalı Takibine Alınan ve Alınmayan Hastaların Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

	Çocuk Romatoloji B.D. takibine alınan hastalar 73 (%31.6)	Çocuk Romatoloji B.D. takibine alınmayan hastalar 158(%68.4)	p değeri
Yaş, (ortanca, min-maks)	11.10, 4.57-17.58	9.17, 1.55-17.75	0.009*
Cinsiyet (kız), n(%)	44 (%60.3)	78 (%49.4)	0.123**
Başvuru zamanı (sonbahar-kış), n(%)	44 (%60.3)	88 (%55.7)	0.513**
Enfeksiyon Öyküsü, n(%)	19 (%26.0)	42 (%26.6)	0.929**
Ateş Öyküsü, n(%)	8 (%11.0)	15 (%9.5)	0.730**
BKH (/mm³), (ortanca, min-maks)	9095, 4860-14630	7495, 2990-16930	0.001*
ANS (/mm³), (ortanca, min-maks)	4815, 1310-11020	3680, 1380-12880	<0.001*
ALS (/mm ³), (ortanca, min-maks)	2770, 1130-7610	2720,1080-6700	0.577*
CRP (mg/L), (ortanca, min-maks)	3.90, 0.30-118.00	1.00, 0.30-160.00	<0.001*
ESR (mm/sa), (ortanca, min-maks)	7, 1-89	10, 1-74	0.012*
Ferritin(mcg/L), (ortanca, min-maks)	45.00, 5.40-190.00	36.00, 9.6-816.00	0.690*
SAA (mg/L), (ortanca, min-maks)	14.00, 2.90-832.00	5.50, 2.90-1740.00	0.243*
NLO, (ortanca, min-maks)	1.77, 0.38-6.99	1.25, 0.26-6.28	<0.001*

(Türkçe) * Mann-Whitney U testi **Ki-kare testi BKH: Beyaz Kan Hücreleri ANS: Absolute Nötrofil Sayısı ALS: Absolute Lenfosit Sayısı CRP: C-Reaktif Protein ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı SAA: Serum Amiloid A NLO: Nötrofil-Lenfosit Oranı

Tablo.4- Akut ve Kronik Bulgularla Başvuran Hastaların Klinik ve Laboratuvar Özellikleri

	Akut Artrit /Artralji 146 (%63.2)	Kronik Artrit /Artralji 85 (%36.8)	p değeri
Yaş, (ortanca, min-maks)	9.18, 1.55-17.75	10.89, 3.05-17.37	0.377*
Cinsiyet (kız), n(%)	74 (%50.7)	48 (%56.5)	0.396**
Başvuru zamanı (sonbahar-kış), n(%)	82 (%56.2)	50 (%58.8)	0.694**
Enfeksiyon Öyküsü, n(%)	54 (%37.0)	7 (%8.2)	<0.001**
Ateş Öyküsü, n(%)	19 (%13.0)	4 (%4.7)	0.042**
BKH (/mm³), (ortanca, min-maks)	8360, 2990-16930	7380, 4130-14430	0.016*
ANS (/mm³), (ortanca, min-maks)	4200, 1380-12880	3725, 1310-8870	0.033*
ALS (/mm ³), (ortanca, min-maks)	2780, 1130-7610	2645, 1080-4910	0.467*
CRP (mg/L), (ortanca, min-maks)	2.5 , 0.30-160.00	0.60, 0.30-55.00	<0.001*
ESR (mm/sa), (ortanca, min-maks)	9, 1-89	4, 1-43	<0.001*
Ferritin(mcg/L), (ortanca, min-maks)	46.00, 8.3-816	30.40, 5.4-349.00	0.005*
SAA (mg/L), (ortanca, min-maks)	10.00, 2.90-1740.00	3,40, 2,90-710.00	0.001*
NLO, (ortanca, min-maks)	1.51, 0.26-6.99	1.29, 0.44-5.47	0.162*

* Mann-Whitney U testi **Ki-kare testi BKH: Beyaz Kan Hücresi ANS: Absolute Nötrofil Sayısı ALS: Absolute Lenfosit Sayısı CRP: C-Reaktif Protein ESR: Eritrosit Sedimentasyon Hızı SAA: Serum Amiloid A NLO: Nötrofil-Lenfosit Oranı

EP-204

İstismar Şüphesiyle Gelen Süt Çocuğuna Ait Konjenital Lezyonların Adli Tıbbi Değerlendirmesi

Selma Saraç¹, Ferhan Kandemir², Zehra Zerrin Erkol³

¹Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Adli Tıp Kurumu, Kütahya Adli Tıp Şube Müdürlüğü, Kütahya

³Bolu Abant İzzet Baysal Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Anabilim Dalı, Bolu

GİRİŞ VE AMAÇ:Yenidoğan döneminde vazomotor gelişimin tam olmamasına bağlı olarak ciltte fizyolojik ve benign seyirli renk değişiklikleri meydana gelebilmekte, deride matürasyonun tamamlanmasıyla ortadan kalkmaktadır. Ancak bazen bu renk değişiklikleri, deneyimli olmayan hekimler tarafından dahi ekimoz ile karıştırılabilmektedir.

YÖNTEM:Çalışmada; vücudundaki morluklar nedeniyle istismar şüphesiyle Adli Tıp Şube Müdürlüğü'ne gönderilen 10 aylık kız bebek olgusu sunulmuştur. Olgunun Pediatri Uzmanı ile Çocuk Cerrahi Uzmanı tarafından yapılan muayenesi sonucunda; mevcut izlerin, Mongol lekesi ve konjenital cilt değişiklikleri ile uyumlu olduğu tespit edilmiş, yenidoğan dönemine ait bu lekelerin çocukluk çağına kadar devam edebileceği belirtilmiştir.

BULGULAR:10 aylık kız bebeğin öz annesi eşinden şiddet gördüğü iddiasıyla Cumhuriyet Savcılığına şikayette bulunmuştur. Mental retarde olan ve engelli maaşı alan anneye ilgili fuhuş ve şiddet iddiaları mevcut olup üç çocuğu savcılık talimatıyla Aile Çalışma ve Sosyal Hizmetler İl Müdürlüğü'ne teslim edilmiştir. Çocukların en küçüğü olan 10 aylık kız bebeğin yapılan muayenesinde; kalçaların üst kısmında orta hatta yakın bölgede 2-3 adet, yaklaşık 2x1 cm boyutlarında, yüzeysel, ekimoz benzeri mor renkli alanlar, vajinal bölgede sol labial dudakta hiperpigmente lezyonlar tespit edilmiştir. Koruyucu aile; bebeğin kalça ve genital bölgesindeki lezyonların uzun süredir geçmediğini, bebeği çocuk hekimine gösterdiklerini, hekimin ise bu morlukların her bebekte olabilecek lekelerden olduğunu söylediğini ifade etmiştir. Olgunun Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde yapılan konsültasyon muayenesinde; "kalça kısmındaki morlukların bebeklerde Mongol lekesi (Moğol lekesi) olarak bilinen doğuştan cilt lezyonu olup yaklaşık 2 yaşlarında kaybolduğu, darp ve cebir ile ilgisinin bulunmadığı" belirtilmiştir. Çocuk Cerrahisi Uzmanı tarafından yapılan konsültasyon muayenesinde de; "labium majus sol kanattaki ekimotik görünümün konjenital cilt değişikliği olduğu, bilateral gluteal sulkuslardaki renk değişikliğinin de konjenital olduğunun düşünüldüğü" bildirilmiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Doğumdan sonra vazomotor gelişimin tam olmamasına bağlı meydana gelen renk değişiklikleri, dikkatli sistemik muayene ve izlem gerektirmektedir. İstismar şüphesiyle gelen böyle olgularda ayırıcı tanıda Mongol lekesi de düşünülmeli, şüpheli lezyonların mutlaka ilgili uzman hekimler tarafından muayenesi sağlanarak, tanı netleştirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: İnfant, İstismar, Konjenital lekeler, Mongol lekesi

EP-207

Nadir Görülen Bir Sendrom: Rolandik Epilepsi, Paroksizmal Egzersize Bağlı Distoni ve Yazar Krampı

Memnune Nur Çebi¹, Yılmaz Zindar², Fitnat Uluğ², Aysel Güzeller², Tuğçe Damla Dilek², Serhat Güler², Hüseyin Kılıç², Sema Saltık²

¹İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Migratuar tipte miyoklonik nöbet şeklinde şikayetleri başlayan ve nöbetlerinin yanı sıra yazıcı krampının, miyoklonusun eklendiği progresif seyir ile miyoklonik statusun görüldüğü rolandik epilepsi, paroksizmal egzersize bağlı distoni ve yazar krampı (RE-PED-WC) tanılı olgumuz, TBC1D24 geninde yeni bir mutasyon saptanması ve nadir görülen bir sendrom olması nedeniyle sunulmuştur.

YÖNTEM:İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa-Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı tarafından takip edilen, RE-PED-WC tanılı hastanın demografik bilgileri, genetik tetkik sonuçları, video elektroensefalogram (EEG) kayıtları, manyetik rezonans görüntüleme (MRG) bulguları, aldığı tedaviler ve nöbet yükünün retrospektif olarak analiz edildiği olgu sunumudur.

BULGULAR:Aralarında akrabalık ilişkisi olmayan baba ile annenin ilk gebeliğinden term olarak doğan, ilk 9 ay yakınmasız, fakat 9. ayda jeneralize tonik klonik vasıfta febril konvülsiyon ile kliniğimize başvuran, takiplerinde ateşsiz olduğu dönemlerde de ortaya çıkabilen lateralizasyon veren klonik vasıftaki nöbetleri, dört yaşına kadar yüzde miyoklonik atımları, 4 yaşından sonra baş boyun ve ekstremitelerde gezici miyoklonileri olan hastanın 13 yaşına gelene kadar motor ve mental gelişiminde bir problem olmamıştır. 13 yaşından sonra uzun süre yazı yazma sonrasında ellerde kasılma ve elleri açmakta zorlanma şeklinde yazıcı krampı kliniği tariflemeye başlamıştır. Bu süreçte çoklu antiepileptik ilaç kullanan hastanın yüksek sesle agreve olan kasılmaları devam etmiştir. Bir kez status sebepli yoğun bakım ünitesi ve tekrarlayan nöbet sebepli çoklu servis yatışları olan hastanın WES analizinde TBC1D24 geninde c.185T>C (p.Ile62Thr) Ekzon 2 ve c.1502G>A (p.Gly501Glu) Ekzon 7 birleşik heterozigot mutasyonları saptanmış olup ACMG kriterlerine göre olası patojenik olarak sınıflandırılmış ve literatürde daha önce bu mutasyonlara sahip olgu bildirilmemiştir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:RE-PED-WC geniş fenotip yelpazesi mevcut olan bir sendromdur. Hekimlerin,epilepsi ve paroksizmal distonisi olan hastaları değerlendirirken, özellikle etyolojinin belirlenemediği durumlarda TBC1D24 mutasyonlarının neden olduğu bu nadir sendromu akılda bulundurmaları gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Rolandik epilepsi, Paroksizmal distoni, Yazıcı krampı

EP-209

Mide Botoksu Yapılan Olguda Botulinum Toksini Toksisitesi

Ömer Furkan Kızılsöy¹, Sema Bozkaya Yılmaz², Arzu Oto³, Zeynep Şenocak¹, Murat Tutanç¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Bursa Şehir Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Bursa

GİRİŞ VE AMAÇ:Botulinum toksini, clostridium botulinum bakterisinin ve ilgili türlerin oluşturduğu nörotoksik bir proteindir. Akson uçlarından asetilkolin nörotransmitterinin salınımını önleyerek flask paraliziye yol açar. Botulinum tip A toksin SNARE kompleksinin oluşumunu engelleyen spesifik fonksiyonel proteinleri parçalar. Böylece düz ve çizgili kasların kasılmasını inhibe eder. Mide botoksunda amaç Botulinum tip A toksinin mide düz kaslarını inhibe etmesi ve mide boşalmasının yavaşlamasıdır. Botoks enjeksiyonlarıyla gastrik boşalmanın uzaması ve erken tokluk hissinin sağlanması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:On yedi yaşında kız hasta acil servisimize görmede bozukluk şikayeti ile başvurdu. Anamnezde hastaya on iki gün önce kilo verme amacıyla mide botoksu işlemi yapıldığı öğrenildi. Genel durumu iyi, vitalleri stabil olan hastanın muayenesinde bilateral ışık refleksleri doğal, pupiller izokorik ve oftalmoparezi yoktu. Hastanın dört ekstremitte kas gücü 5/5 olarak değerlendirildi. Hastanın vücut kitle indeksi 40,4 kg/m² olarak değerlendirildi. Hasta göz hastalıkları tarafından değerlendirildi görme keskinliğinde bozukluk izlenmedi.

BULGULAR:Hastanın yapılan tetkiklerinde Kreatin Kinaz(CK): 964 IU/L ve CK-MB: 21.3 ug/L izlendi. Botulinum toksini toksisitesi düşünülen hasta Sağlık Bakanlığı Zehir Danışma birimi önerisi ile yoğun bakım izlemine alındı. Hastaya piridostigmin tedavisi başlandı. Kas tutulumu yaşanırca fizostigmin verilmesi planlandı. Yoğun bakım ve sonrasında servis izlemlerinde görme bulanıklığı azalan ve aktif şikayeti olmayan hasta taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Son zamanlarda ülkemizde yaygın olarak kullanılan endoskopik uygulamalardan biri de gastrik botulinum toksinidir. Alternatif yöntemlere göre daha az invaziv olması uygulamayı öne çıkarmaktadır. Ancak tüm yöntemlerde olduğu gibi botoks uygulaması yönteminde de bazı yan etkiler bildirilmektedir. Mide botoksu uygulaması sonrası total gastrektomi gerektiren mide nekrozu bildirilmiştir. Botulinum toksini toksisitesi sonrası unilateral pitoz, çift görme, kas paralizisi ve solunum depresyonu görülebileceği bildirilmiştir.Yapılan çalışmalar sonucunda mide botoksu uygulanması sonucunda olgularda kilo kaybı izlenmiştir. Botulinum toksine bağlı komplikasyonlar gözlenebilmektedir. Akut gelişen paralizi ve kranial sinir tutulumu ile gelen ve benzer işlem öyküsü olan hastalarda bulguların botulinum toksin ilişkili olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Mide Botoksu, Botulinum Toksini, Paralizi

EP-212

NMDA Ensefaliti

Betül Kösa¹, Yılmaz Zindar², Aysel Güzeller², Fitnat Uluğ², Tuğçe Damla Dilek², Serhat Güler², Hüseyin Kılıç², Sema Saltık²

¹İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Anti-N-metil-D-aspartat (NMDA) reseptör ensefaliti, çocukluk çağında en sık görülen (1/1500000) otoimmün ensefalit tipidir. Olguların %70'i grip benzeri nonspesifik bulgularla başlar, davranış değişikliğinin ön planda olduğu nöropsikiyatrik bulgularla karşımıza çıkar. Elektroensefalografi (EEG) ve manyetik rezonans (MR) görüntüleme bulguları hastalığa özgün olmayıp EEG'de delta brush paterni ve MR T2 kesitlerde hipokampal, mezial temporal bölgelerde sinyal artışı ve genellikle temporal bölgede daha belirgin olan difüz atrofi tanıda destekleyicidir. Kesin tanısı BOS'ta ve serumda saptanan anti-NMDA reseptörlerine karşı gelişen antikörlerin saptanmasıyla konur. Metilprednizolon, IVIG ve plazmafereze yanıt vermeyen hastalarda rituksimab ve siklofosamid gibi ikinci basamak tedaviler uygulanmaktadır.

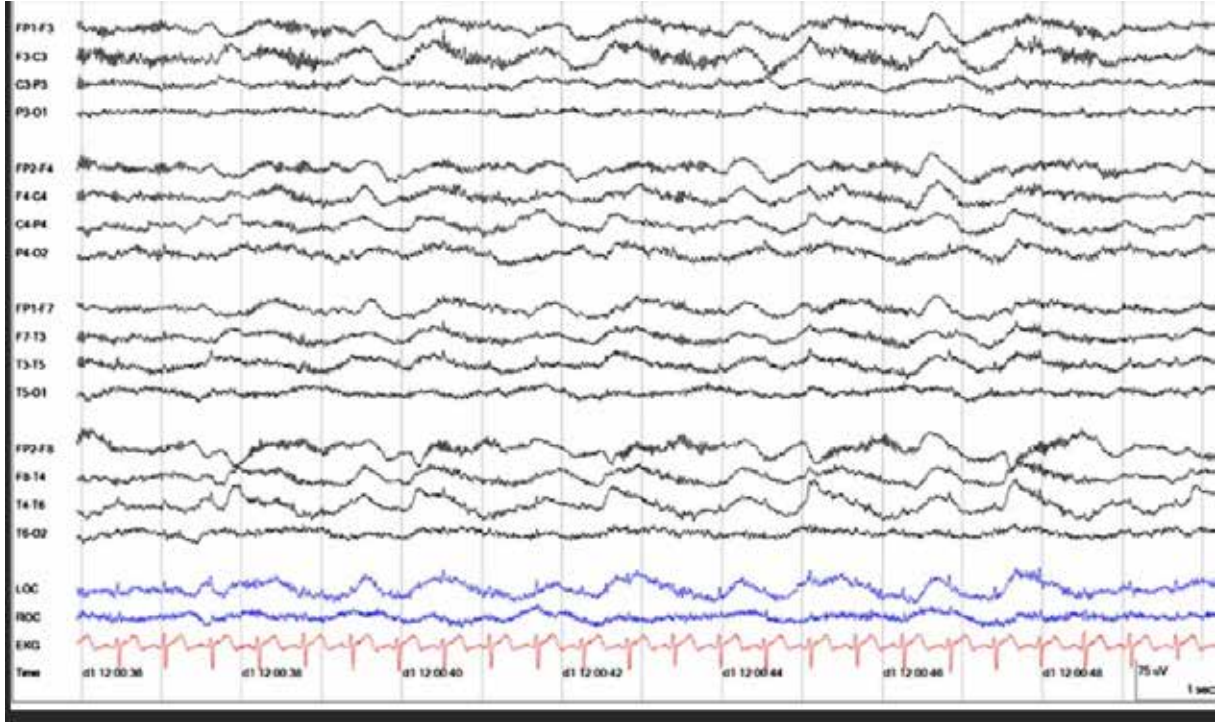
YÖNTEM:olgu sunumu

BULGULAR:Bilinen hastalığı olmayan nöromotor gelişimi yaşlılarıyla uyumlu 10 yaşında erkek hasta ateş, kusma yakınmalarından sonra başlayan halusinasyon görme, saldırgan davranışlar nedeniyle çoklu hastane başvurularıyla farklı tanı ve tedaviler altında izlenmiş ancak şikayetlerinin gerilememesi üzerine yaklaşık 2 ay sonra başvurduğu bir başka hastanede ensefalit ön tanısıyla yatışı yapılmış. Yapılan tetkiklerinden hemogram, serum ve bos biyokimyasal parametreleri normal olup Bos viral serolojisi ve kültüründe üreme olmamış. Hastanın kraniyal MRI'nda sol temporal ve parietal bölgede T2 sekansa bilateral nonspesifik ekspansil hiperintensiteler izlenmiş. BOS otoimmün ensefalit panelinde Anti-NMDA pozitif saptanması üzerine NMDA ensefaliti tanısı almış. Pulse steroid, ivig ve plazmaferez tedavileri sonrasında yakınmalarının gerilememesi üzerine tarafımıza yönlendirilen hastanın bize başvurduğunda orofasiyal ve üst ekstremitelerde stereotipleri, halüsinasyonları, atipik gülme ve korku davranışları mevcuttu. Gözle görülür nöbeti olmayan hastanın Eeg'sinde epileptik aktivite gözlenmedi ancak nmda ensefalitinde görülebilen delta brush dalgaları mevcuttu. İlk basamak tedavilere yanıt alınmamış olan hastaya tekrardan 5 gün plazmaferez yapıldı ve rituksimab başlandı. Davranış ve uyku sorunları düzelen, atipik orofasiyal hareketleri tamamen gerileyen hastanın tedavisine ve takibine devam edilmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Nöropsikiyatrik bulgularla, atipik prezentasyonla gelen çocuklarda veya psikiyatrik bozukluk, ensefalit ön tanısıyla takip edilen hastalarda altta yatan organik nedenlerden birinin de otoimmün ensefalitler olabileceği akla getirilmelidir. Erken dönemde tanı ve tedavi prognozu iyileştirmektedir.

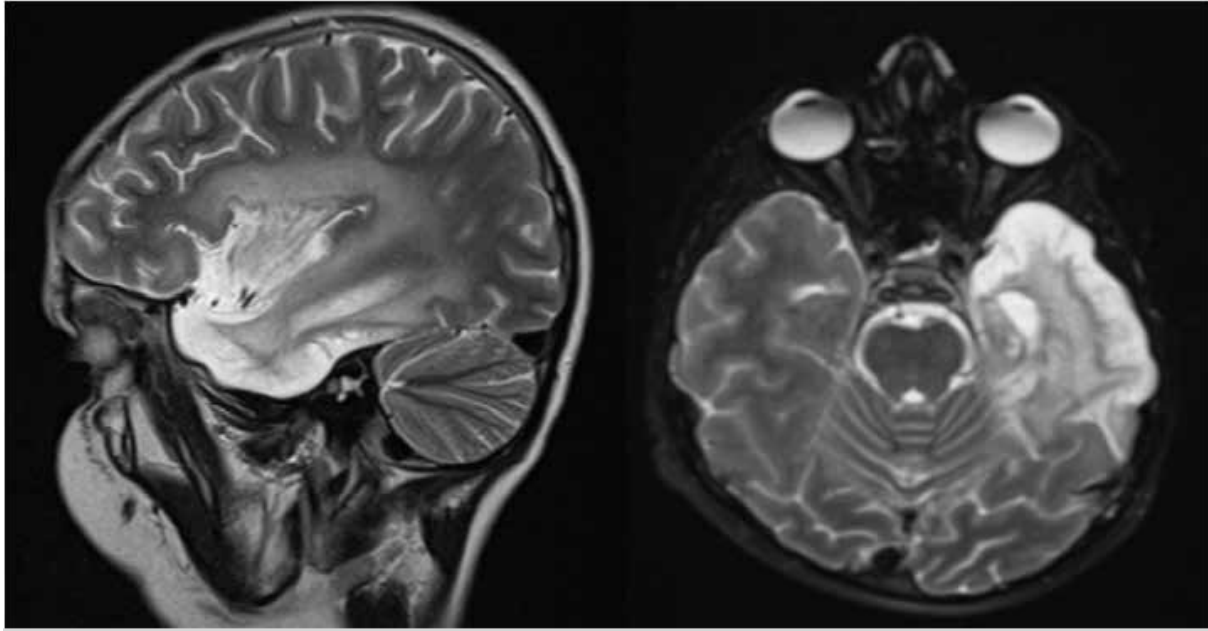
Anahtar Kelimeler: nöropsikiyatrik semptom, otoimmün ensefalit, nmda ensefaliti

EEG



Delta Brush Paterni

Kranial MRI



EP-213

Distonide Tedavi Seçenekleri

Beste Yüksel Saçlı¹, Duygu Yılmaz¹, Haluk Topaloglu²

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul

²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Distoni, genellikle tekrarlayan hareketlere, anormal postüre veya her ikisine birden neden olan sürekli veya aralıklı kas kasılmaları ile karakterize edilen bir hareket bozukluğu olarak tanımlanır. Çocukluk çağında görülen hareket bozukluklarından biridir. Burada kliniğimize başvuran iki distoni olgusunun ayırıcı tanısı yapılacaktır.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Olgu 1: On altı yaşında kız hasta, yürürken dışa basma, hareket ederken zorlanma, ince motor hareketlerde güçsüzlük şikayetleriyle kliniğimize başvurdu. Öykü derinleştirildiğinde şikayetlerinin beş yaşında başladığı ve sabahları daha az olduğu öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde yürümesi geniş kaideliydi ve spastik özellik içeriyordu. Hastaya 1,5 mg/kg/gün dozunda levadopa başlandı. Birkaç hafta sonra kontrol fizik muayenesinde yürümesinin düzeldiği ve yakınmalarının kaybolduğu görüldü. Hastada dopa yanıtı distoni (Segawa Hastalığı) düşünüldü.

Olgu 2: On üç yaşında kız hasta, beş yıl önce her iki alt ekstremitede başlayan kas spazmı ve hareket bozukluğu şikayetleriyle başvurdu. Öyküsünden şikayetlerin iki yıl önce sol üst ekstremiteye de yayıldığı, daha önce yürümesinin normal olduğu ve şikayetlerin giderek progrese olduğu öğrenildi. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde yürüme koreatetik, sağ ve sol üst ekstremitede mikst tipte kore ve ballismus, derin tendon refleksleri canlı izlendi. Patolojik refleks yoktu. Yapılan manyetik rezonans görüntülemeye globus pallidusta metabolik kökenli olduğu düşünülen lezyon izlendi. İğne elektromiyografisinde sol biceps ve pectoralis major kaslarında bazen birbirinden bağımsız bazen arka arkaya 1-2 saniye süren düzensiz motor unit aksiyon potansiyelleri boşalmaları izlendi. Genetik incelemede (WES) KMT2B c.4984T>G.p.(Phe1662Val) anlamlı heterozigot varyasyon izlendi. Hastada ön planda herediter distoni düşünüldü. Levadopa ve baklofen başlandı. Nöroşirurji ile konsülte edilerek derin beyin stimülasyonu planlandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Hareket bozuklukları, çocukluk çağında ayırıcı tanısında zorlanılabilen ancak bazı durumlarda tedavisi mümkün hastalıklardır. Bu nedenle hareket bozukluğu ile karşımıza gelen bir olguda Segawa Hastalığı ve diğer levadopa yanıtı distoniler olasılığını aklımızda tutarak hastaya tedavisi denenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hareket bozukluğu, distoni, Segawa hastalığı

EP-215

PRRT-2 Gen Mutasyonuna Bağlı Hareket ile Tetiklenen Paroksizmal Kinesijenik Diskinezi Olgusu

Hande Nur Demirel¹, Elif Yüksel Karatoprak²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Paroksizmal kinesijenik diskinezi (PKD); epizodik koreoatetoz ve istemli hareketin neden olduğu distoni ile karakterizedir. Epizodik kinesijenik diskinezi, 16p11.2 kromozomu üzerindeki prolinden zengin transmembran protein 2 (PRRT2) genindeki kalıtsal veya sporadik mutasyonlardan kaynaklanır. Ataklar, ani hareketler veya irkilme gibi kinesijenik bir tetikleyiciden sonra meydana gelir.

Bu olgu ile paroksizmal hareket bozukluklarında PRRT-2 mutasyonunun akılda tutulması gerektiğine dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM:İnfantil başlangıçlı epilepsisi olan hastanın hareket ile tetiklenen nöbetinin etyolojisinin aydınlatılması amacıyla hastanemiz Çocuk Nörolojisi kliniğinde yapılan tetkikler ve hastanın tıbbi kayıtları araştırıldı.

BULGULAR:9 yaşında erkek hasta tüm vücutta kasılma sonrasında düşme ve savruk yürüme şikayeti ile başvurdu. Hastanın hareket ile tetiklenen atakları günde 3-4 defa olmakta ve birkaç dakikadan kısa sürüyordu. Özgeçmişinde ilk nöbetini 6 aylıkken vücutta kasılma, siyanoze ve afebril geçirdiği öğrenildi. Fenobarbital başlanmış ve ilaçtan fayda görmüşler fakat 3 yaşından sonra kasılıp düşmeleri başlamış. Soygeçmişinde halasında ve babasının kuzeninde epilepsi mevcut. Hastanın muayenesinde ataksisi mevcut, diğer nörolojik muayene bulguları doğaldı. Paroksizmal hareket bozuklukları düşünülerek klinik ekzom paneli gönderildi. Genetik tetkik sonucu PRRT2 heterozigot mutasyonu olarak saptandı. Hastaya karbamazepin başlandı. 2 hafta sonraki kontrolünde hareket bozukluğunda belirgin azalma olduğu saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:PRRT-2 proteinin eksikliği, beynin çeşitli bölgelerinde nörotransmitter salınımının ve disreğüle edilen nöronal uyarılabilirliğin değişmesine yol açarak paroksizmal hareket bozuklukları ve nöbet fenotipleri ile sonuçlanabilir.

Paroksizmal kinesijenik diskinezide ataklar, ani hareketler gibi kinesijenik bir tetikleyiciden sonra oluşur. Süre tipik olarak 1 dakikadan azdır ve bilinç kaybı veya ağrı yoktur. PKD ataklarının başlangıç yaşı genellikle çocukluk dönemidir ve antikonvülzan ilaçlarla tedavi etkilidir. Benign familial infantil konvülzyonlar (BFIC) ile paroksizmal koreoatetozun birlikte ortaya çıkması infantil konvülzyon koreoatetoz sendromu (ICCA) olarak bilinir ve PKD ile ilişkilidir. Bu sendromların her birinde PRRT-2 mutasyonu tanımlanması ortak bir moleküler temele sahip tek bir hastalık spektrumu olduğunu gösterir.

Paroksizmal hareket bozukluğu ile başvuran hastalarda PRRT-2 mutasyonu ve atakların hareket ile tetiklenebileceği, karbamazepin tedavisine dramatik yanıt verdiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: paroksizmal kinesijenik diskinezi, epilepsi, PRRT-2 mutasyonu, koreoatetoz

EP-216

Dirençli Epilepsi Tanılı Hastada Uzun Qt Sendromu Ve KCNQ1 Mutasyonu

Hande Nur Demirel¹, Elif Yüksel Karatoprak², Öykü İsal Tosun³

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı, İstanbul

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof Dr Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Uzun QT sendromu yapısal olarak normal olan kalpte, çekilen EKG'de uzamış QT mesafesi, tekrarlayan ani kardiyak arreste neden olabilen bir kardiyak repolarizasyon bozukluğudur. Bilinen uzun QT genleri, kardiyak aksiyon potansiyelinin depolarizasyonunda görev alan SCN5A ve repolarizasyonunda yer alan KCNQ1, KCNH2, KCNE1 ve KCNE2 genleridir. KCNQ1 geni kardiyak iyon kanalı genlerini kodlar.

Dirençli epilepsi tanılı hastanın KCNQ1 mutasyonu saptanması ile VT ataklarının görülmesi üzerine beta bloker tedavisi başlanması ile nöbetleri kontrol altına alınan vaka anlatılmaktadır.

YÖNTEM:Dirençli epilepsi tanısı ile takip edilen hastanın etyolojisinin araştırılması amacıyla hastanemiz Çocuk Nörolojisi, Çocuk Kardiyolojisi ve Tıbbi genetik bölümlerinin yaptığı tetkikler ve hastanın tıbbi kayıtları gözden geçirildi.

BULGULAR:13 yaşında dirençli epilepsi ile takipteki kız hasta, ilk nöbetini 4 yaşında JTK vasıfta geçirmiş. Nörolojik muayenesi normal, EEG'de sol santropariyetalde keskin-dalga dizileri görüldü. Hastaya levetirasetam başlandı ancak çekilen EEG'lerde bozukluk devam etmesi üzerine hastanın tedavisine kademeli olarak antiepileptikler eklendi. Hasta yüksek doz ikili antiepileptik kullanırken bakılan genetik tetkikinde KCNQ1 nonsense heterozigot mutasyonu saptandı. KCNQ1 mutasyonunun uzun QT sendromu ile ilişkili olması üzerine hasta Çocuk Kardiyolojiye yönlendirildi. Hastanın efor testi uzun QT sendromu ile uyumlu bulundu. Holterinde aralıklı VT atakları görüldü, propranolol başlandı. Takiplerinde EEG'lerinin normal olması, aktif nöbetinin olmaması üzerine antiepileptik ilaçları kademeli azaltıldı. Beta bloker tedavisi sonrası VT ataklarının sonlanması ile epileptik nöbetleri kontrol altına alınabildi. Tek antiepileptik ile EEG'leri normal.

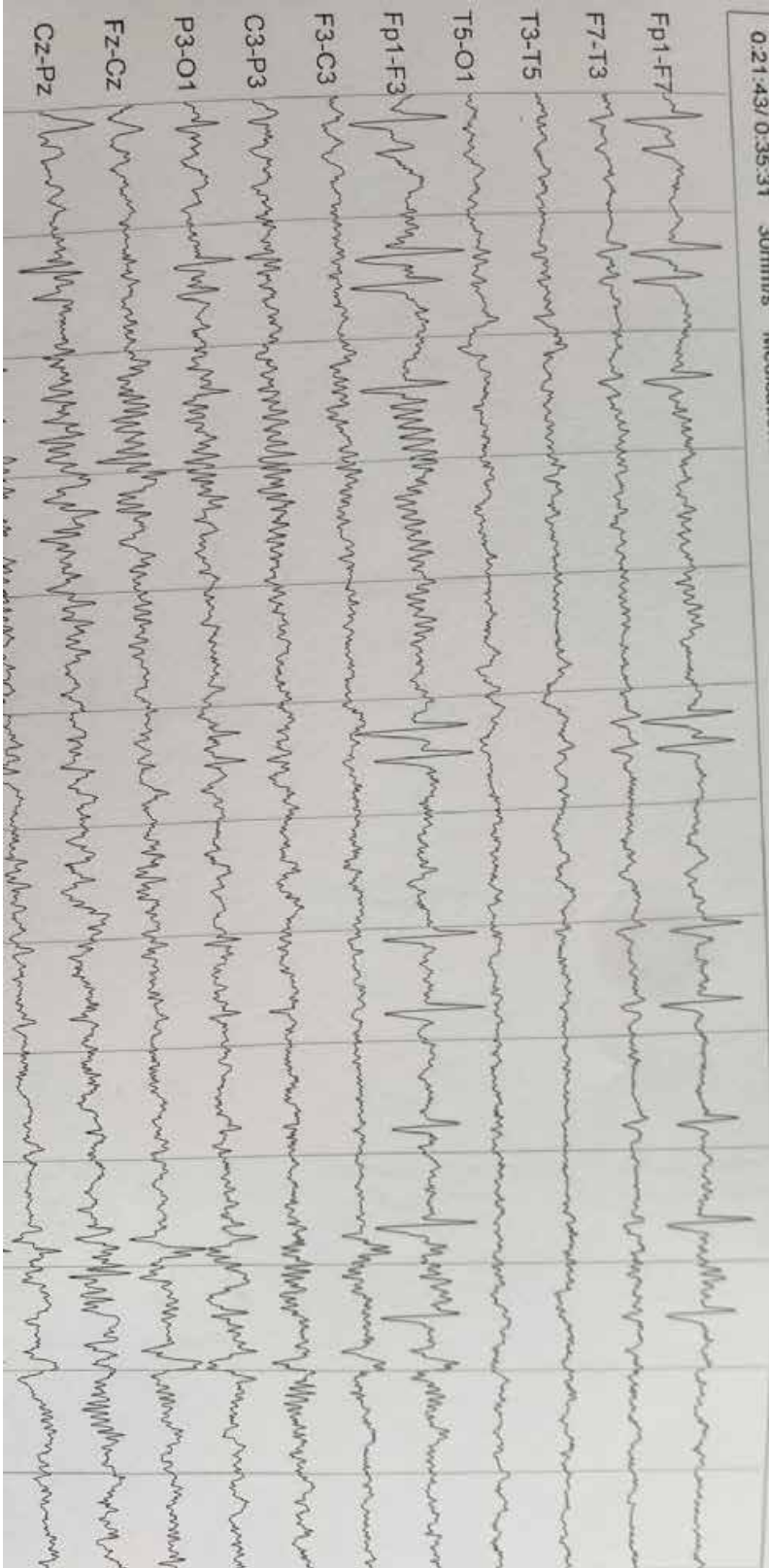
TARTIŞMA VE SONUÇ:Uzun QT sendromunda semptomlar senkop kaynaklı jeneralize nöbetler olabilir. Uzun QT sendromu ve nöbet öyküsü olan tüm hastalar için beta bloker önerilmektedir. 343 hastalı klinik bir çalışmada konjenital uzun QT ile epilepsi arasındaki ilişki doğrulanmıştır.

Olgumuzda KCNQ1 mutasyonu dışında başka bir etyoloji bulunamadı. Bu durumu, beyindeki kardiyak aritmi genlerinin ortak ekspresyonunun bir ifadesi olarak yorumladık. Dirençli epilepsisi olan hastaların ailesinde ani ölüm olup olmadığı araştırılmalı, varsa hasta kardiyolojiye yönlendirilmelidir.

Kardiyak iyon kanallarını kodlayan genlerdeki mutasyonların, epileptik nöbetler olarak kendini gösteren anormal beyin fonksiyonuyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: KCNQ1, konjenital uzun QT, epilepsi, EEG, mutasyon

Hastanın EEG'sinde sol frontoparietalde keskin-dalga aktivitesi



EP-217

Çocukluk çağı nöromusküler hastalıklarının intravenöz immunglobulin ile tedavisinde tek merkez deneyimi

Guler Nur Gumus¹, Aycan Ünalp², Fırat Can², Yiğithan Güzin³, Didem Kalaycı Atmaca², Gülçin Akıncı², Pakize Karaoğlu², Ayşe İpek Polat², Serdar Pekuz², Tuncay Derya Okur², Ünsal Yılmaz²

¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İzmir

²S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Ana Bilim Dalı, İzmir

³İzmir S.B.Ü Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Ana Bilim Dalı, İzmir

GİRİŞ VE AMAÇ:İntravenöz immünoglobulin (İVİG) immün yetmezlik, otoimmün hastalıklar ve otoinflamatuar hastalıklar dahil olmak üzere çok sayıda hastalığın yönetiminde kullanılan biyolojik bir ajandır. Çocuk nörolojisi kliniklerinde İVİG kullanımıyla ilgili literatürde kısıtlı bilgi vardır. Biz bu çalışmada nöromusküler hastalık tanısı ile çocuk nörolojisi servisimizde İVİG tedavisi alan olguların tanıları, demografik özellikleri, klinik izlemleri ile tedavi süreçlerini retrospektif olarak incelemeyi amaçladık.

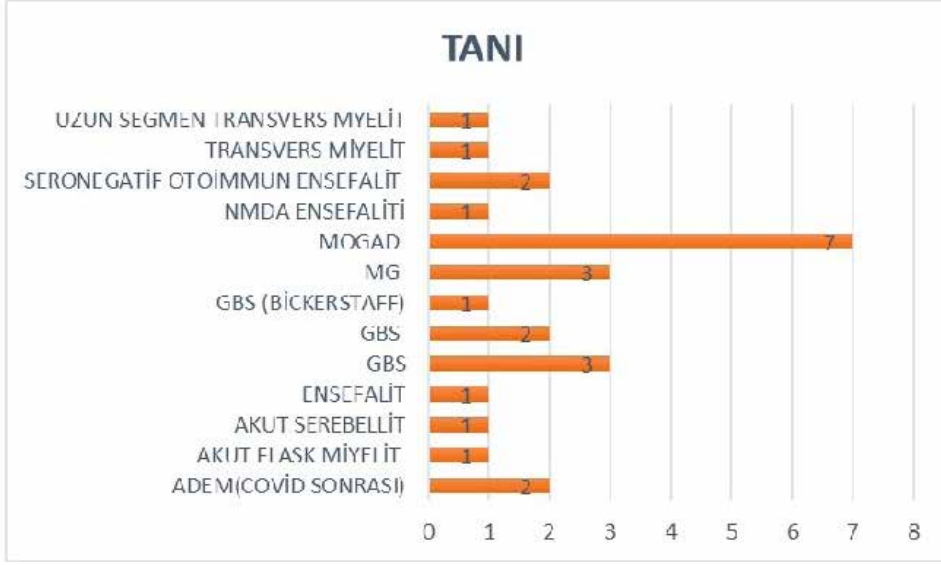
YÖNTEM:Ocak 2022- Mart 2023 tarihleri arasında servisimizde yatırılarak İVİG tedavisi uygulanan 26 olgunun bilgileri hastane bilgi sisteminden retrospektif olarak incelenmiştir. Olguların yaş, cinsiyet, enfeksiyon öyküsü, aşılama durumu, İVİG endikasyonu, (FDA-EMA), yatış süresi, başvuru yakınmaları, fizik muayene bulguları, primer tanıları, görüntüleme özellikleri, İVİG uygulanma dozu ve süresi, ilaç yan etkisi, tedaviye yanıtları, yatış süresi ve uzun dönem izlemlerinde relaps durumları değerlendirilmiştir.

BULGULAR:Çalışmaya 26 olgu dahil edilmiştir. Olguların %61,5'i (n:16) kız, %38,5'i (n:10) erkektir. Tüm olguların yaş ortalaması 9±4.36 yıl idi. En sık tanıların MOGAD (%26,9, n:7), GBS (%23, n:6), Miyastenia Gravis (% 11.5, n:3) ve Transvers Miyelit (% 11.5, n:3) olduğu görüldü. Seronegatif otoimmün ensefalit (% 7.6, n:2), ADEM (%7.6, n:2), Serebellit (%3.8, n:1), NMDA ensefaliti (%3.8, n:1) ile Ensefalit (%3.8, n:1) oranında görüldü. Olguların en sık başvuru yakınmaları yürüme güçlüğü (% 57,6, n: 15), bilinç bulanıklığı (% 34,6, n:9), görmede azalma (%23, n:6) ve halsizlik (% 34,6, n:6) idi. Olgulara 2 gr/kg/gün dozunda İVİG tedavisi uygulandı. Ortalama İVİG uygulanma süresinin 2,9±1,2 gün idi. Olguların hiçbirinde İVİG tedavisine bağlı yan etki gözlenmedi. Olguların 6'sında (%26) relaps olduğu görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:İVİG tedavisi sürekli gelişen, etkinliği birçok hastalıkta kanıtlanmış bir uygulamadır. Steroid ve diğer immünsüpresif ajanlara göre yan etki insidansının daha az olması önemli bir avantaj iken, maliyeti ve ulaşımındaki zorluk İVİG tedavisinin önündeki en önemli engellerden biridir. Çocukluk çağı nöromusküler hastalıklarda doğru endikasyonda kullanıldığında İVİG tedavisinin etkili ve güvenilir bir tedavi seçeneği olduğunu vurgulamak isteriz.

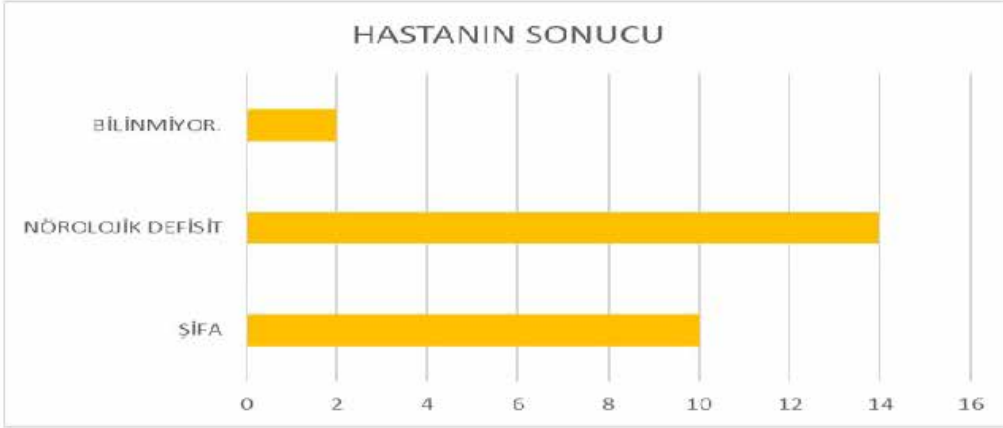
Anahtar Kelimeler: Çocuk nörolojisi, İntravenöz İmmünoglobülin, Nöromusküler Hastalıklar

Tablo-1



Çalışmaya dahil edilen olguların tanı dağılım tablosudur.

Tablo-2



Çalışmaya dahil edilen olguların tedavi sonucuna ilişkin tablodur

EP-218

Ketamin uygulaması sonrası jeneralize nöbet geçiren çocuk hasta

Necibe Tuğçe Göktaş¹, Neslihan Çalışkan²

¹Şehit Prof Dr. İlhan Varank EAH, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, İstanbul

²Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji ABD, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Ketamin, pediatrik hastalarda prosedürel sedasyon da dahil olmak üzere çeşitli amaçlarla çocuk acil servislerde yaygın olarak kullanılmaktadır. Başlıca faydaları, hızlı etki başlangıcı,nispeten kısa yarılanma ömrü ve solunum depresyonu olmamasıdır. Ketaminin bilinen yan etkileri halüsinasyonlar, baş dönmesi, mide bulantısı ve kusmadır. Ketamin ile tetiklenen konvülziyon nadir bir antitie olup ketaminin beklenen bir yan etkisi değildir. Ancak birçok klinikte vaka sunumu olarak ketamin sonrası jeneralize tonik-klonik nöbet bildirilmiştir. Bu olgu sunumu ile, kemik iliği aspirasyonu(KİA) öncesi ketamin verilen ve ardından jeneralize tonik klonik nöbet geçiren hastamızı sunmak ve bu yan etkisine dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM:10 yaş erkek hasta,dış merkezde İdiopatik Trombositopenik Purpura (ITP)tanısı konmuş. Daha önce 6 kez IVIG almış.Hiç KİA yapılmamış. Yapılan viral tetkiklerinde patoloji saptanmadı.Son bakılan hemogramında plt:70.000 idi.

Hastaya KİA planlandı.Sedasyon amacı ile 1 mg/kg ketamin verildi.Aniden perioral seğirmeler geliştirdi, ardından iki taraflı simetrik tonik-klonik hareketler,daha çok üst ekstremitede birkaç saniyeliğine oluştu. Göz küreleri yukarı deviye oldu ve sabitlendi. Konvülziyon toplam 1 dakika sürdü.

BULGULAR:Oksijen verildi ve intravenöz olarak midazolam 0,15 mg/kg verildi.Geçmişte/ailede konvülzyon öyküsü yoktu.Doğum ve gelişim öykülerinde özellik yoktu.Fizik muayenesi ve laboratuvar tetkikleri normaldi.Hastanın yapılan beyin MRG tetkikleri ve EEG si olağandı.Hasta 24 saatlik izlem sonrası taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ketaminin antikonvülzan etkileri yakın zamanda gösterilmiştir ve yeni raporlar ketaminin refrakter status epileptikusu etkin bir şekilde kontrol edebildiğini göstermiştir. Ancak bizim olgumuzda ketamin enjeksiyonu konvülsiyon için bilinen herhangi bir predispozan faktör yokluğunda jeneralize tonik-klonik nöbet aktivitesi ile sonuçlanmıştır.Bu olağandışı vaka,ketamin kaynaklı nöbet olasılığını vurgulamaktadır.Ketaminin yan etkilerini yönetmek için önerilen ilk ilaçlar, benzodiazepinlerdir. Bizim olgumuzda midazolam enjeksiyonu uygulandı ve nöbet durdu. Sağlıklı bireylerde ketamin uygulaması ile nöbetler arasındaki ilişkiden sadece birkaç rapor bahsedilmiştir. Pediatrik laserasyon onarımları veya diğer rutin prosedürler için acil serviste ketaminin uygulanma sıklığı göz önüne alındığında, sadece acil servis doktorları değil aynı zamanda plastik cerrahlar da ketaminin sağlıklı bireylerde bile potansiyel olarak nöbetlere neden olabileceğinin farkında olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: ketamin, nöbet, immun trombositopeni

EP-219

Çocukluk çağı epilepsisinde nadir bir etiyoloji: Homozigot KCNMA1 mutasyonu saptanan bir olgunun fenotipik spektrumu ve antinöbet tedavisi

Dilara Güral¹, Huriye Çetin¹, Çağrı Furkan Parlak¹, Volkan Sönmez², Turgay Çokyaman¹

¹Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çanakkale

²Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Çanakkale

GİRİŞ VE AMAÇ:KCNMA1 geni kromozom 10q22.3 üzerinde bulunmaktadır, voltaj ve kalsiyuma duyarlı potasyum kanallarını (BK kanalı) kodlamaktadır. BK kanalları merkezi sinir sistemi dahil olmak üzere birçok organ ve doku da ifade edilmektedir. Beyinde ağırlıklı olarak serebral korteks, amigdala, kaudat çekirdek, hipokampus, hipotalamus, beyincik ve omurilikte Purkinje hücrelerinde ekspresyona edilmektedir. Bildirilen KCNMA1 mutasyonlarında epileptik nöbetler, hareket bozuklukları, nörolojik gelişimsel gerilik belirgin fenotipik özellikleri oluşturmaktadır.

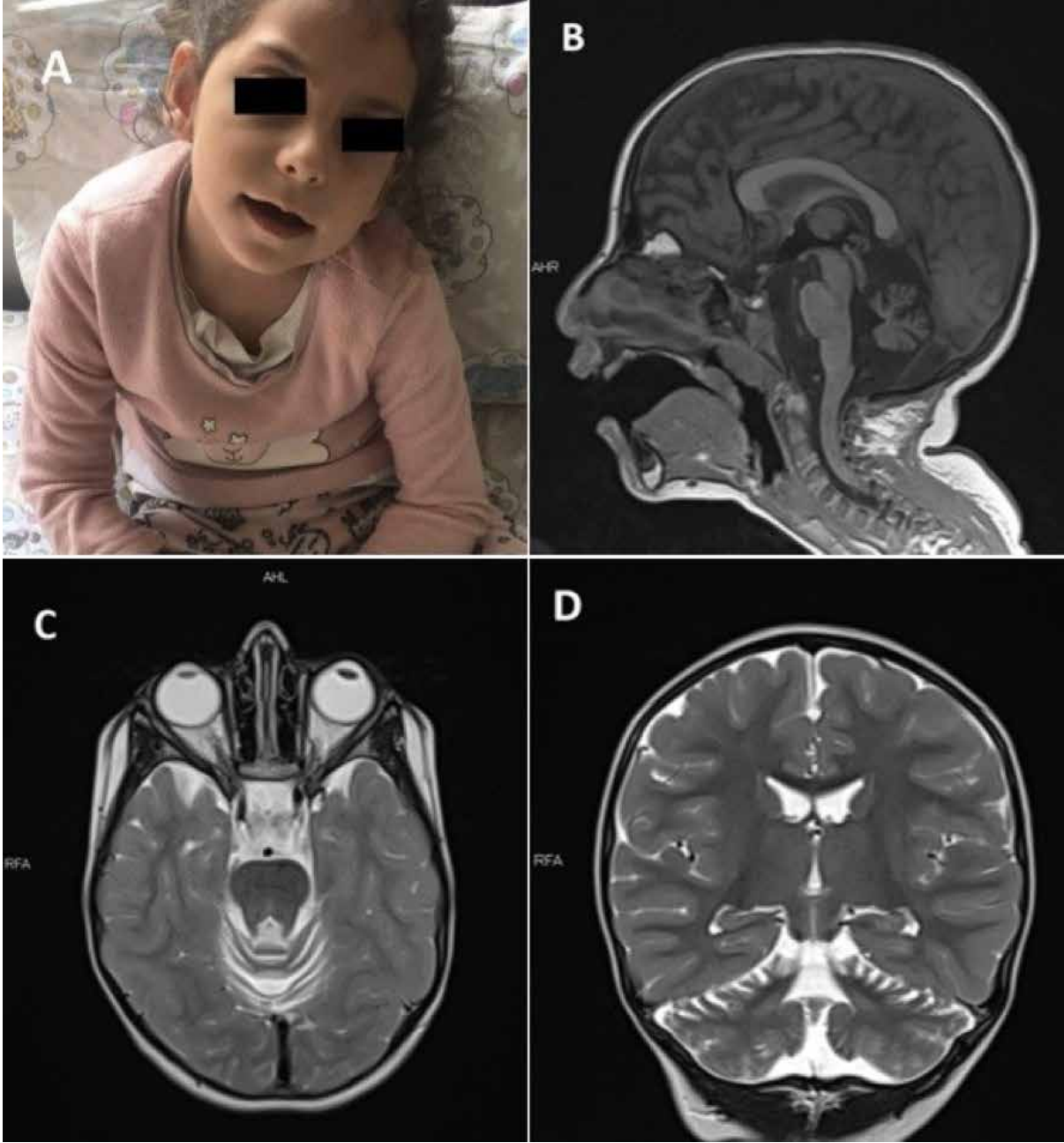
YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:6 yaşında kız hasta, anne ve babası arasında 3. derece akrabalık olup miadında ve normal vajinal doğumla 3500 gr ağırlığında doğmuştu. Yenidoğan döneminde hipotonisi fark edilen vakanın baş tutması 12 aylıkken ve destekli oturması 4 yaşında olmuştu. En son muayenesinde desteksiz oturmadığı, yürüyemediği ve yaşına uygun dil gelişiminin olmadığı görüldü. 4 yaşında başlayan miyoklonik nöbetleri levatirecetam ile kontrol altına alınmıştı. Fizik muayenesinde yorgun yüz görünümü ve hipomimisi mevcuttu, alt ekstremiteleri ise aşırı dış rotasyonda tutulmaktaydı. Derin tendon refleksleri üst ekstremitelerde normoaktif, alt ekstremitelerde hipoaktif, kas kuvveti üst ekstremitelerde 4/5, alt ekstremitelerde 3/5 idi. Babinski yanıtı ekstansör ve klonusu pozitif. Eklem hareket açıklığı artmış ancak spastisitesi yoktu. Diskinezi veya titremesi yoktu. Göz muayenesinde şaşılık vardı, işitme testini ise geçti. Elektroensefalografi (EEG) jeneralize çoklu diken deşarjları gösterirken, elektromiyografi ve metabolik testler normaldi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde serebellar folialar ve vermiste atrofi görüldü

TARTIŞMA VE SONUÇ:Burada epilepsi, hipotoni (ancak ekstansör babinski ve klonusu bulguları olan), nörolojik gelişimsel gerilik, serebellar ve vermian atrofi fenotipi ile başvuran ve tüm ekzom dizileme (WES) sonucu KCNMA1 geninde NM_001161352 c.761C>T (p.T254M) homozigot nonsense mutasyon saptanan bir olgu sunulmuştur. Trio-WES'de anne-babanın heterozigot taşıyıcı oldukları tespit edilmiştir. Bu gendeki mutasyonların neden olduğu fonksiyon kaybı ve kazançlarının farklı fenotiplerle karşımıza çıkabileceği göz önüne alındığında epilepsi, paroksizmal diskinezi ve serebellar atrofi gibi ana fenotipik özelliklere ilave olarak vakamızdaki üst ve alt motor nöron bulgularının birlikteliği ve belirgin hipotonisite güncel tıbbi literatüre ayrıcalıklı bir katkı sunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Diskinezi, Epilepsi, Hipotoni

Vakanın resmi. ve MRIları



A: Hastanın fotoğrafı B,C,D: 5 yaşında çekilen kranial MR'da serebellar hemisferde atrofi ve hipoplazi, sagittal ve aksiyel görüntülerde vermiş görülüyor.

EP-222

POMGNT1 İlişkili Konjenital Musküler Distrofi Olgu Sunumu

Damla Sel Çoban¹, Fırat Can², Ünsal Yılmaz²

¹S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hastalıkları

²S.B.Ü Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi

GİRİŞ VE AMAÇ:POMGNT1 (glikoziltransferaz O-mannoz β -1,2-N-asetilglukozaminiltransferaz) ilişkili kas-göz-beyin hastalığı; bebeklikte başlayan hipotoni, kas kontraktürleri, gelişme geriliği, göz ve beyin anomalileriyle gidenden distroglukan proteininde değiştiren POMGNT1'deki homozigot veya bileşik heterozigot mutasyonun olduğu nadir, otozomal resesif hastalıktır.

YÖNTEM:Olgu sunumudur.

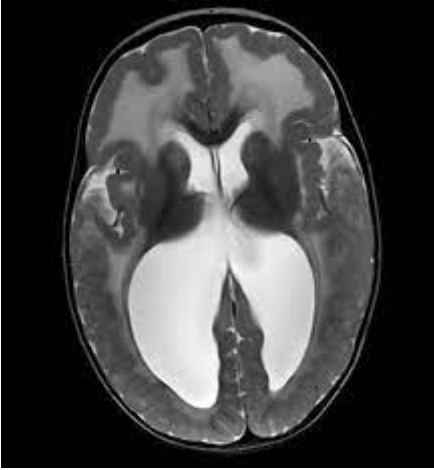
BULGULAR:Dört aylıkken göz takibi olmamasıyla göz polikliniğine başvuran ve nöroloji polikliniğine yönlendirilen hastada makrosefali, arayıcı göz hareketleri olduğu, göz takibinin olmadığı, derin tendon reflekslerinin azaldığı saptandı. Miadında sorunsuz doğduğu, bugüne kadar şikayeti olmadığı öğrenildi. Anne-baba birinci derece akrabaydı. Beyin manyetik rezonans görüntülemesinde (MRG) atrofik beyin sapı, hipoplazik serebellar vermis, beyaz cevher değişiklikleri, ventriküler dilatasyon saptandı. Laboratuvarında kreatin kinaz (CK) değeri 2300 U/L saptandı, diğer tetkikler olağandı. Elektronöromiyografi (ENMG) incelemesinde miyopatik değişiklikler saptandı. Takiplerinde nöromotor fonksiyonları gerileyen, spastisitesi artan, hidrosefalisi belirginleşen olguya ventriküloperitoneal şant takıldı. Beyaz cevher hastalıkları açısından yapılan metabolik, genetik tetkikler olağandı. Nöromotor gerilik, göz anormallikleri, MRG'de beyin anormallikleri, EMG'de miyopatik değişiklikleri olan hastada klinik olarak kas-göz-beyin konjenital musküler distrofi tanısı konuldu. Konjenital musküler distrofi genetik paneli çalışıldı, POMGNT1'de homozigot mutasyon saptandı, patojenik olarak değerlendirilerek POMGNT1 ilişkili konjenital musküler distrofi tanısı konuldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Kas-beyin-göz hastalığı hipotoni, bebeklikten itibaren ciddi ilerleyici görme sorunları, gelişme geriliğiyle karakterizedir. Soluk retina, nistagmus, arayıcı göz hareketleri, göz takibinin olmaması, zamanla retina dejenerasyonuna bağlı görme yetmezliği gelişir. Nöbetler yaygındır, bilişsel bozukluk genellikle şiddetlidir. Yaklaşık beş yaşında çoğu hastanın motor fonksiyonları geriler, kontraktür ve spastisite gelişir. CK düzeyi yüksektir. EMG bulguları anormaldir. Beyin MRG'sinde, beyin sapı karakteristik düzdür, ventrikülomegali ve beyaz cevher hipodensiteleri görülebilir. Kas biyopsisi genellikle distrofik değişiklikler gösterir; ancak bunlar minimal olabilir. İmmünohistokimiyada eksik alfa-distroglukan gösterilebilir. Klinik fenotipi, POMGNT1, FKRP, POMT2, POMT1, FKTN ve LARGE'ın gen patojenik varyantlarından kaynaklanır. Literatürde, POMGNT1 ile ilişkili kas-göz-beyin hastalığı kas distrofisi-distroglukanopati (beyin ve göz anomalileri ile konjenital) tip A3 (MDDGA3) olarak tanımlanmıştır.

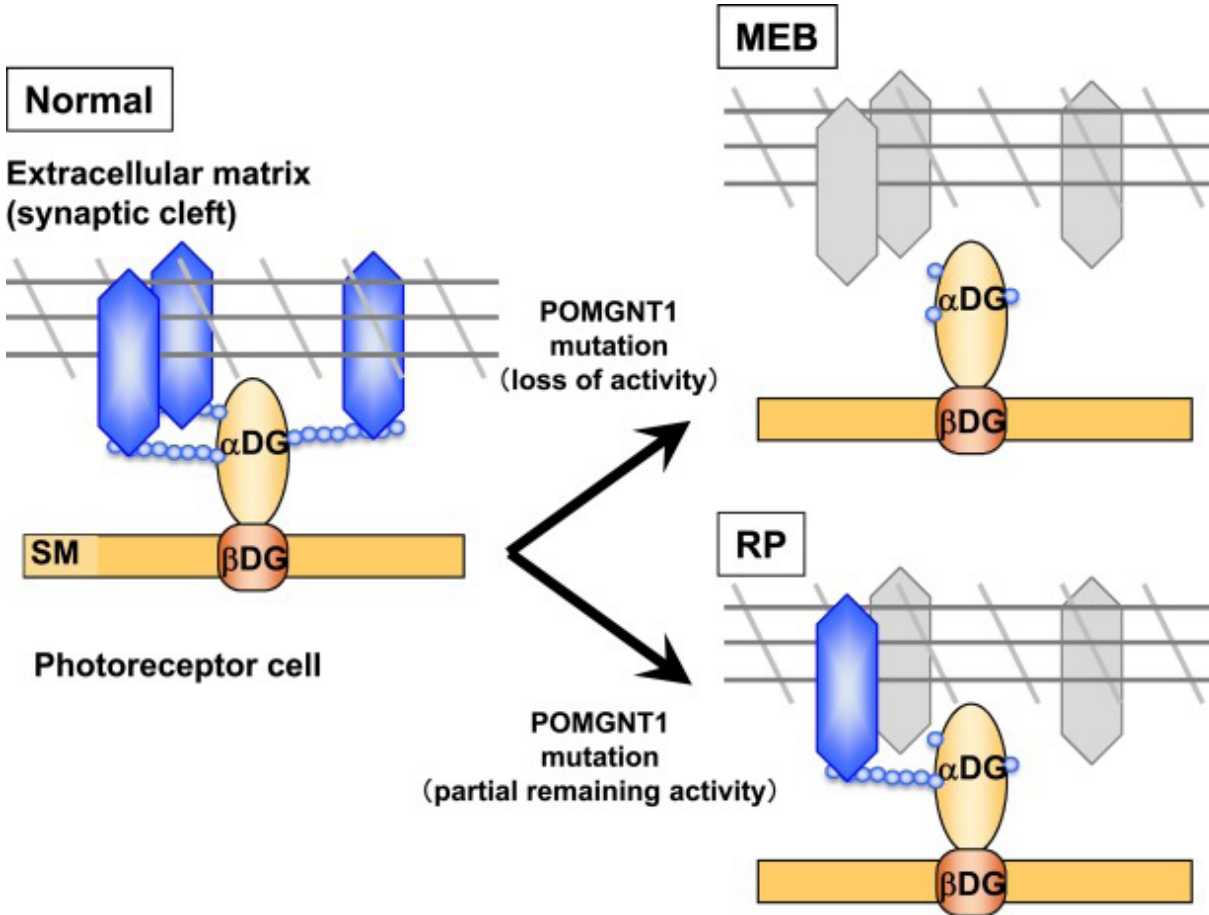
Göz takibi olmaması nedeniyle başvuran hastalarda, anne-baba arasında akraba evliliği varsa, muayenede nöromotor gelişme geriliği/gerilemesi ve CK yüksekliği saptanmışsa ayırıcı tanıda Kas-göz-beyin hastalığı düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kas-beyin-göz hastalığı, POMGNT1, hipotoni, akraba evliliği, görme problemi

MR Görüntüleme



POMGNT1 geni



EP-223

Fasioskapulohumeral Muskuler Distrofi Olgu Sunumu

Güler Nur Gümüş¹, Fırat Can², Ünsal Yılmaz²

¹SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

²SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi BD

GİRİŞ VE AMAÇ:Fasioskapulohumeral musküler distrofi (FSHD), semptom başlangıç yaşı bebeklikten orta yaşa kadar değişebilen, çoğu vakada yüz, skapular, üst kol, bacak ve kalça kuşağı kaslarını tutan, genellikle asimmetrik tutulumu olan, yavaş ilerleyen kas güçsüzlüğü ile karakterize otozomal dominant kalıtılan kompleks bir genetik hastalıktır.

YÖNTEM:Hastanemiz Ç.nöroloji bölümünde takip edilen olgu takip ve tedavi bilgileri hastane bilgi arşiv sisteminden derlenmiştir.

BULGULAR:Fasioskapulohumeral musküler distrofi üçüncü en sık görülen kas distrofisi türüdür. Çoğu vakada yüz, skapular, üst kol, bacak ve kalça kuşağı kaslarını tutan, genellikle asimmetrik tutulumu olan yavaş ilerleyen kas güçsüzlüğü ile karakterize kompleks bir genetik hastalıktır. FSHD'nin en olası nedeni, çift homeobox protein 4 geninin (DUX4) uygunsuz ekspresyonudur. Çoğu olguda otozomal dominant kalıtım tespit edilirken, sporadik vakalarda görülmektedir. Semptom başlangıç yaşı bebeklikten orta yaşa kadar değişir, ancak genellikle ikinci on yıldadır. Hastalığın şiddeti de oldukça değişkendir. FSHD'nin klasik formu, genellikle asimmetrik tutulumun eşlik ettiği yüz, skapular, üst kol, alt bacak ve karın kaslarını içeren kas zayıflığı ile karakterizedir. Gözleri sıkıca kapata-mama, gülümsememe ve ifadesiz bir yüz görünümü vardır. Omuz ve üst kol kaslarının zayıflığı karakteristiktir. Skapular kanatlanma yaygın bir erken özelliktir. Biceps ve trisepslerin belirgin zayıflığı ve atrofisi vardır, önkol kasları genellikle korunur. Solunum fonksiyonları genellikle korunur. Serum CK seviyeleri genellikle yüksektir. FSHD tanısı genetik testlerle doğrulandığında EMG ve kas biyopsisi gerekli değildir. Tedavinin ana odağı fizik tedavi ve rehabilitasyon, egzersiz, ağrı kontrolü ve ortopedik müdahalelerdir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sonuç olarak muayenede kuşak kasları güçsüzlüğü olan ve tetkiklerinde CK yüksekliği saptanan hastalarda tanı ve genetik danışma açısından FSHMD akla gelmelidir.

Anahtar Kelimeler: fasioskapulohumeral musküler distrofi, kas güçsüzlüğü, çocuk nörolojisi, genetik hastalıklar

EP-224

Akut enfeksiyon sonrası gelişen Guillain-Barre sendromu olgusu

Nushaba Abdullayeva¹, Ece Gultekin², Ayhan Yaman³

¹İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

²İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Nöroloji Ana Bilim Dalı, İstanbul

³İstinye Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Guillain Barre Sendromu(GBS) sıklıkla simetrik güçsüzlük ve arefleksi ile karakterize akut inflamatuvar bir polinöropatidir.

YÖNTEM:EMG,MR,Lomber ponksiyon

BULGULAR:13 yaş 6 aylık erkek hasta baş ağrısı,yürüyememe,bacaklarda ağrı şikayeti ile polikliniğe başvurdu.Öyküsünde hastanın son 4 gündür kusma şikayeti ile polikliniğe başvurduğu öğrenildi.Fizik müayenesinde kranial sinirlerin müayenesi normal,ilk gelişinde alt ekstremitelerde kas gücü 4/5,üst ekstremitelerde kas gücü 4/ 5 kuvvet kaybı mevcuttu.Alt ekstremitelerde derin tendon refleksleri hipoaktifti.Alt ekstremitelerde duyu kaybı yoktu.Kan tahlilinde kan biokimyası ve hemogram normal değerlendirildi. Miyozit açısından bakılan kas enzimlerinde artış görülmedi. Hastanın akut enfeksiyon sonrasında alt ekstremitelerde güç kaybı olması nedeniyle bakılan spinal kontrastlı MR'da konus medullaris, kauda ekuinada sinir köklerinde kalınlaşma ve kontrast tutulumu saptandı(-Resim 1).Kranial Mr normal değerlendirildi. Hastanın serviş yatışı izleminde alt ekstremitelerde kas gücü 2/5 'e kadar geriledi.

EMG'de demiyalizan polinöropati (guillain-barre sendromu) olgusunu düşündürmektedir diye yorumlandı. Lomber ponksiyonda BOS incelemesinde hücre artışı görülmedi. Glukoz, protein, sodyum ve klor düzeyleri normaldi. Albuminositolojik dissosiyasyon olarak değerlendirildi.BOS'dan gangliosid panel,viral enfeksiyona yönelik PCR gönderildi ve sonuç bekleniyor.Etiyolojiye yönelik gönderilen solunum viral panel negatif sonuçlandı.Dışkı,-boğaz,kan ve idrar kültürlerinde üreme saptanmadı.İzleminde kan basıncı labil seyretti.

Klinik,radyolojik ve laboratuvar bulgular Guillain-Barre sendromu lehine değerlendirilerek 7 seans plazmaferez ve IVIG 0.4 mg/kg/gün 5 seans olarak uygulandı.Olgumuzda tedavinin birinci haftasında motor fonksiyonlarda belirgin iyileşme görüldü.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Guillain-Barré sendromu tanısı ile başvuran hastaların yaklaşık üçte ikisi öncelik eden üst solunum yolu veya gastrointestinal sistem enfeksiyonu tanımlar. Campylobacter jejuni en sık saptanan ajan olup, diğer GBS ile ilişkili patojenler cytomegalovirus, Epstein- Barr virüs, Mycoplasma pneumonia, Haemophilus influenzae ve influenza A virüs'tür. Olgumuzda öncelik eden gastroenterit öyküsü mevcuttu. Guillain-Barre Sendromu, vakaların %50-70'inde gastroenterit, solunum yolu enfeksiyonu veya aşılardan 2 ila 4 hafta sonra gelişmesine rağmen bizim olguda hastalık akut devam etmekte olan enfeksiyon sırasında gelişmiştir.

Anahtar Kelimeler: Guillan-Barre sendromu, İVİG,lomber ponksiyon,plazmaferez,polinöropati,

Kontrastlı Lumbosakral Spinal MR,Sagittal düzlemde T2 sekans.Konus medullaris ve kauda equinada kontrastlaşma



EP-226

Hipotonik bebeklerde genetik ve radyolojik incelemenin önemi

Selen Gür¹, Gürkan Gürbüz¹, Hilmi Tozkır²

¹Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

²Namık Kemal Üniversitesi, Tıbbi Genetik Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ VE AMAÇ:Hipotonik bebeklerde altta yatan etiyolojinin tanımlanması zor olmakla birlikte, prognoz öngörüsü için ve eğer varsa tedavisi için etiyolojinin bilinmesi gereklidir. Son yıllardagenetik teknolojilerin gelişmesi ve yaygınlaşması ile hastaların tanı alma olasılığı artmıştır. Anamnez, fizik muayene, temel biyokimyasal ve radyolojik tetkikler ile tanı alamayan hastalarda sırasıyla karyotip analizi, array karşılaştırmalı genomik hibridizasyon ve tüm ekzom analizinden yararlanılabilir. Bu çalışmada hipotonik infant tanısı ile izlenen olgularda temel fizik muayene ve anamnezin yanında genetik ve radyolojik değerlendirmelerin öneminin ve tanısal değerinin araştırılması amaçlanmıştır.

YÖNTEM:Vakaların öz ve soygeçmişleri, laboratuvar sonuçları, radyolojik incelemeleri ve varsa genetik testleri retrospektif olarak hasta dosyalarından elde edilmiştir. İnfantil dönemden beri hipotonisitesi saptanan, takiplerine düzenli devam eden vakalar çalışmaya dahil edilmiştir. Takipsiz vakalar çalışmadan çıkarılmıştır.

BULGULAR:Çalışma 2019-2022 tarihleri arasında hastanemiz çocuk nörolojisi polikliniğine hipotoni tanısı ile refere edilen %38,2'si (n=65) kız, %61,8'i (n=105) erkek, toplam 170 olguyla yapılmıştır. Olguların %87,3'ünün (n=145) hipotoni tipleri santral iken; %12,7'sinin (n=21) periferik olduğu görülmüştür. Olguların yalnızca dört tanesinde mikst tip hipotoni gözlenmiştir. Olguların %48,2'sinin (n=82) manyetik rezonans görüntüleme sistem sonuçları normalken; %51,8'inin (n=88) patolojik olduğu görülmüştür. Olguların manyetik rezonans görüntüleme patolojik sonuçları incelendiğinde en sık patoloji %15,9'unda (n=27) periventriküler lökomalazi olarak görülmüştür. Vakaların 65'i (%38,2) genetik olarak tanı almıştı. Genetik tanı alan hastaların yarısından fazlasında tanıya tüm ekzom analizi ile ulaşılmıştır.

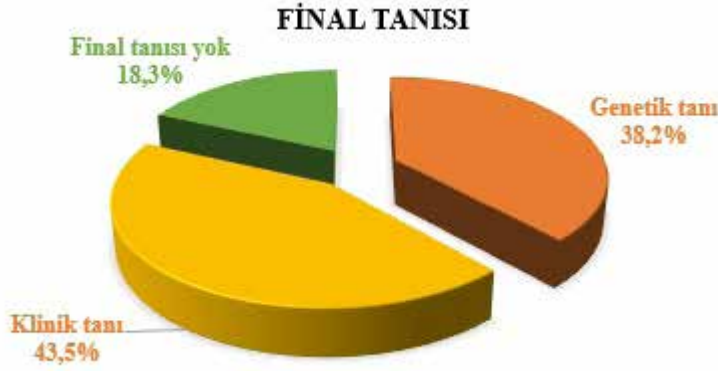
TARTIŞMA VE SONUÇ:Santral hipotoni düşünülen vakalarda yardımcı test olarak beyin manyetik rezonans görüntüleme ilk tercihtir. Klinik bulgular ve beyin MRG ile tanı alamayan hastalarda zaman kaybetmeden tüm ekzom analizi yapılması tanı alana kadar tedavisiz geçen süreyi kısaltır.

Anahtar Kelimeler: Hipotoni, Genetik Analiz, Manyetik Rezonans Görüntüleme

Tablo 1. Olgulara İlişkin Tanımlayıcı Özelliklerin Dağılımları

		n (%)
Cinsiyet	Kız	65 (38,2)
	Erkek	105 (61,8)
Başvuru yaşı (ay)	Ort±Ss	13,52±17,35
	Medyan (Min-Maks)	8 (1-121)
	<1 yaş	113 (66,5)
	1-5 yaş	53 (31,2)
Tanı alma yaşı (n=139)	>5 yaş	4 (2,4)
	Ort±Ss	12,70±16,28
	Medyan (Min-Maks)	8 (1-124)
	<1 yaş	98 (70,5)
Hipotoni tipleri	1-5 yaş	37 (26,6)
	>5 yaş	4 (2,9)
	Santral	145 (87,3)
	Periferik	21 (12,7)

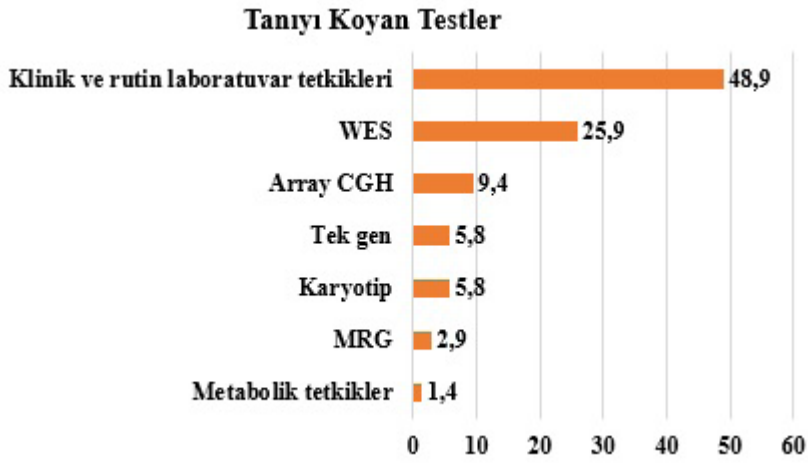
Şekil 1. Hastaların Final Tanı Tipleri



Tablo 2. Olgulara İlişkin Klinik Özelliklerin Dağılımları

		n (%)
Kreatin kinaz	Normal	159 (93,5)
	Yüksek	11 (6,5)
Vitamin B12	Normal	127 (74,7)
	Düşük	4 (2,4)
MRG	Yüksek	39 (22,9)
	Normal	82 (48,2)
MRG patolojik sonuçları	Patolojik	88 (51,8)
	Hidrosefali	12 (7,1)
	Periventriküler lökomalazi	27 (15,9)
	Beyaz cevher hastalığı	1 (0,6)
	Korpus kallozum aplazi veya hipoplazisi	7 (4,1)
	Frontotemporal atrofi	6 (3,5)
	Total serebral atrofi	13 (7,6)
	Serebellar atrofi	2 (1,2)
	Pontocerebellar hipoplazi	1 (0,6)
	Kalsifikasyon	2 (1,2)
	Siringomiyeli	2 (1,2)
	Kortikal gelişimsel malformasyonlar	3 (1,8)
	Gliotik alanlar	10 (5,9)
	Serebellar vermian hipoplazisi	1 (0,6)
	Ensefalosel	1 (0,6)
	Metabolik tetkikler	Normal
Patolojik		6 (3,5)
Yapılmadı		49 (28,8)

Şekil 2. Tanıyı Koyan Testlerin Dağılımları



EP-227

Spinal Müsküler Atrofili Hastalarda Kardiyolojik Bulguların Değerlendirilmesi

Arife Derda Yücel Şen¹, Müberra Canbaz², Ersin Yüksel¹, Özlem Uğur¹, Bilge Akman Kahraman¹, Coşkun Yazar¹, Kürşat Bora Çarman¹

¹Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji Bilim Dalı

²Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Spinal müsküler atrofi (SMA), omurilikte alfa motor nöronların dejenerasyonu ile karakterize, progresif proksimal kas zayıflığına neden olan otozomal resesif bir nöromüsküler hastalıktır. SMN proteini beyin, omurilik ve kas başta olmak üzere tüm sistemlerde bulunur. Kardiyolojik sistemde risk altındadır. Bu nedenle SMA tanısı alan 0-18 yaş aralığındaki hastaların tıbbi dosyaları kardiyolojik muayene bulguları ve ekokardiyografi (EKO) raporları açısından retrospektif olarak tarandı.

YÖNTEM:Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nörolojisi Bilim Dalı'nda 2010-2023 tarihleri arasında takip edilen 33 hasta retrospektif olarak değerlendirildi. SMA tanısı tıbbi genetik laboratuvarında Survival Motor Nöron 1 (SMN1) genindeki homozigot delesyonların saptanmasıyla teyit edildi. Hastaların demografik özellikleri, SMA tanı yaşı, tipi, kardiyolojik muayene bulguları ve EKO raporları değerlendirildi

BULGULAR:Çalışmaya 33 hasta (18 kız, 15 erkek) alındı. 18 hasta tip-1, 10 hasta tip-2 ve 5 hasta tip-3'dü. Tip-1 hastaların yaş ortalaması 50.6±31.6 ay (dağılım: 5-101 ay), tip-2 ve tip-3 hastalarınki 137.5±62.4 ay (dağılım: 35-248 ay) idi. Tip-1 hastaların tedaviye başlama yaşı ortalama 9.6±8.6 ay, tip-2 ve tip-3 hastalarınki 100±68.1 ay (aralık: ay) idi. Tip-1 hastalarının EKO raporlarında 7 hastanın EKO'su normal, 6 hastada patent foramen ovale, 1 hastada sekundum atrial septal defekt, 1 hastada sol ventrikül hipertrofisi mevcuttu. Tip-2 ve tip-3 hastaların EKO raporlarında 9 hastanın EKO'su normal, 2 hastada patent foramen ovale, 1 hastada sekundum atrial septal defekt mevcuttu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Spinal müsküler atrofi, SMN1 genindeki delesyonlar veya mutasyonların neden olduğu nöromüsküler bir hastalıktır. Yapısal kalp anomalileri SMA'lı çocuklarda dikkat edilmesi gereken bir problemdir. Kalp sorunlarının erken tanınması, terapötik müdahaleler için daha etkili bakım standartları oluşturulmasına yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: çocuk, ekokardiyografi, kalp, SMA

EP-228

Bakteriyel Miyokarditte Progresif AV Blok

Ayberk Özkavaklı, Öykü İsal Tosun

Medeniyet Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Miyokardit çocuklarda odağı belirsiz ateş nedenidir. Genellikle viral kaynaklıdır ancak diğer patojenler, otoimmünite ve intoksikasyon kaynaklı da olabilir. Çocuklarda ciddi komplikasyonlara yol açabilir. Fizik muayene normal olabileceği gibi, şok ve ölüm görülebilir. Tanısında EKG ve ekokardiyografiden faydalanılır. Tedavi ise nedene yöneliktir. 1. Derece AV blok; PR mesafesinin 200ms'den uzun olmasıdır. Çocuklarda nadir olmakla beraber enfektif miyokarditler sonrası bloklar progresse olarak komplet bloğa ilerleyebilir. Bizde bu vaka sunumunda miyokarditin progresif av blok komplikasyonuna dikkat çekmek istedik.

YÖNTEM:Çalışma retrospektif vaka taraması olarak yapılmıştır.

BULGULAR:3 yaşında dış merkezde uzamış ateş, düşünlük ve ishal nedeniyle tetkik edilen, ateşinin gerilemesi üzerine tarafımıza yönlendirilen hasta acil servisten odağı belirsiz ateş öntanısıyla genel pediatri servisine yatırıldı ve 3. kuşak sefalosporin başlandı. Takibinde aralıklı asemptomatik bradikardisi saptandı, EKG'sinde 1. Derece blok görüldü. Kardiyak markerları yüksekti. Viral miyokardit ön tanısıyla yapılan ekokardiyografi normal, fizyolojik MY ile uyumlu görüldü. Miyokardit düşünülen hastada MIS-C paneli ve viral panel gönderildi. Covid markerları negatif saptandı. Çekilen seri EKG'lerde mobitz tip 1 ve mobitz tip 2 bloklar görülmesi nedeniyle progresif AV blok düşünülüp yüksek doz ibuprofen başlandı. Asemptomatik olması nedeniyle IVIG verilmedi ancak komplet bloğa ilerleme riskinden dolayı yakın takip ve kardiyak monitörizasyon sürdürüldü. Solunum yolu panelinde Pnömonokok üredi. Antibiyotik tedavisi 10 güne tamamlandı. Ateşi toplam 9 gün sürdü ve tekrarlamadı. Günlük seri EKG takibinde mobitz tip 2 bloklar giderek azaldı ve sonrasında saptanmadı. Hastanın IVIG ihtiyacı olmadı. Kardiyak markerlar ve akut faz reaktanları kademeli olarak normal sınırlara düştü. İbuprofen tedavisi 2 hafta sonra kesildi. Taburculuk sonrası yakın takipleri süren hastanın tekrarlayan 2. derece bloğu olmadı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Nedeni bilinmeyen ateşte miyokarditte düşünülmelidir. Bakteriyel nedenli miyokarditlerde antibiyotik tedavisi endikedir ancak immünosupresif tedavi açısından dikkatli olunmalıdır. AV blok saptanan hastalarda EKG takipleri ve klinik gözlem sürdürülmelidir. Altta yatan konjenital kalp hastalıkları, otoimmün hastalıklar ve miyokarditler bloklarda progresyona neden olabilmektedir. Progresyonda komplet blok riski düşünülerek tedavi hazırlığı yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bakteriyel miyokardit, AV blok, Progresif blok

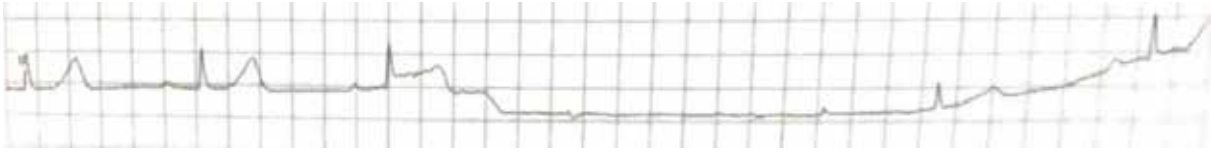
Mobitz Tip 2 Blok



Advanced Blok



Pause



EP-229

Primer Ailesel Hipertrofik Osteoartropati

Ceren Türközkan İbiş, Gökhan Akkuş, Öykü Tosun

İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Primer ailesel hipertrofik osteoartropati, uzun kemiklerin distal uçlarında periost kalınlaşmasıyla seyreden bir hastalıktır. Parmakların distal uçlarında büyüme ve tırnakların longitudinal ve transvers ekseninde kıvrım artışı (çomak parmak) ile karakterizedir. Kemik ağrısı, ödem ve eklemlerde efüzyon da eşlik edebilir. İzole konjenital çomak parmak, primer ailesel hipertrofik artropatinin inkomplet bir formudur. HPGD genindeki mutasyonun otozomal resesif kalıtımıyla ortaya çıkar. Deri bulguları dışında semptom görülmez. Bu vaka sunumunda çomak parmak bulgusunun kardiyoloji dışı nedenlerini vurgulamak istedik.

YÖNTEM:Kardiyoloji polikliniğine başvuran hastanın anamnez, fizik muayene ve ekokardiyografi bulguları kaydedildi.

BULGULAR:Polikliniğimize çomak parmak nedeniyle başvuran 14 yaş 10 aylık kız hasta, bir yıldır epilepsi tanısı ile nöroloji polikliniğinden takipliydi. Bilinen konjenital hipotiroidi tanısı mevcuttu, 3 yaşından beri tedavisiz izlenmekteydi. Siyanoz, dispne, efor dispnesi ya da palpitasyon gibi siyanotik kalp hastalığına yönlendiren bir şikayet tariflemiyordu. Ellerde terleme şikayeti de mevcuttu. Hastanın annesinde ve teyzesinde de çomak parmak bulunduğu öğrenildi. Amcası 47 yaşında myokard enfarktüsü nedeniyle vefat etmişti. Fizik muayenede normotansifti, kalp sesleri normaldi, üfürüm duyulmadı. Periferik nabızları dört ekstremitede alınıyordu. Düşük saç çizgisi, yele boyun, dar ince uzun toraks, aşağı eğimli palpebral fissürleri mevcuttu. El ve ayak uçlarında çomaklaşma mevcuttu. El içleri pletorikti ve hiperhidrozu vardı. Sırtta, alında ve burun cildinde cildi kalındı ve deri kıvrımları artmıştı. Hastanın EKG'si normaldi, QT normal sınırlar arasındaydı. Ekokardiyografide hafif mitral yetmezlik dışında özellik saptanmadı. Hasta çomak parmak nedeniyle başvurmasına rağmen fizik muayene, EKG ve ekokardiyografi bulguları kardiyolojik bir patoloji düşündürmedi. Hasta, primer ailesel hipertrofik osteoartropati düşünülerek tıbbi genetik bölümüne yönlendirildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çomak parmak tespit edildiğinde ilk yönelmesi gereken sebep siyanozdur. Siyanotik kalp ya da akciğer hastalıkları mutlaka ekarte edilmelidir. Ancak; fizik muayene, laboratuvar ve görüntüleme ile herhangi bir kardiyak ya da pulmoner patoloji saptanmaması durumunda alternatif tanılara yönelinebilir. Primer ailesel hipertrofik osteoartropati bunlardan biridir. Tanı için genetik inceleme yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Çomak parmak, hipertrofik osteoartropati, siyanotik kalp hastalığı

EP-230

VT mi? SVT mi? Geniş QRS' li Taşikardi Olgu Sunumu

Can Kurşun¹, İbrahim Etem Pişkin², Ezgi Genç Köroğlu¹, Havva Nur Gökyar¹

¹Bülent Ecevit Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Zonguldak

²Bülent Ecevit Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Zonguldak, Türkiye

GİRİŞ VE AMAÇ:Geniş QRS kompleksli taşikardiler çocukluk çağında yönetimi ve ayırıcı tanısı zor olan taşiaritmilerdir. Geniş QRS'li taşikardilerde akla ilk VT gelirken ayırıcı tanısında aberran iletili SVT ve antidromik AVRT yer alır. Sağ ventrikül çıkış yolu taşikardisi (RVOT) sol dal bloğu(LBBB) morfolojisinde,geniş QRS kompleksli monomorfik bir VT biçimidir. Çocukluk çağında nadir ancak iyi huylu bir VT olarak kabul edilen RVOT, çoğunlukla adenozone duyarlıdır. Olgu sunumumuzda adenozone ve diğer antiaritmiklere dirençli VT(RVOT) vakasını sunmayı amaçladık.

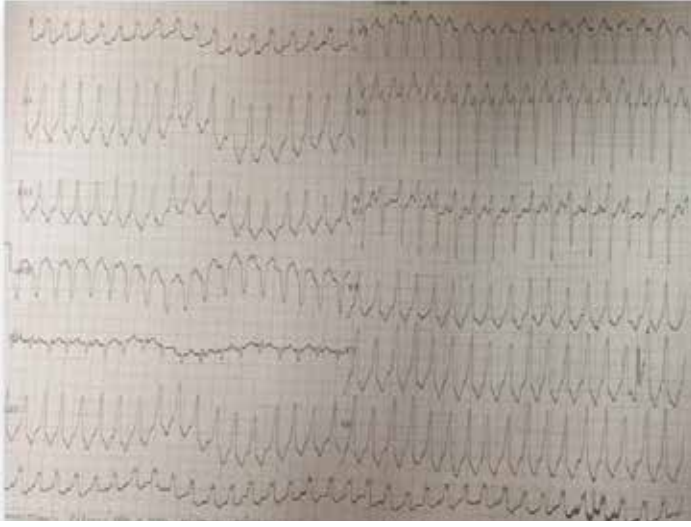
YÖNTEM:Geniş QRS' li taşikardisi olan bir hastanın olgu sunumudur. 9 yaş bilinen ek hastalığı olmayan erkek hasta, dış merkez aciline çarpıntı hissi ve boğaz ağrısı şikayetleri ile başvurmuş. Kalp tepe atımı 180 atm/dk olması üzerine çekilen EKG'sinde SVT, VT ayrımı yapılamamış ve 3 doz Adenozin uygulanmış, yanıt alınamayınca hasta tarafımıza sevk edildi. Fizik muayenesinde genel durumu iyi hemodinamik stabildi. Orafarenks hiperemik,- kalp sesleri taşikardik,nabızları dolgun ve ritmik palpe edildi. EKG'sinde (resim-1) P dalgalarının olmadığı, RR mesafelerinin eşit, QRS kompleksinin 120 msn ve LBBB morfolojisinde olduğu görüldü. Farklı QRS morfolojileri mevcuttu. Ön planda VT düşünöldü ancak antidromik SVT'den net ayrımı yapılamadı. Hemodinamik stabil olan hastaya ilk önce 5 mg/kg/doz amiodoron 40 dk içinde yüklendi, takibinde taşiaritmisi devam etmesi üzerine(resim-2) 10 dk aralıklarla 1 mg/kg/doz 2 kez lidokain iv puşelendi, yanıt alınamadı. Antiaritmiklere cevap alınamaması ve takibinde hemodinamisi bozulan hastaya 1joule/kg'dan senkronize kardiyoversiyon yapıldı, sinüs ritim alındı.(resim-3) 2 mg/kg/gün oral propranolol başlandı. Ekokardiyografisinde patoloji saptanmadı. EF normaldi. 48 saatlik takibinde tekrar taşiaritmi gelişmemesi üzerine ayaktan aritmi polikliniğine yönlendirilerek taburcu edildi. Aritmi polikliniği takiplerinde ablasyon yapıldığı ve RVOT saptandığı öğrenildi.

BULGULAR:EKG' lerinde P dalgalarının olmadığı, QRS kompleksinin 120 msn ve LBBB morfolojisinde olduğu görüldü.

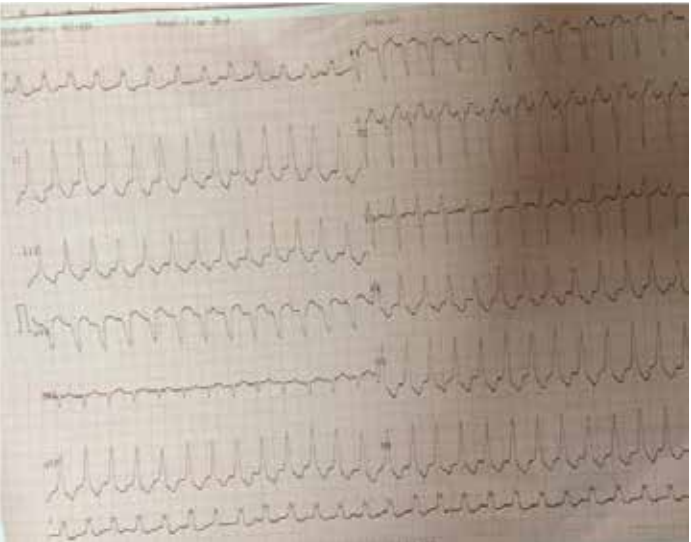
TARTIŞMA VE SONUÇ:Geniş QRS' li taşikardilerde tedavide en önemli belirleyici hastanın hemodinamik durumudur. Hemodinamik unstabil hastalarda direk senkronize kardiyoversiyon endikasyonu mevcut olup, stabil olan hastalarda antiaritmikler denenebilir. Ayırıcı tanısı zor olmakla beraber pediatrik kardiyoloji konsültasyonu ve aritmi polikliniği takibi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ventriküler taşikardi, sağ ventrikül çıkış yolu taşikardisi, geniş QRS'li taşikardi

Resim-1



Resim-2



Resim-3



EP-232

Miyokardiyal “Non Compaction” ve SMARCA2 Gen Delesyonu Olan Bir Hastada Nicolaidis-Baraitser Sendromu

Ece Ayşenur Özyaman¹, Öykü İsal Tosun², Elif Yılmaz Güleç³

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Anabilim Dalı

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Tıbbi Genetik Anabilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Ventriküler noncompaction kardiyomiyopati antenatal embriyogenez bozukluğu ile prezente olan konjenital bir kalp hastalığıdır. Miyokardiyal maturasyonun intrauterin dönemde duraklaması sonucu özellikle apeks ve sol ventrikülde artmış trabekülasyon ile karakterizedir. Nadir görülen bir doğumsal kalp hastalığıdır ve genetik hastalıkların, sendromların bir parçası olabilir. Ekokardiyografide, sol ventrikül trabekülasyonda bölgesel artış, derin intratrebeküler boşluklar görülür. Maksimum enddiastolik nonkompakte/kompakte miyokardiyum oranının 2.3 üzerinde olması tanıda yardımcıdır.

YÖNTEM:Olgu Sunumu

BULGULAR:Dikkat eksikliği ve hareket bozukluğu tedavisi için stimulan ilaç başlanması planlanan hasta tarafımıza ilaç öncesi kardiyak değerlendirme amacı ile yönlendirilmiş. Özgeçmişinde, 5 yaşında büyüme gelişme geriliği nedeniyle büyüme hormonu tedavisi başlandığı ve halen kullandığı öğrenildi. Soygeçmişinde, anne ve baba kuzen olduğu, dedenin 35 yaşında ani kardiyak arrest öyküsü olduğu öğrenildi. Aktif şikayeti olmayan hastanın fizik muayenesinde boy kısalığı, kepçe kulak, yukarı eğilimli palpebral füssür, yüksek aralıklı kaş, sinofri, geniş burun kemeri, kalın dudaklar, kısa filtrum, hafif rasopatik yüz, artmış nevus görüldü. Kardiyovasküler sistem muayenesi doğaldı. Elektrokardiyografik (EKO) değerlendirilmesinde, sol ventrikül hipertrofi kriterleri mevcuttu. Ekokardiyografik değerlendirilmesinde, sol ventrikül arka duvarda trabekülasyon artışı ve sol ventrikül hipertrofisi izlendi. Hormon tedavisine sekonder olabileceği düşünülerek hastanın büyüme hormonu tedavisine 4 ay süre ile ara verildi. İlaç kesildikten 4 ay sonra tekrarlanan EKO’da aynı bulgular görülünce hastaya noncompaction tanısı konuldu ve kardiyak manyetik rezonans inceleme ile konfirme edildi. Sendromik görünümü, büyüme gelişme geriliği ve okul başarısında gerilik olan hasta genetik polikliniğine yönlendirildi. Yapılan genetik incelemede Smarca2 geninde patojenik varyant tespit edilen hastaya Nicolaidis-Baraitser sendromu tanısı konuldu.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Yapısal kalp anomalisi olmayan çocuklarda kalp yetmezliğinin en sık sebebi kardiyomiyopatilerdir. Sol ventrikül noncompaction kardiyomiyopatiler bunların yaklaşık %9unu oluşturur Noncompaction kardiyomiyopatiler kardiyak veya kardiyak olmayan anormallikler ile beraber görülebilir. Sporadik veya ailesel olabilir. Ek miyokardiyal anomalileri sendromik özellikleri olan hastalarda ve ya aile öyküsü olan hastalarda genetik test istenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Kardiyoloji,Miyopati,Pediyatri,Ekokardiyografi,SMARCA2,Nicolaidis-Baraitser

1



EP-234

Eritema Marginatum İle Başvuran Akut Romatizmal Ateş Vakası

Gülreyhan Sonuç Kartal, Begüm Murt, Alperen Aydın, Mehmet Mustafa Yılmaz, Mehmet Gökhan Ramoğlu, Tayfun Uçar

Ankara Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Akut romatizmal ateş (ARA) grup A streptokok (GAS) farenjitinden 10-21 gün sonra gelişen, non-süpüratif, enflamatuvar bağ dokusu hastalığıdır. 5-15 yaş arası çocuklarda görülür. Otoimmün mekanizmalarla çapraz reaksiyonların neden olduğu eklem, kalp, beyin ve cilt dokusunun tutulması sonucu ARA bulguları ortaya çıkar.

YÖNTEM:Burada ARA'nın nadir klinik bulgusu olan ve bu bulgu ile başvuran eritema marginatumlu bir vakayı sunmak istedik.

BULGULAR:12 yaş kız hasta, 2 gündür hareketle artan kalça ağrısı ve ağrı başladıktan yaklaşık 2 saat sonra her iki bacak ön yüzünde ve gövdede ortaya çıkan döküntüler ile başvurdu. Öyküsünden 2 hafta önce ÜSYE geçirdiği ve tedavi almadığı öğrenildi.Fizik muayenesinde bilateral kalça eklemine aktif ve pasif hareket ile ağrı vardı. Vücutta yaygın ortası soluk, birleşmeyen, basmakla solmayan soluk renkli pembe döküntüler mevcuttu. Laboratuvar tetkiklerinde beyaz küre: 13690 /mm³, crp: 16,8 mg/dl sedim: 65 mm/h ASO: 522 IU/l olarak saptandı. Ekokardiyografisinde hafif mitral yetersizlik (MY) ve ¼ aort yetersizliği izlendi(şekil3-4). Hastaya EM, kardit ve poliartralji majör bulguları ve CRP ve sedimantasyon hızında artış minör bulguları ile ARA tanısı konuldu. Kısa süreli steroid tedavisi takibinde naproksen ile devam edildi. Hasta sekonder profilaksiye alındı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Eritema Marginatum ARA tanısında majör kriter olmakla beraber oldukça nadir görülür ve döküntüler kısa süre devam ettiği için çoğunlukla muayenede farkedilmeyebilir. Tek başına EM ile ARA tanısı konulması çok zor olsa da diğer bulguların eşlik edebileceği akılda tutulmalı ve dikkatli davranılmalıdır. Gövde ve ekstremitelerde pembe veya soluk kırmızı, kaşıntısız, basmakla solmayan ortası soluk döküntü görünce ARA ayırıcı tanısında EM u düşünmek gerektiğini hatırlatmak istedik. Ayrıca olgumuzda nadiren görülen bu cilt bulgusunun çok yaygın ve çok tipik olarak görülmesi nedeniyle de paylaşılmasının uygun olacağını düşündük.

Anahtar Kelimeler: eritema marginata, ARA, artralji

Şekil 1



Eritema marginatum

Şekil 2



Eritema marginatum

Şekil 3



Ekokardiyografide, 4 boşluk pozisyonunda renkli doppler görüntüde mitral yetersizlik

Şekil 4



Ekokardiyografide, 5 boşluk pozisyonunda renkli doppler görüntüde aort yetersizliği

EP-236

Geç tanı alan ve dev koroner arter anevrizması saptanan Kawasaki hastalığı olgusu

İlkay Nur Yılmaz¹, Begüm Murt², Alperen Aydın², Mehmet Mustafa Yılmaz², Özlem Karataşoğlu Bayram², Mehmet Gökhan Ramoğlu², Tayfun Uçar²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Kawasaki hastalığı (KH) en sık 6 ay 5 yaş arasında görülen, 5 günden uzun süren ateş, non-pürülan konjonktivit, orofarenks mukozasında değişiklikler, servikal lenfadenopati, el, ayaklarda eritem, yaygın polimorf deri döküntüsü ile karakterize sistemik bir vaskülitir. Hastalığın uzun dönem en önemli komplikasyonu koroner arter tutulumu ve anevrizmalarıdır.

YÖNTEM:Burada uzamış ateşi olup geç tanı alan ve dev koroner arter anevrizması saptanan bir KH olgusu sunulmuştur.

BULGULAR:2 yaş 10 aylık erkek hasta, 10 gündür devam eden ve tedavi ile gerilemeyen ateş nedeniyle hastanemize sevk edildi.

Fizik muayenesinde vücut sıcaklığı 38,5°C, genel durumu orta, halsiz görünümdeydi. Çilek dili, nonpürülan konjonktiviti, servikal lenfadenopatisi, el ve ayak sırtında ödemi, alt ekstremitelerde eritematöz deri döküntüsü mevcuttu. Laboratuvar bulguları Tablo1 de görülen hasta KH ön tanısı ile çocuk kardiyoloji bölümüne yönlendirildi. Ekokardiyografik incelemede koroner arterler hariç yapısal ve fonksiyonel olarak anormallik saptanmayan hastada; LAD'da 9,9x20mm(zskor:55), CX'de 3,4x5,3mm(zskor:10,8), RCA'da 6,2x9,5mm(zskor:21) sakküler dev anevrizma izlendi (Şekil1).

Hastaya IVIG infüzyonu (2 gr/kg), ASA 100 mg/kg/gün, enoksoparin sodyum 2x1 mg/kg/doz ve metilprednisolon (MP) 2 mg/kg/g başlandı. MP tedavisi 21 güne tamamlandı. Dev koroner anevrizmaları olan hastada ASA ve enoksoparin sodyum tedavisine devam edildi.

Tanıdan 6 hafta sonra yapılan koroner BT anjiyografide LAD artefakt sebebi ile net değerlendirilemedi ancak RCA'da sakküler anevrizma izlendi (Şekil2).

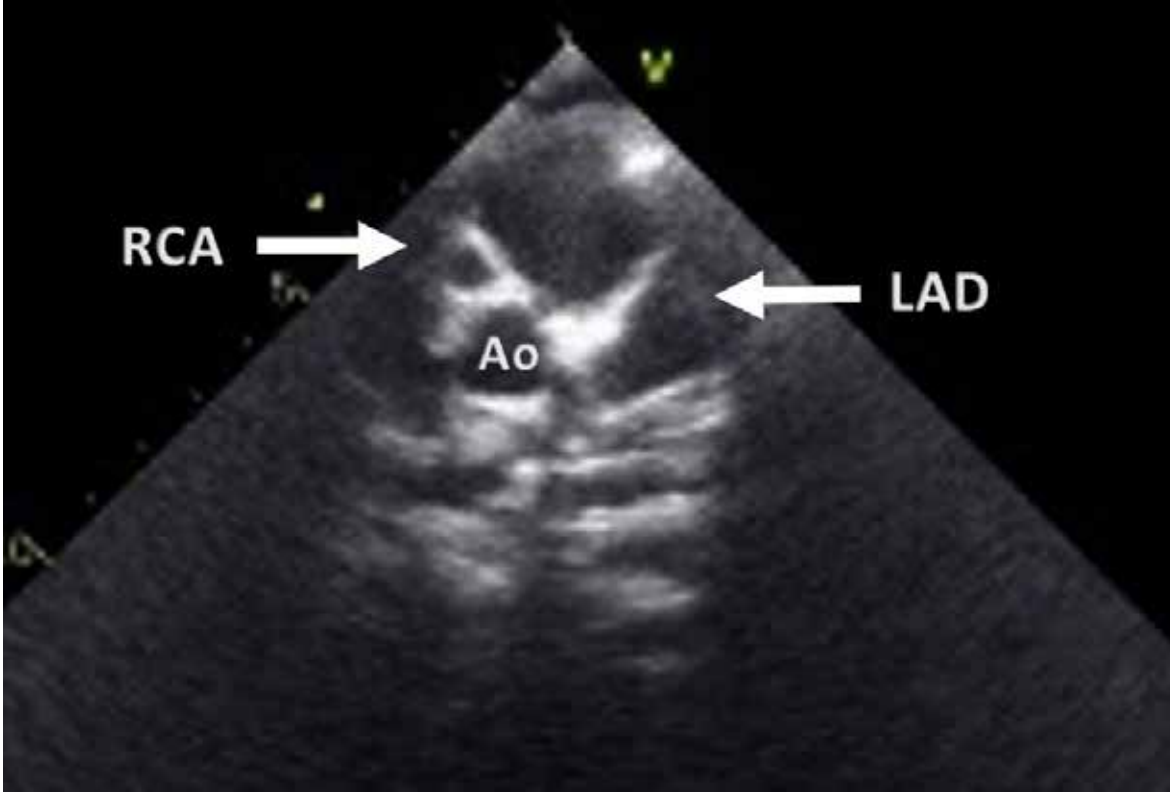
Koroner arter tutulumu açısından izleminin 5. ayında yapılan kateter anjiyografide LAD'da 19x10mm dev koroner anevrizma, CX'de 7,9x2,9mm fusiform anevrizma, RCA'da 4.9x6.7mm, 3,6x4,9mm ve 2x2mm olmak üzere 3 adet anevrizma izlendi (Şekil3a,3b).

İzleminin 8. ayında olan hasta halen enoksoparin sodyum ve ASA tedavisiyle izlenmekte ve hastanın anevrizmaları benzer boyutlarda devam etmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tedavi edilmemiş, geç tanı almış KH'de kardiyak komplikasyon gelişime riski %25'e kadar çıkabilmektedir. Erken tanı ve IVIG verilmesi kardiyak komplikasyonları %25'ten %5'e kadar azaltmaktadır. Bu sebeple 5 günden uzun süren ateş ile gelen hastalarda KH ayırıcı tanılar içerisinde düşünülmesi ve komplikasyonların önlenmesi için erken tanı konularak tedavi başlanmalıdır.

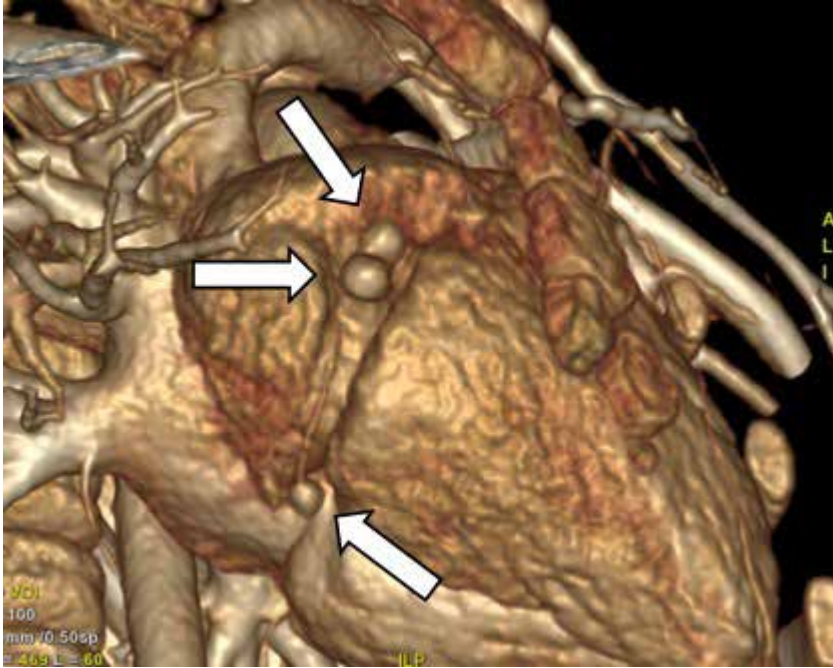
Anahtar Kelimeler: Kawasaki hastalığı, koroner anevrizma, vaskülit

Şekil 1



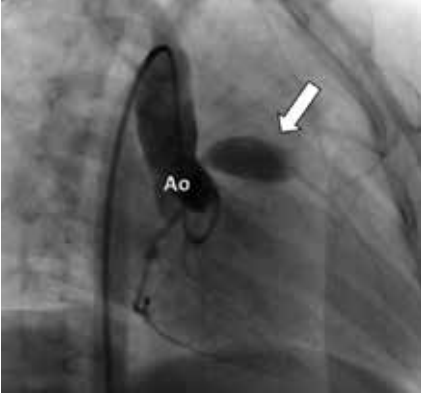
Ekokardiyografide, parasternal kısa eksen görüntüde RCA'da ve LAD'da dev anevrizmatik genişleme.

Şekil 2



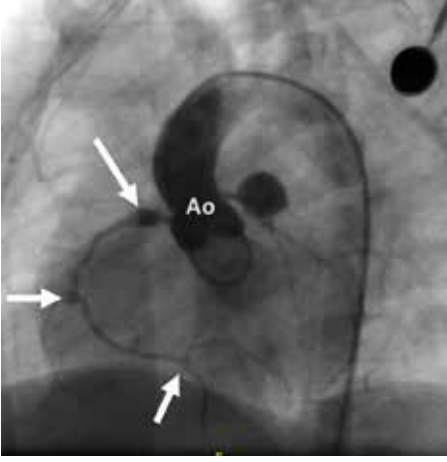
Koroner BT anjiyografik incelemede 3D ile RCA'daki sakküler anevrizmalar.

Şekil 3a



Aort köküne LAO (50/0) pozisyonunda yapılan anjiyografi. Ok ile işaretli LAD'da 19x10 mm dev koroner anevrizma.

Şekil 3b



Aort kökü anjiyografisi. RCA girişinde 4,9x6,7 mm, RCA gövdesinde 3,6x4,9 mm ve RCA distali crux hizasında 2x2 mm olmak üzere 3 adet anevrizma.

Tablo 1. Laboratuvar Bulguları

Parametre	Sonuç
Hemoglobin	9,7 gr/dl
Beyaz küre sayısı	35.030 /mm ³
Trombosit sayısı	968,000 /mm ³
C-reaktif protein	156,6 mg/l
Sedimentasyon	140 mm/s
IL-6	1066 pg/ml
Prokalsitonin	0,7 ng/ml
Sodyum	142 mmol/l
Albümin	2,8 g/l
ALT	49 U/l
AST	51 U/l

IL-6: İnterlökin-6, ALT: Alanin aminotransferaz, AST: Aspartat aminotransferaz

EP-237

Diyabetik Ketoasidoz Tanısı İle İzlenen Çocuklarda Aritmi Riski Artar Mı?

Dolunay Gürses, Seren Cerit, Münevver Yılmaz, Merve Oğuz, Bayram Özhan, Selda Ayça Altıncık

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı; Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı; Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ VE AMAÇ:Diyabetik ketoasidoz (DKA) çocuklarda Tip 1 Diyabetes Mellitus'un en ciddi komplikasyonudur ve daha sıklıkla çocuklarda görülür. Çocuklarda DKA sırasında aritmi ve kalp durması tanımlanmıştır. Literatürde DKA sırasında QTc süresinde uzama bildirilmiş ancak aritmi riskini yansıtan QT dispersiyonu, QTc dispersiyonu, Tp-e aralığı, Tp-e/QT oranı ve Tp-e/QTc oranı parametreleri yeterince çalışılmamıştır. Çocuklarda Tp-e/QT oranının standardize edilmiş normal aralığı yoktur. DM ve DKA tanılılarda kardiyak etkilenimle ilgili çok sayıda çalışma vardır ancak DKA'lı çocuklarda aritmi riskinin değerlendirilmesiyle ilgili çalışmalar kısıtlıdır. Bu çalışmanın amacı; DKA tanılı çocuklarda QT dispersiyonu, QTc dispersiyonu, Tp-e aralığı, Tp-e/QTmax oranı ve Tp-e/QTcmax oranı parametrelerini değerlendirmektir.

YÖNTEM:Çalışmada Ekim 2021-Aralık 2022 tarihleri arasında Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'nde DKA tanısı ile tedavi edilen çocukların kayıtları geriye doğru incelendi. Kontrol grubu; Pamukkale Üniversitesi Hastanesi Çocuk Acil Polikliniği'ne göğüs ağrısı şikayetiyle başvuran, patolojik bulgu saptanmayan aynı yaş grubundaki çocuklardan oluşuyordu. Tüm hastaların elektrokardiyogramları (EKG) geriye dönük olarak değerlendirildi.

BULGULAR:Çalışmada, DKA tanısı alan 27 ve sağlıklı kontrol grubunda 27 çocuk olmak üzere toplam 54 çocuk vardı. DKA'lı çocukların ortalama yaşı ve erkek/kız oranı kontrol grubundakilerle benzerdi ($p>0,05$). DKA'lı çocuklarda kalp hızı, QTmax, QTmin, QTcmax, QTcmin sağlıklı kontrol grubuna göre belirgin artmış saptandı ($p<0,005$). QTc dispersiyonları, DKA'lı çocuklarda kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı olmasa da artmış bulundu ($p>0,05$). Tp-e süresi ve Tp-e/QTmax oranı DKA'lı çocuklarda kontrol grubuna göre artmıştı (sırası ile $p<0,001$ ve $p: 0,045$). Tp-e/QTcmax oranı ise gruplar arasında benzerdi ($p>0,05$).

TARTIŞMA VE SONUÇ:Sonuç olarak çalışmamızda, DKA'lı çocuklarda, QTmax, QTmin, QTcmax, QTcmin Tp-e süresini uzun, Tpe/QTmax oranını artmış bulduk. Bu sonuçlar DKA'lı çocuklarda ventriküler aritmi riskinin arttığını düşündürmektedir. Ancak sonuçlarımızı doğrulamak için daha ileri prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: DKA, diyabetik ketoasidoz, Tp-e, Tp-e/QTc, aritmi

Tablo 1. Çalışma grubunun Demografik, Laboratuvar ve EKG verileri

Değişkenler	DKA (n:27)	KONTROL (n:27)	p
Cinsiyet E/K	16/11	11/16	0,174
Yaş (yıl)	12,38±4,43 (2,35-17,4)	10,96±3,04 (4-15)	0,175
VA (kg)	41,24±17,10 (13-76)	42,72±16,8 (15-74)	0,749
Boy (cm)	144,27±21,71 (100-176)	146,5±21,5 (100-184)	0,696
VKI (kg/m ²)	18,99±3,48 (11,90-24,54)	18,84±3,59 (13,61-25,51)	0,873
Glikoz (mg/dL)	524±167,926 (117- 884)	92,37±7,58 (77-105)	0,0001**
Sodyum (mmol/L)	130,81±5,73 (115-144)	140,04±1,19 (138-142)	0,0001**
Düzeltilmiş sodyum (mmol/L)	137,59±4,41(125,67-147,12)	139,91±1,20(137,73-141,86)	0,011**
Potasyum (mmol/L)	4,97±0,97 (3-7)	4,37±0,39 (4-5)	0,004**
Klor (mmol/L)	96,29±7,43 (84-119)	103,74±1,99 (100-108)	0,0001**
Kalsiyum (mg/dL)	9,43±0,56 (8-10)	9,60±0,372 (9-10)	0,210
İyonize Kalsiyum (mmol/L)	1,3±0,13 (1,02-1,55)	-	-
Fosfor (mg/dL)	4,38±1,54 (2,7-10,2)	4,43±0,68 (2,7-5,6)	0,873
Magnezyum (mg/dL)	2,09±0,23 (1,79-2,72)	2,06±0,12 (1,88-2,36)	0,558
Kalp hızı (atım/dk)	114,11±24,67 (69-169)	90,03±21,49(58-154)	0,0001**
QT _{max} (ms)	327,03±29,19 (260-380)	346,11±31,45(275-400)	0,025**
QT _{min} (ms)	294,81±30,68 (240-340)	315,55±29,52 (260-360)	0,014**
QTd (ms)	32,22±13,95(10-60)	30,55±8,58 (15-40)	0,599
QTc _{max} (ms)	435,66±18,56 (388-464)	409,22±15,96 (365-423)	0,0001**
QTc _{min} (ms)	387,25±26,30 (320-443)	368,29±23,74 (330-407)	0,008**
QTcd (ms)	48,40±19,42 (14-96)	40,92±23,91 (5-90)	0,213
Tp-e (ms)	75,03±12,09 (42-90)	63,85±7,54 (50-74)	0,0001**
Tp-e/QT _{max}	0,22±0,03 (0,15-0,28)	0,21±0,02 (0,18-0,28)	0,045**
Tp-e/QTc _{max}	0,17±0,03 (0,10-0,23)	0,17±0,01 (0,14-0,21)	0,916

EKG: Elektrokardiyogram, DKA: Diyabetik Ketoasidoz, QTd: QT dispersiyonu, QTcd: Kalp hızına göre düzeltilmiş QT dispersiyonu, max: maximum, min: minimum.

Tablo 2. DKA elektrolitler ile EKG parametrelerinin korelasyonu

Değişkenler	QTd (ms)	QTc _{max} (ms)	QTc _{min} (ms)	QTcd (ms)	Tpe (ms)	Tpe/QT _{max}	Tpe/QTc _{max}
Sodyum (mmol/L)	r	-0,197	0,198	0,238	-0,133	-0,310	-0,342
	p	0,326	0,322	0,231	0,507	0,115	0,081
Düzeltilmiş sodyum (mmol/L)	r	-0,135	0,262	0,221	-0,050	-0,424*	-0,429*
	p	0,502	0,187	0,267	0,806	0,028	0,026
Potasyum (mmol/L)	r	0,226	0,098	-0,081	0,204	-0,277	-0,140
	p	0,258	0,627	0,687	0,308	0,162	0,486
Glikoz (mg/dL)	r	0,146	0,541*	0,265	0,215	0,422*	0,25
	p	0,292	0,001	0,053	0,119	0,002	0,068
Kalsiyum (mg/dL)	r	-0,143	0,211	0,185	-0,049	-0,230	-0,239
	p	0,478	0,290	0,354	0,807	0,247	0,230
İyonize Kalsiyum (mmol/L)	r	-1,21	-0,11	0,16	-0,032	0,135	0,05
	p	0,549	0,958	0,936	0,874	0,503	0,804
Magnezyum (mg/dL)	r	-0,065	0,099	0,129	-0,081	-0,598*	-0,515*
	p	0,749	0,625	0,520	0,687	0,001	0,006
Fosfor (mg/dL)	r	0,182	0,112	-0,042	0,164	-0,463*	-0,277
	p	0,362	0,579	0,834	0,413	0,015	0,163
pH	r	-0,077	0,051	-0,051	0,118	0,327	0,253
	p	0,704	0,800	0,800	0,557	0,096	0,203
Laktat (mmol/L)	r	-0,132	-0,201	-0,082	-0,081	-0,480*	-0,233
	p	0,511	0,314	0,684	0,686	0,011	0,243
Anyon açığı (mEq/L)	r	-0,077	0,039	-0,017	0,060	-0,442*	-0,188
	p	0,702	0,847	0,933	0,765	0,021	0,347

EKG: Elektrokardiyogram, DKA: Diyabetik Ketoasidoz, QTd: QT dispersiyonu, QTcd: Kalp hızına göre düzeltilmiş QT dispersiyonu, max: maximum, min: minimum.

EP-238

Göğüs Ağrısı İle Başvuran Bir Çocukta Akut Perikardit: Bir Vaka Sunumu

Firengiz Nergiz Mehralizade¹, Mehmet Mustafa Yılmaz², Begüm Murt², Alperen Aydın², Bilgehan Betül Biçer², Özlem Bayram², Mehmet Gökhan Ramoğlu², Tayfun Uçar²

¹Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Ankara

GİRİŞ VE AMAÇ:Perikardın enfeksiyöz veya non-enfeksiyöz nedenlere bağlı enflamasyonu perikardit olarak adlandırılır(1). Başvuru zamanı ve süresine göre akut, uzamış, rekürren ve kronik olarak sınıflandırılır. Akut perikardit tanısı tipik göğüs ağrısı, perikardiyal frotman, elektrokardiyografi(EKG) değişikliği ve ekokardiyografide(EKO) perikardiyal efüzyonu içeren dört kriterden en az ikisinin varlığıyla konulur(2).

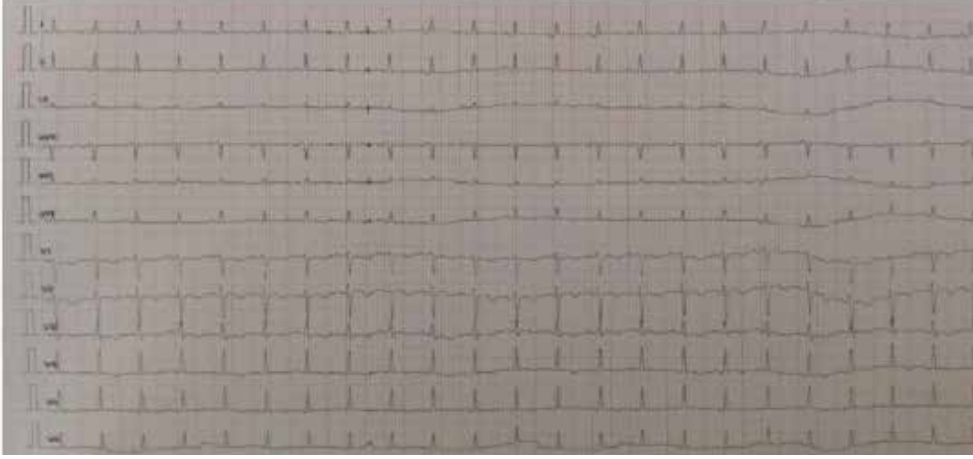
YÖNTEM:Burada göğüs ağrısı yakınması ile başvuran akut perikardit saptanan ve izlemde tamponad geliştiği için perikardiyosentez yapılan bir olgu sunduk.

BULGULAR:12 yaş kız hasta eforla ilişkilisiz ve yatmakla artan göğüs ağrısı şikayetiyle başvurdu. Hastanın genel durumu düşkün, görünümü septik, vücut ısısı:38°C, nabız:130/dakika, solunum sayısı:20/dk, Kan basıncı:100/70 mmHg idi. Kardiyak üfürüm veya frotman duyulmayan hastanın diğer sistem muayene bulguları normaldi.Hastanın EKG'sinde DII-III, aVF, V5-V6 derivasyonlarında T negatiflikleri saptandı(Resim 1). Laboratuvar bulgularında Hgb:14g/dL, WBC:18.410/mm³, Plt:299.000/mm³, CRP:117mg/L sedimentasyon:48mm/sa, TroponinT:<3 pg/ml saptandı. Hastanın ekokardiyografisinde miyokard fonksiyonları normal, RV komşuluğunda 17mm genişliğinde, LA-LV ve RA komşuluğunda minimal olan fibrinli ve yoğun görünümlü perikardiyal sıvı(Resim2) saptanması üzerine akut perikardit tanısıyla yatırıldı. Hastaya septik görünümlü olması, akut faz yükseliği, yoğun ve fibrinli perikardiyal sıvısından dolayı NSAİİ(ibuprofen) ve kolşisin tedavisine ek olarak ampirik antibiyoterapi başlandı. Etiyolojiye yönelik viral ve bakteriyel etkenler, otoimmün belirteçler çalışıldı. Anlamlı bir sonuç saptanmadı. İzleminde yapılan kontrol EKO'da perikardiyal tamponad bulguları saptanması nedeniyle perikardiyosentez yapıldı. Perikard sıvısından yapılan sitolojik, serolojik, kültür ve direk incelemelerde özellik saptanmadı. Hastanın izleminde EKO'da perikardiyal sıvının azalarak kaybolduğu izlendi. Kültürlerinde üreme olmayan hasta yatışının 13.gününde laboratuvar ve EKG bulgularının normale dönmesi, ekokardiyografide perikardiyal sıvı izlenmemesi ve genel durumunun iyi olması üzerine taburcu edildi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Perikarditin nedenine bağlı olarak klinik bulgular farklılık göstermekle birlikte olguların çoğu prekordiyal ağrı ile başvurur. Bunun yanında ateş, taşikardi, dispne, perikardiyal efüzyon ve EKG değişikliği rastlanan diğer bulgular arasındadır. Göğüs ağrısının önemli bir nedeni olan akut perikarditler zaman zaman tamponata neden olarak hayati tehdit edebilirler. Bu vaka nedeniyle göğüs ağrısının ayırıcı tanısında mutlaka perikarditleri de akılda tutmak gerektiği vurgulamak istedik.

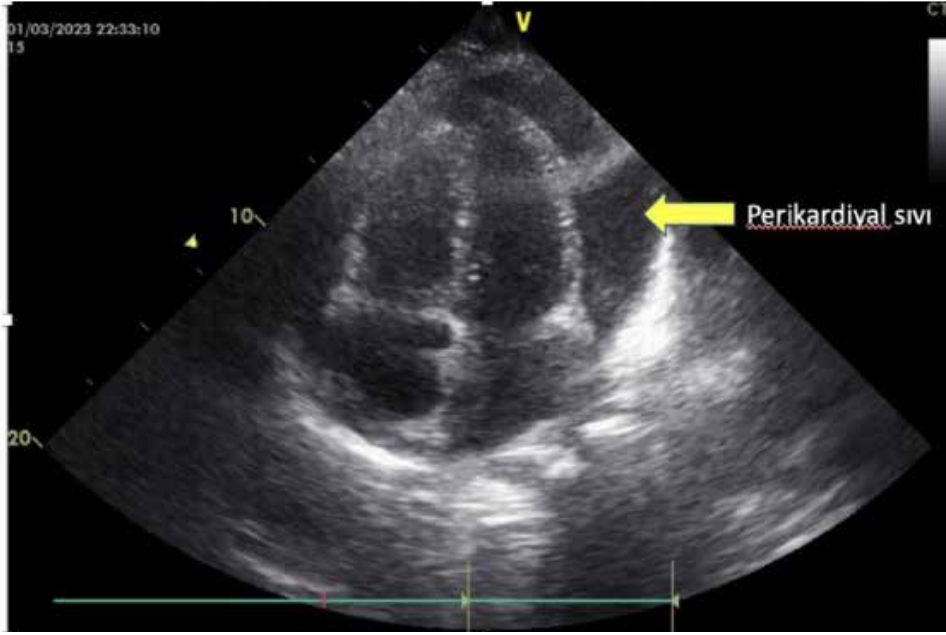
Anahtar Kelimeler: Kardiyak tamponad, Miyoperikardit, Perikardit

Şekil-1 EKG değişikliği izlenmektedir



Hastanın EKG'sinde DII-III, aVF, V5-V6 derivasyonlarında T negatiflikleri saptandı.

Şekil-2 Perikardiyal sıvı ok işareti ile gösterilmekte.



Hastanın ekokardiyografisinde miyokard fonksiyonları normal, RV komşuluğunda 17mm genişliğinde, LA-LV ve RA komşuluğunda minimal olan fibrinli ve yoğun görümlü perikardiyal sıvı

EP-239

Montelukast kullanan olguda ilaca bağlı supraventriküler taşikardi ve ventriküler taşikardi birlikteliği

Fulya Kahraman Dinç, Özgür Kızılca, Nurşen Ciğerci Günaydın, Ayşin Nalbantoğlu, Burçin Nalbantoğlu, Nedim Samancı, Selen Gür, Ezgi Tanburoğlu Çeliker

Namık Kemal Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Tekirdağ

GİRİŞ VE AMAÇ:Montelukast lökotrien reseptör tip 1 inhibitörüdür. Pediatrik alerjik rinit ve astımlı olgularda tedavide sık tercih edilir. Montelukast kullanımına bağlı supraventriküler ve ventriküler taşikardi gelişen bir olguyu sunmayı amaçladık.

YÖNTEM:Çarpıntı yakınması ile kliniğimize başvuran ve montelukast kullanan hastada ritim holterde aritmi saptanan bir hasta sunulacaktır.

BULGULAR:Daha önceden herhangi bir şikayeti olmayan 17 yaş erkek hasta çarpıntı şikayeti ile Çocuk Kardiyoloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın bu şikayetinin dış merkezde alerjik rinit nedeni ile doktor başvurusundan sonra ortaya çıktığı belirtildi. Prenatal ve postnatal öyküsünde özellik yoktu. Hastane yatışı ve bilinen ek hastalığı saptanmadı. Anne baba arasında akrabalık yok ve ailede kardiyak öykü tariflenmedi. Kullandığı ilaç son başvurusunda başlanan montelukast olduğu görüldü. Hastanın alınan kan tetkiklerinde özellik saptanmadı. Ekokardiyografi ve EKG normal saptanan hastaya ritim holter uygulandı. Ritim holterde yaklaşık 100 adet/gün, 10-15 saniye süreli, 220 atım/hız supraventriküler taşikardi ve 10 adet/gün, en uzun 5 atım olan, 190 atım/dk hız ventriküler taşikardi saptandı. Montelukast ilacı bırakıldıktan sonra yapılan kontrol ritim holter uygulamamızda 1 adet couplet ventriküler ekstrasistol izlendi. Supraventriküler taşikardi ve ventriküler taşikardi izlenmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Montelukast alerjik rinit ve astım tedavisinde sık kullanılan ve kardiyak yan etki ihtimali oldukça düşük olan bir ilaçtır. Kardiyak açıdan oldukça güvenli bir ilaç olmasına ve literatürde aritmi riskiyle ilgili örnekler olmamasına rağmen olgumuzda sık ve ciddi bir ritim bozukluğu geliştirmiş olması ilaç kullanımı sırasında dikkat edilmesi gerektirdiğini düşündürmektedir. Montelukast tedavisinin aritmiye sebep olabileceği ve aritmi ile gelen hastalarda kullandığı ilaçları mutlaka sorgulamak gerektiği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: montelukast, supraventriküler taşikardi, ventriküler taşikardi

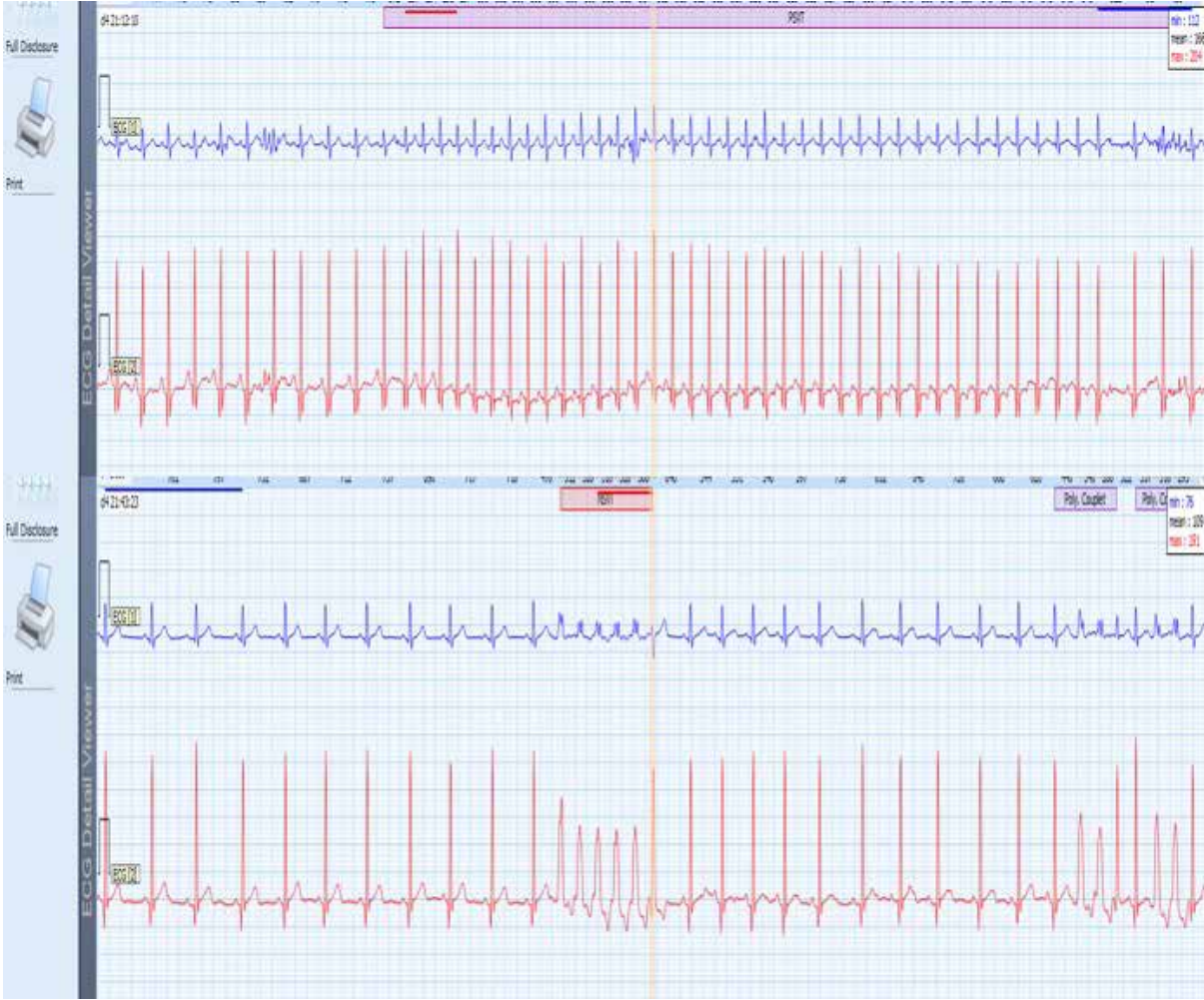
Tablo 1. Olgunun Hemogram Parametreleri

Hemogram	Olgu
Hb(g/dl)	14,2
Hct(%)	43
Wbc(/mm ³)	5540
Plt(/mm ³)	248000
Neutrofil (/mm ³)	3530
Neutrofil(%)	63,7
Lenfosit (/mm ³)	1530
Lenfosit(%)	27,7

Tablo 2. Olgunun Laboratuvar Parametreleri

Tetkikler	Olgu
Glukoz(mg/dl)	87
Kreatinin(mg/dl)	0,82
ALT(IU/L)	35
Kalsiyum(mg/dl)	9,9
Sodyum(mmol/L)	140
Kolesterol(mg/dl)	117,5
Trigliserid(mg/dl)	62,4
Tsh(mIU/L)	1,7
St4(ng/dL)	1,32
Troponin(HS)(ng/L)	4,79
Pro-BNP(pg/ml)	20,22

Tablo 3. Ritim holterde supraventriküler taşikardi ve ventriküler taşikardinin gösterilmesi



EP-242

Nadir Bir Bacak Ağrısı Nedeni: Konjenital AV Malformasyon ve RASA-1 Mutasyonu

Abdülmelik Bucak¹, Oyku Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Arteriyovenöz malformasyonlar (AVM) morbidite ve mortaliteye yol açabilen endotelyal anomalilerdir. Vücutta her yerde bulunabilmekle birlikte sıklıkla deri, subkutan doku, kemik, yumuşak doku, eklemler ve parankimal organlarda izlenirler. Bu malformasyonlar çeşitli sendromların oluşumunda da eşlik edebilir. Anlamlı klinik malformasyonların seyrek görülmesi, tanı ve tedavide deneyimin az olmasına neden olur. Büyüme potansiyeline sahip bu lezyonlar çevre dokulara bası sonucu semptomatik hale gelebilir. Bu olguda nadir bir bacak ağrısı nedeni olan konjenital AV malformasyonun genetik birlikteliğini vurgulamak istedik.

YÖNTEM:Olgu sunumu

BULGULAR:13 yıl 8 aylık erkek hasta boy kısalığı nedeniyle çocuk endokrinoloji bölümü tarafından takip edilmekte. Boy: 133cm(-2sds), kilo: 34kg(-3,7sds), anne boy: 153cm, baba boy: 165cm, hedef boy: 165cm(-1,7sds), anne ve baba kuzen çocukları olduğu öğrenildi. 5 yıldır devam eden bacak ağrısının son 3 ayda artması ve antistrep-tolizin (ASO) yüksekliği olması üzerine Akut Romatizmal Ateş (ARA) ön tanısıyla tarafımız çocuk kardiyolojiye yönlendirildi. Yapılan fizik muayenesinde genel durum iyi, kalp sesleri doğal, ek ses ve üfürüm saptanmadı. 4 ekstremitte tansiyonları normal, elektrokardiyogram (EKG) normal sinüs ritminde görüldü. Transtorasik ekokardiyografisinde (EKO) özellik saptanmadı. Bilateral femoral nabızlar alındı. Ağrılı olan bacağın muayenesinde sağ patella üzerinde thrill alındı. AV malformasyon açısından yapılan doppler usg'de tibialis anteriorda fistül izlendi. Malformasyon açısından genetik konsültasyon ve alt ekstremitte MR anjiyografi istendi. MR'da sağ tibialis anterior düzeyinde arterial venöz fistül ve sağda venöz sistemde erken dolum izlendi. Genetik inceleme sonucunda RASA-1 geninde patojenik varyant saptandı.

TARTIŞMA VE SONUÇ:RASA-1 genindeki mutasyon, kapiller malformasyon-arteriyovenöz malformasyon (CM-AVM) sendromu ile ilişkilendirilmiştir. Otozomal dominant geçiş göstermektedir. Etkilenen bireylerde deri, kas, kemik, vertebra ve beyinde ilişkili arteriyovenöz malformasyonlar görülmektedir. Bu lezyonların yaşamı tehdit eden komplikasyonları arasında kanama, konjestif kalp yetmezliği ve nörolojik sonuçlar yer alabilir. Uzun zamandır bacak ağrısı olan hastalarda nadir bir tanı olsa da dikkatli fizik muayene ile tanı konulabilecek ve tedavi edilmediğinde uzun dönemde morbidite nedeni olabilecek bir durum olduğu hatırlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Arteriyovenöz malformasyon, endotelyal, vasküler malformasyon

EP-243

Halsizlik ve Çarpıntı Şikayeti İle Başvuran Hastada Noncompaction Kardiyomiyopati ve Atriyal Taşiaritmi

Aslı Deniz Yerlikaya¹, Sercin Ozkok², Oyku Tosun³

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı

³İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Noncompaction, ailesel veya sporadik görülebilen nadir bir kardiyomiyopatidir. Miyokard'da belirgin trabekülasyonlar ve derin intertrabeküler girintiler ile karakterizedir. Kalp yetmezliği, atriyal ve ventriküler aritmiler, ani kardiyak ölüm ve tromboembolik olayları içeren değişik klinik özellikler gösterebilir. Bu olguda halsizlik ve çarpıntı şikayetleri ile başvuran hastada noncompaction kardiyomiyopati ve atriyal taşiaritmi birlikteliğini vurgulamak istedik.

YÖNTEM:Olgu sunumu

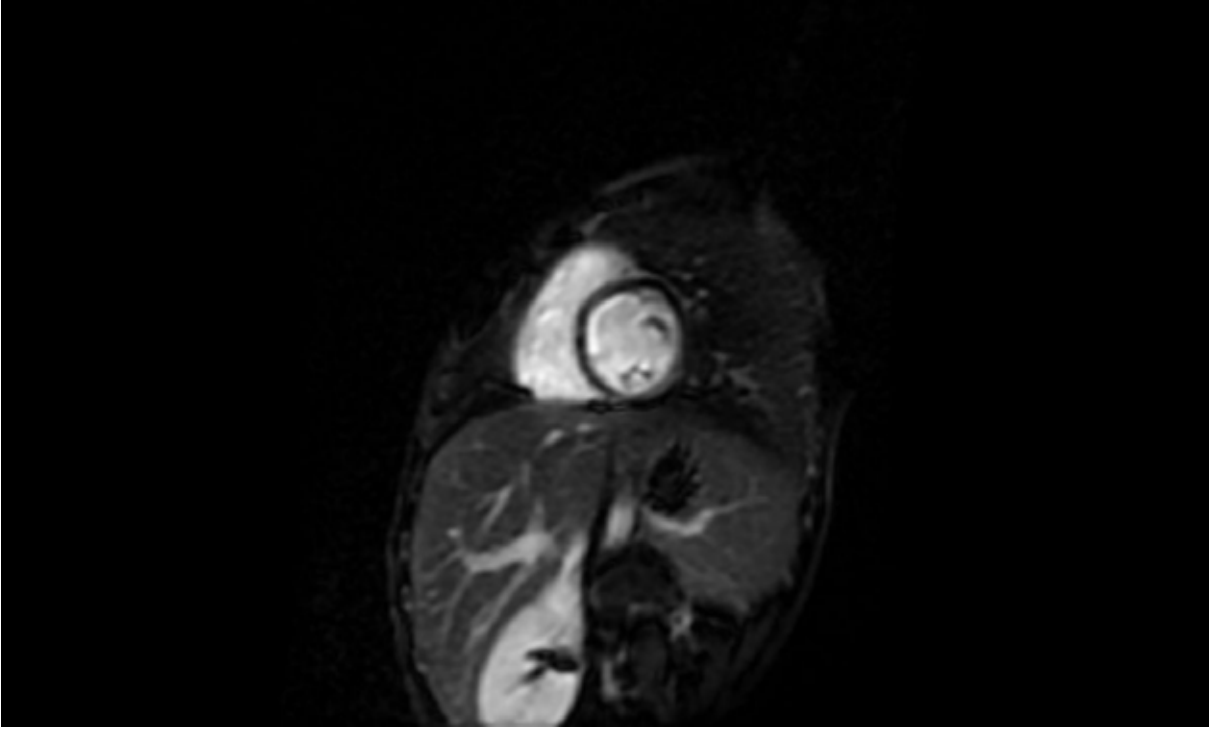
BULGULAR:8 yıl 3 aylık erkek hasta, çabuk yorulma, halsizlik ve çarpıntı şikayetleri ile çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğe başvurmuş, poliklinik kontrolünde kardiyak üfürüm tespit edilerek çocuk kardiyoloji polikliniğine yönlendirilmiş. Çocuk kardiyoloji poliklinik kontrolünde fizik muayenesinde taşikardisi saptanılması üzerine çekilen elektrokardiyografisinde (EKG) sık atriyal taşiaritmi ve ekokardiyografisinde de (EKO) kardiyak fonksiyonlarında azalma, noncompaction kardiyomiyopati saptandı. Çekilen kardiyak MR görüntülemesi noncompaction kardiyomiyopati ile uyumlu bulunan hastaya amiodaron infüzyonu başlanılarak taşiaritmisi kontrol altına alındı ve kardiyak fonksiyonlarında düzelme görüldü. Hastanın takibinde amiodaron tedavisi kesilerek flekainid tedavisine geçildi. Flekainid tedavisi altındayken atriyal taşiaritmi atağı olması üzerine kateter ablasyon tedavisi uygulanan hastanın takiplerinde tekrarlayan taşiaritmileri olmadı. Olgumuz şuan 13 yıl 6 aylık olup asemptomatik noncompaction kardiyomiyopati tanısı ve ACE inhbitörü, antiagregan dozda salisilik asit tedavileri ile izlenmektedir.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Ekokardiyografi, noncompaction tanısı koymak için en yaygın kullanılan tanı yöntemidir. Noncompaction tanısı bilinen veya şüphelenilen hastaların çoğunda kardiyak manyetik rezonans görüntüleme önerilmektedir. Tanısal süreçten sonra; genetik tarama, primer ve sekonder korunma, kalp yetmezliği, tromboembolik olaylar, inme, ani kardiyak ölümün klinik yönetimi, supraventriküler aritmiler ve malign ventriküler aritmilerin tedavisi önerilir.

Çabuk yorulma, halsizlik ve çarpıntı şikayetleri ile başvuran hastada dikkatli bir fizik muayene ve EKG ile değerlendirilmesi ve EKG'de de taşiaritmi saptanılan hastaların çocuk kardiyolojiye yönlendirilmesi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Atriyal taşiaritmi, kardiyomiyopati, noncompaction,

Kardiyak MR



EP-244

Crush Sendromuna Bağlı Perikardit Olgusu

Dilara Lahut¹, Ferit Durankuş¹, Oyku Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Crush sendromu, kas travması sonrası, ani ve hızlı kas hasarının neden olduğu sistemik bir bozukluktur. En sık depremler sonucunda enkaz altında kalarak uzun süreli bası maruziyetinde görülür. Hiperkalemi ve akut böbrek hasarı bu sendromunda mortalitenin başlıca nedenleridir. Ancak çoklu sistem tutulumuyla birçok komplikasyona neden olabilmektedir. Crush sendromuna bağlı kardiyak bozukluklar da olabilmektedir. Üremik perikardit, patogenezi tam anlaşılamamakla birlikte, böbrek hastalığı olan hastalarda perikardın toksinler ve immün kompleksler nedeniyle iltihaplanması sonucu oluşur. Crush sendromu ile takibinde ani göğüs ağrısı ile tetkik edildiğinde perikardiyal efüzyon saptanan ve üremik perikardit tanısı alan olgu sunulmaktadır.

YÖNTEM:Laboratuvar tetkikleri ve görüntüleme yöntemleri ile tanı konmuştur.

BULGULAR:15 yaşında kız, deprem sonucu 12 saat enkaz altında kalıp, ilk müdahaleler sonrası kompartman sendromuna bağlı akut böbrek hasarı saptanıp, diyaliz ihtiyacı nedeniyle Çocuk Yoğun Bakım Ünitemize sevk edildi. Geniş spektrumlu antibiyoterapi, profilaktik anti-trombüs tedavi verilen hastanın idrar çıkışı olmaması üzerine diyaliz başlandı. Hastanın ilk tetkiklerinde üre: 91mg/dL, kreatinin: 3,95mg/dL, ürik asit: 6,3mg/dL, ALT: 169U/L, AST: 863U/L, LDH: 2345U/L, albümin: 2,09g/dL, sodyum: 127mmol/L, potasyum: 4,6mmol/L, kalsiyum: 7mg/dL, fosfor: 6,9mg/dL, kreatinkinaz: 66700U/L, CRP:45,5mg/dL görüldü. Hastanın, 17 gün hemodiyaliz ardından, yüksek biyokimyasal parametrelerinde kademeli gerileme görüldü. Takibinin 21.gününde ani, delici göğüs ağrısı tarifleyen hastanın muayenesinde bunu açıklayacak bulgu yoktu. EKG'de normal sinüs ritmi; tetkiklerinde üre: 8mg/dL, kreatinin: 0,47mg/dL, ürik asit: 2,3mg/dL, ALT: 13U/L, AST: 17U/L, LDH: 361U/L, albümin: 3,78g/dL, sodyum: 135mmol/L, potasyum: 4,2mmol/L, kalsiyum: 9,2mg/dL, kreatinkinaz: 303U/L, TroponinT: 105,8ng/L, CKMB: 6,88µg/L, d-dimer:2,4mg/L, proBNP:1240ng/L, ESR:20 saptandı. Çocuk kardiyoloji konsültasyonu sonucu ekokardiyografide sıvanma tarzında perikardiyal efüzyon görüldü. Geçirmiş olduğu crush sendromu ve ABH bağlı üremik perikardit düşünülen hasta ek tedavi verilmeksizin izlendi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Deprem bölgesindeki ülkemiz için crush sendromu yaşamı tehdit edebilen önemli bir multisistemik bozukluktur. Nadir görülmekle birlikte crush sendromuna kardiyak bozuklukların eşlik edebileceği unutulmamalıdır. Takipte ani başlayan göğüs ağrısı geliştiğinde üremik perikardit de ayırıcı tanıda değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Crush sendromu, kompartman sendromu, göğüs ağrısı, perikardit, deprem

EP-245

Kardiyomiyopati Tanısı Alan Çocuk Hastalarda Demografi, Etiyoloji ve Sonuçlar; Tek Merkez 6 Yıllık Deneyim

Kardelen Çelikel¹, Sema Gündoğdu¹, Öykü İsal Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, İstanbul

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, İstanbul

GİRİŞ VE AMAÇ:Kardiyomiyopatiler (KMP), kalp kası tutulumu ile karakterize çoğunlukla kalp yetersizliği ile sonuçlanabilen birçok farklı etiyolojiye sahip hastalık grubudur. Pediyatrik kardiyomiyopatilerin; 0–18 yaş arası çocuklarda insidansı yılda yüz binde 1,13'tür. Dilate kardiyomiyopati, çocukluk çağında en sık görülen kardiyomiyopati tipi olup bütün kardiyomiyopatilerin yaklaşık %60'ını oluşturmaktadır. Dilate kardiyomiyopati, günümüzde kronik kalp yetersizliğinin çocuklardaki en sık nedenlerinden biridir ve kalp nakli uygulanan hastaların da büyük bir kısmını oluşturur. Tanısı; sol veya her iki ventrikülün dilatasyonu ve azalmış kontraksiyonunun gösterilmesi ile konur. Bu çalışmada, KMP tanısı alan pediyatrik hastaların demografik, etiyolojik özelliklerini ve sonuçlarını karakterize etmeye çalıştık.

YÖNTEM:Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı poliklinik ve kliniklerinde kardiyomiyopati tanısıyla, Ocak 2016-Eylül 2022 tarihleri arasında takip edilmiş olan hastaların; tanı yaşı, cinsiyet dağılımları, başvuru semptomları, etiyolojik dağılımları, ekokardiyografi, Holter ve anjiyografi sonuçları, aldıkları medikal ve girişimsel tedaviler, tedavi süre ve yanıtlarına ait gerekli verileri hastane tabanından kaydedildi. Veriler SPSS yazılımı(Statistical Packages for Social Sciences) kullanılarak analiz edildi

BULGULAR:6 yıllık izlemde kliniğimize başvurup kardiyomiyopati tanısı alan 154 hastamızın %61.58'i erkek, %38.4'ü kız olup; bunların %25.5'i ilk bir yılda, %16.7'si okul öncesi(<7 yaş) ve %57.7'si okul dönemi ve sonrası(≥7 yaş) tanı almıştır. Hastalarımızın %42.76'sı hipertrofik, %39.47'si dilate, %15.7'si lv noncompaction ve %1.97'si restriktif kardiyomiyopati olarak tanı almıştır. Etiyolojide kalıtsal sebep %36.3 hastada saptanmış olup genetik sebeplere en sık %51.7 ile hipertrofik kardiyomiyopatide rastlanmıştır. Soygeçmiş sorgulandığında %9.3'ünün ailesinde akraba evliliği olduğu öğrenilmiştir. Tedavi süreci ve izlemde %16.23'ü transplant beklerken ex olmuştur.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Çocuklarda görülen kardiyomiyopatilerde ölüm sebebi, progresif kalp yetmezliği ve ventriküler aritmiler olup sistolik fonksiyonlar prognozu belirlemede önemlidir. Tanıyı erken koymak; hastalığın progresyonu açısından yakın takibini ve tedavi revizyonunu sağlayarak prognozu belirlemede önemli rol oynar.

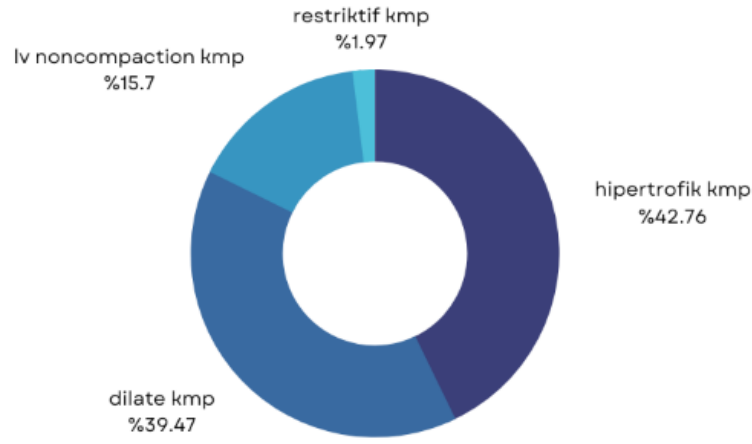
Anahtar Kelimeler: çocuk, dilate, ekokardiyografi, hipertrofik, kardiyomiyopati, noncompaction

Sekil 1



Tanı anındaki cinsiyet dağılımı

Şekil 2



Tanıda dağılım

Şekil 3



Tanı anındaki yaş dağılımı

EP-246

Çocuk Kardiyoloji Polikliniğine Spor Faaliyetleri Öncesinde Başvuran Olguların Kardiyak Değerlendirmesi

Merve Oğuz¹, Dolunay Gürses¹, Münevver Yılmaz¹, Bengisu Ömercioğlu²

¹Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı, Denizli

²Pamukkale Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Denizli

GİRİŞ VE AMAÇ:Çocukluk yaş grubunda lisanslı sporlara katılım oranı giderek artmaktadır. Spora katılım öncesi kardiyolojik değerlendirme amatör ve profesyonel sporcular için yaygın olarak talep edilen bir muayenedir. Spor faaliyetleri sırasında gözlenen ani ölümler sporcuları, ailesini ve kulüpleri endişelendirmektedir. Bu çalışmadaki amacımız; spora katılım öncesinde yapılan kardiyak incelemeleri ve sonuçlarımızı literatür eşliğinde değerlendirmektir

YÖNTEM:Çalışma verileri Ocak 2018-Aralık 2022 tarihleri arasındaki çocuk kardiyoloji poliklinik kayıtlarından retrospektif olarak elde edildi. Çalışmaya 238 çocuk dahil edildi. Öykü, fizik muayene, elektrokardiyografi(EKG), ekokardiyografi, Efor testi ve ritim Holter sonuçları değerlendirildi.

BULGULAR:Olguların 161'i(%67) erkek ve 77'si(%32) kızdı. Ortalama yaş 11,6±2,5(5-18) yılı. Vucüt ağırlığı 45,4±15,9 (16-123) kg, boy 152,3±13,2(115-178) cm idi. Hastaların hepsi EKG ve ekokardiyografi ile değerlendirildi. Spor öncesi rapor için başvuran 238 çocuğun kardiyak değerlendirilmesi sonucunda 232 çocuğa spor yapmasında engel yoktur raporu verildi. Ritim Holterle değerlendirilen 54 (%23) çocukta spor yapmasına engel aritmi saptanmadı. Ekokardiyografide 1 çocukta hipertrofik kardiyomiyopati, 1 çocukta primer pulmoner hipertansiyon saptandı. Ritim Holterde ventriküler ekstra atım saptanan 3 hastada efor testinde eforla artan ventriküler ekstra atım, eforla çarpıntı şikayeti olan bir hastada ise efor testi sırasında nonsustained ventriküler taşikardi tanısı koyuldu. Çocuklardan 6'sına(%2,5) spor yapmaları sağlıkları açısından riskli olduğu belirtilerek izin verilmedi.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Spora katılım öncesi muayenelerin temel amacı ani kardiyak ölüme neden olabilecek, altta yatan kardiyovasküler bir anormalliğin ortaya çıkarılmasıdır. Çocuklarda spora katılım öncesinde kardiyak değerlendirme için öykü, fizik muayene, EKG ile ayrıntılı olarak incelemeli, riskli olabileceği düşünülen olgularda ekokardiyografi, ritim Holter ve Efor testi yapılması ani kardiyak ölüme sebep olabilecek kardiyovasküler nedenlerin saptanmasında önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Ani Kardiyak Ölüm, Çocuk, Spor

Tablo 1

Hasta	Yaş	Cinsiyet	Alle öyküsü	Şikayet	Ölümler	EKG	EKO	Holter EKG	Efor EKG
KY	12	E	Yok	Yok (ritim boz?)	Yok	VEV	Normal	VEV	Eforla artan VEV
NEK	10	K	Yok	Yok	Var	VEV	ASD	VEV	Eforla artan VEV
KEA	8	E	Yok	Eforla çarpıntı	Yok	SVEB	Normal	SVEB + VEV	Eforla artan VEV
ÖFİ	15	E	Yok	Eforla göğüs ağrısı	Yok	V6 T negatif	HTKMP	Normal	
ENÖ	13	K	Yok	Eforla göğüs ağrısı	Yok	Normal	Normal	Normal	Eforla ventriküler taşikardi
EDK	13	E	Yok	Yok	Yok	İnterventriküler ileti kusuru	Pulmoner hipertansiyon	Normal	

EP-247

Sağlıklı Çocuklarda Spora Katılım Öncesi Pediyatrik Kardiyolog Değerlendirmesi Gerekliliği: Fayda ve Maliyet Etkinliği Analizi- Tek Merkez Yedi Yıllık Deneyim

Abdulmelik Bucak¹, Oyku Tosun²

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji Bilim Dalı

GİRİŞ VE AMAÇ:Sağlıklı çocukların spor aktiviteleri esnasında meydana gelebilecek çarpıntı, bayılma ve ani kardiyak ölümü hem aileler hem de kulüpler için sarsıcı bir durumdur. Sporun çocukların gelişiminde olumlu etkilerinin yanı sıra olumsuz klinik durumların ortaya çıkmasına da neden olabileceğinden spor faaliyetlerinin belirli kurallar içerisinde yapılması gerekmektedir. Dünyada ve ülkemizde bu muayenelerin nasıl yapılacağı konusunda halen tam bir görüş birliği bulunmamaktadır. Kardiyovasküler sistem hakkında ayrıntılı anamnez ve aile öyküsünün alınması, fizik muayenesinin yapılması spora katılım öncesi incelemenin en önemli noktasını oluşturmaktadır. Bu çalışmanın amacı, spora katılım öncesi elektrokardiyografi (EKG) ve transtorasik ekokardiyografi ile değerlendirilen sağlıklı çocuklarda kardiyak anomali sıklığını değerlendirmek, eldeki veriler ışığında çocuk kardiyoloji uzmanı değerlendirmesinin gerekliğini sorgulamak ve maliyet etkinliği açısından değerlendirmektir.

YÖNTEM:Mart 2016- Mart 2023 tarihleri arasında Göztepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji Bölümü'ne spora katılım uygunluk belgesi almak üzere başvuran, fizik muayenesi, EKG, ekokardiyografi, Efor testi ve 24 saat Holteri yapılan tüm çocuklar çalışmaya alındı. Bulgular retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR:7 yıllık süreçte ortanca yaşı 12yıl (3yıl-17yıl) olan toplam 1490 çocuk çalışmaya alındı. 1 (%0,07) hastada yüksek tansiyon saptandı. 55 (%3,69) hastada EKG anormallikleri saptandı. Ekokardiyografi ile 61 (%5,33) hastada yapısal kardiyak anomaliler izlendi. Efor testi ile 5 (%4,34) hastada ventriküler ekstrasistoller saptandı. 24 saat Holter takibi ile 6 (%66,6) hastada nadir ekstrasistol görüldü. Spora katılım uygunluk belgesi verilmeyen 2 hastanın anamnez ve ekg bulgusu patolojik olması üzerine ileri tetkikler yapıldı. Rutin muayene ve EKG'ye ekokardiyografi eklenmesi ile hasta başına düşen maliyet 2 katına çıkarken, Efor testi ile 5, 24 saat Holter EKG ile 10 katına çıkmaktadır.

TARTIŞMA VE SONUÇ:Tüm hastalara bir pediyatrik kardiyolog tarafından yapılan kapsamlı değerlendirme, hem maliyetleri 2 katına çıkarma hem de ailelerde endişeye yol açmaktadır. Ekokardiyografi, Efor testi ve 24 saat Holter EKG monitorizasyonu, sadece şüpheli aile hikayesi, kardiyovasküler sistemi ilgilendiren patolojik fizik muayene bulgusu ve patolojik EKG bulgusu olan hastalarda spora katılıma uygunluk kararı verilirken yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ani kardiyak ölüm, ekokardiyografi, elektrokardiyografi, spor