PEDİATRİ UZMANLIK AKADEMİSİ DERNEĞİ

www.puader.org

Türkiye'nin İlk Multidisipliner Pediatri Kongresi

ULUSLARARASI

PUADER

4. SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK

KONGRESİ

12-15 Eylül 2024

Barida Hotels - ISPARTA

BİLDİRİ KİTABI

SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK
EĞİTİM KURSLARI

2. PUADER PEDİATRİ ZİRVESİ

www.sbckongresi.org

Çocuk Sağlığının Geleceği

ve

Anadolu'da Çocuk Hekimi Olmak

sbckongresi2024



SÜLEYMAN DEMİREL ÜNİVERSİTESİ 1992

işbirliği ile

İÇİNDEKİLER

DAVET 3
KURULLAR 4
BİLİMSEL PROGRAM 7
KONUŞMA ÖZETLERİ 11
SÖZEL BİLDİRİLER 46
POSTER BİLDİRİLER 155
TAM METİNLER – SÖZEL BİLDİRİLER 231
TAM METİNLER – POSTER BİLDİRİLER 341
ORGANİZASYON SEKRETARYASI 348

DAVET

Değerli Meslektaşlarımız;

Pediatri Uzmanlık Akademisi Derneği (PUADER) olarak yeni bir heyecanla kısa süre içinde uluslararası ve ulusal düzeyde önemli etkinliklere imza attık. İlk 2 yılımız bilimsel toplantılar açısından derneğimiz adına oldukça verimli geçti. Azerbaycan'da Bakü ve Nahcivan, Kıbrıs, Afyon, Bursa, Tekirdağ, Giresun, Diyarbakır, Batman ve İzmir'de düzenlediğimiz yoğun katılımın gözlendiği pediatri sempozyumları, bölgesel ve akşam toplantılarının ardından Uluslararası Sağlıklı Büyüyen Çocuk Kongresi ve 1. PUADER Pediatri Zirvesini yine İzmir'de 900'ü aşan bir katılımla gerçekleştirdik.

2024 yılında da etkinliği ve verimliliği yüksek ve farklı etkinliklerde sizlerle bir arada olmayı planlıyoruz. Bu bağlamda PUADER olarak Anadolu Şehir Kongreleri serisini başlatıyoruz. Tüm Türkiye'den çocuk sağlığı gönüllülerini keşfedilmeyi bekleyen Anadolu illerimizde ağırlayacağız. 4. Uluslararası Sağlıklı Büyüyen Çocuk Kongresi ve 2. PUADER Pediatri Zirvesi'ni ilk olarak bu yıl tarihi Hitit Uygarlığına kadar dayanan, Süleyman Demirel Demokrasi ve Kalkınma Müzesine ev sahipliği yapan, doğal güzellikleriyle herkesi kendisine hayran bırakan güller ve göller şehri Isparta'da düzenleyeceğiz. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesinin Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalının desteği ile katılım olarak yüksek, bilimsel olarak üst düzey ve sosyal program olarak oldukça zengin bir kongre sizleri bekliyor.

Son yıllarda uzmanlık sınavlarında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Bölümlerine olan ilginin azaldığı artık saklanamaz bir gerçek. Bu durumun nedenlerinin bilimsel zeminde tartışılması gerektiğine inanıyoruz. Son yıllarda ülkemizde hekim sayısında artışa paralel olarak çocuk hekimi sayısı da giderek artmasına rağmen Anadolu'da çalışan hekim sayısında önemli artışlar var. Peki Anadolu'da hekim olmanın sıkıntıları var mı, çocuk sağlığı gönüllüleri hangi zorluklarla karşılaşıyor. Tüm bu nedenlerden dolayı bu yıl ki kongremizde 2. PUADER Pediatri Zirvesinin temasını "Çocuk Sağlığının Geleceği ve Anadolu'da Çocuk Hekimi Olmak" olarak belirledik.

Günlük pratiğinizde çok işinize yarayacak, çocuk sağlığının en önemli konularıyla ilgili son gelişmelerin katılımcılara aktarılacağı ve tartışılacağı "Kurslar, ulusal ve uluslararası düzeyde konusunda yetkin konuşmacıların yer aldığı paneller, konferanslar, sözel ve poster bildiriler" in yer alacağı her açıdan farklı bir pediatri kongresi olacak "Uluslararası Katılımlı Sağlıklı Büyüyen Çocuk Kongresi ve 2. PUADER Pediatri Zirvesi"nde sizlerle birlikte olmaktan ve sizleri zengin bir sosyal programla yakından tanıma fırsatı bulacağınız Anadolu'nun Güller ve göller şehri Isparta'da ağırlamaktan büyük mutluluk duyacağız.

Puader Yönetim Kurulu ve Kongre Düzenleme Kurulu

KURULLAR

KONGRE ONUR KURULU

Mehmet Saltan
Süleyman Demirel Üniversitesi Rektörü

Alim Koşar
Süleyman Demirel Üniversitesi Rektör Yrd.

Nilgün Şenol
Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

KONGRE BAŞKANI

Bumin Dündar

KONGRE EŞ BAŞKANLARI

Hasan Çetin
Özgür Pirgon

KONGRE SEKRETERLERİ

Abdülkerim Elmas
Gamze Gökalp
Ezgi Bellikci Koyu
Beste Özgüven Öztornacı

KONGRE DÜZENLEME KURULU

Vefik Arıca
Adem Aydın
Abdullah Kumral
Yekta Öncel
Özgür Pirgon
Murat Tutanç
İlyas Yolbaş
Seçil Arslansoyu Çamlar
Muhammet Asena
Muhammet Bulut
Eda Karadağ Öncel
M. Törehan Aslan

LOKAL DÜZENLEME KURULU

Mustafa Akçam
Ebru Yılmaz Keskin
Mahmut Keskin
İbrahim Cemal Maslak
Muhammed Burak Selver
Hakan Salman

ULUSLARARASI BİLİMSEL KURUL

And Demir (Finlandiya)
Hajrija Maksic (Bosna Hersek)
Hanifi Soylu (Kanada)
Loreno Sanchez Rubio (Kolombiya)
Metleb İbrahimov (Azerbaycan)
Peter Mccaffery (UK)
Tarana Tagizade (Azerbaycan)
Yasemin Kendir Demirkol (ABD)

PUADER 4. SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK KONGRESİ



12-15 Eylül 2024

Barida Hotels, ISPARTA

SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK EĞİTİM KURSLARI

BİLİMSEL KURUL

Abdullah Kocabaş
Abdülkerim Elmas
Adem Aydın
Ahmet Rifat Örmeci
Ahmet Sert
Aladdin Yorulmaz
Ali Kanık
And Demir
Arife Uslu
Aslıhan Abbasoğlu
Aslıhan Kara
Atilla Çifci
Ayhan Pektaş
Aylin Yetim Şahin
Ayşegül Bükülmez
Ayşegül İşler
Bayram Özhan
Belde Kasap Demir
Beste Özgüven Öztornacı
Bumin Dündar
Çiğdem El
Dijle Özer
Dilek Yılmaz
Duygu Çalışkan
Eda Karadağ Öncel
Elif Çomak
Elif Eviz
Emine Efe
Emine Geçkil
Emine Türkkan
Emine Y. Ertürk
Emre Öztürk
Ercan Mıhçı
Erdal Eren
Erdoğan Kavlak
Eren Soyaltın
Eren Yıldız
Ezgi Bellikci Koyu
Fahriye Pazarcıkçı
Ferdi Başkurt
Feyza Koç
Filiz Çizmecioğlu
Furkan Korkmaz
Gamze Gökalp
Gülşah Kaner Tohtak
Hakan Erdoğan
Hakan Salman
Hale Ünver Tuhan
Hamide Nur Çevik Özdemir
Hanifi Soylu
Hasan Çetin
Hasan Yüksel
Hatice Bölükbaşı
Hatice Yıldırım Sarı
Hicran Altın
Hüseyin Dağ
İbrahim Pirim
İlke Taşkırdı
İlyas Yolbaş
İshak Işık
İsmail Reisli
Lorena Sanchez-Rubio
M. Yekta Öncel
Maşallah Baran
Mehmet Fatih Orhan
Melek Akar
Meltem Ayata Dinleyici
Mesut Parlak
Metleb İbrahimov
Muhammet Asena
Muhammet Bulut
Murat Duman
Murat Sütçü
Murat Tutanç
Mustafa Akçam
Müge Ayanoğlu
Nagehan Aslan
Nevin Uslu
Nihal Olgaç Dündar
Nihat Sapan
Nilgün Köksal
Nuray Duman
Nurullah Okumuş
Oğuz Dursun
Olcay Güngör
Osman Akdeniz
Ömer Faruk Beşer
Özge Manisalı
Özgür Pirgon
Özlem Bağ
Özlem Sangün
Özmert M.A. Özdemir
Peter Mccaffery
Pınar Doğan
Pınar Gençpınar
Rabiye Güney
Rahmi Özdemir
Raşit Vural Yağcı
Ruhiye Reisli
Sabahattin Ertuğrul
Sadık Yurttutan
Salih Gözmen
Seçil Arslansoyu Çamlar
Semra Hız
Sercan Özbek Yazıcı
Serhat Samancı
Serkan Kırık
Sevcan Atay
Sevim Türay
Suzan Şahin
Şefika Bozdemir
Şerife Tutar
Şeyma Karakoç
Taner Adıgüzel
Taner Kasar
Tarana Tagizade
Tolga İnce
Tolga Ünüvar
Törehan Aslan
Tuba İnce Parpucu
Tuba Kasap
Tuba Kurt
Tuba Tuncel
Tuğba Gürsoy Koca
Tuğçe Nalbant
Vefik Arıca
Velat Şen
Yasemin Kendir Demirkol
Yeliz Çağan Appak
Yüksel Bıcılıoğlu

BİLİMSEL PROGRAM

12 Eylül 2024, Perşembe

Çocuklarda Beslenme Kursu	Yenidoğan ve Ventilasyon Kursu	Çocuk Endokrinde İlk Yaklaşım Kursu
Moderatör: Maşallah Baran 13.30-14.00 Tamamlayıcı Beslenme: Erhun Kasırga 14.00-14.30 Oyun Çağı Çocuğunda ve Ergenlikte Beslenme: Taner Özgür	Kurs Başkanları: Ahmet Yağmur Baş, Sadık Yurttutan 09.15- 09.30 Solunum Fizyolojisi ve Resüsitasyona Giriş: Test 09.30 – 09.50 NRP Uygulamasında Değişenler; Güncel Durum: Ece Koyuncu 09.50 – 10.10 Balon Maske ve T-Parça Canlandırıcı Kullanımı: Ahmet Afşin Kundak 10.10-10.30 Non-İnvaziv Ventilasyon: Hakan Ongun	Oturum Başkanları: Bumin Dündar, Özgür Pirgon 09.30-09.50 Boy Kısalığında Ne Yapmalı: Bayram Özhan 09.50-10.10 Hipotiroidi Takibi: Gülçin Arslan 10.10-10.30 Hipertiroidi Takibi: Selda Ayça Altıncık 10.30-10.45 Soru-Cevap
14.30-14:45 Ara	10.30-10.50 Ara	10:45-11:00 Ara
Moderatör: Erhun Kasırga 14.45-15.15 Çocuğum Kilo Almıyor: Yeliz Çağan Appak 15.15-15.45 Malnütrasyon: Maşallah Baran	10.50-11.10 Volüm Hedefli/Garanti Ventilasyon: Salih Çağrı Çakır 11.10-11.30 Yüksek Frekanslı Ventilasyon: Bayram Ali Dorum 11.30-11.50 Yenidoğanda Sürfaktan Kullanımı: Ramazan Özdemir 11.50-12.10 İnvaziv Mekanik Ventilasyondan Ayırma: Törehan Aslan 12.10-12.30 Örnek Olgularla Ventilasyon Desteği: Gaffari Tunç 12.30-12.50 Kurs Değerlendirmesi: Ahmet Yağmur Baş, Sadık Yurttutan	Oturum Başkanları: Bayram Özhan 11.00-11.20 Erken Ergenlik Ne Zaman: Erdem Durmaz 11.20-11.40 Obezite Çözümleri: Berna Eroğlu Filibeli 11.40-12.00 Soru-Cevap
15.45-16.00 Ara		12:00-12:15 Ara
Moderatör: Mustafa Akçam 16.00-16.30 Enteral Ürünler ve Enteral Beslenme: Selim Dereci 16:30-17:00 Parental Beslenme: Hakan Salman		Oturum Başkanları: Mesut Parlak, Taner Baran 12.15-12.35 Çocukluk Çağı Diyabeti Takibi: Eren Er 12.35-13.00 Endokrin Normal Değerleri: Müge Atar

Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Kursu	Öksürük Kursu- Çevrimiçi	Çocuk Sağlığı İzlem Kursu- Çevrimiçi
Kurs Başkanları: Murat Duman, Oğuz Dursun 13.30-13.45 Tanışma-Açılış 13.45-14.15 Çocuk Hastaya Acilde Yapılandırılmış Yaklaşım: Anıl Er 14.15-14.45 Sepsis-Septik Şok: Oğuz Dursun 14.45-15.15 Olgularla Akut Karın Ağrısına Yaklaşım:Murat Duman	Moderatör: Furkan Korkmaz 09.00 – 09.30 Çocuklar Neden Öksürür: Eylül Pınar Çakır 09.30 – 10.00 Öksürüğün Alerjik Sebepleri: Zuhal Karalı 10.00 – 10.30 Öksürüğün Enfeksiyöz Sebepleri: Şefika Elmas Bozdemir	Kurs Başkanları: Adem Aydın, Feyza Koç 09.30 – 10.00 Açılış 10.00 – 10.40 Çocuk Sağlığı İzleminin Önemi: Adem Aydın
15:15-15:30 Ara	10.30-11.00 Ara	10.40 – 11.00 Ara
15.30-16.00 Solunum Sıkıntısı Olan Çocuğa Yaklaşım: Nagehan Aslan 16.00-16-30 Nöbeti Olan Hastaya Yaklaşım ve Status Epileptikus: Murat Duman	Moderatör: Furkan Korkmaz 11.00 – 11.30 Öksürüğün Nonallerjik-Nonenfektif Sebepleri: Furkan Korkmaz 11.30 – 12.00 Hangi Öksürüğü Keselim: Mustafa Güneylioğlu	11.00-11.30 Çocuk Sağlığı İzleminde Güncel Yaklaşımlar: Feyza Koç 11.30-12.00: Taramalar: Özlem Bağ 12.00-12.15 Tartışma
16.30-16.45 Ara		12:15 – 13:15 Öğle Arası
16.45-17.15 İntrakranial Basınç Artışı ve Tedavisi: Oğuz Dursun 17.15-17.45 Çocuklarda sık karşılaşılan zehirlenmeler: Anıl Er 17.45-18.00 Kursun Değerlendirilmesi - Kapanış		13.15 – 13.45 Güncel Aşı Uygulama Önerileri: Tolga İnce 13.45 – 14.15 Süt Çocuğu Beslenmesinde Güncel Yaklaşımlar: Merve Tosyalı 14.15-14.30 Tartışma
		14:30-14:50 Ara
		14.50-15.30 Birlikte Tartışalım: Aileye Danışmanlık Moderatörler: Adem Aydın, Feyza Koç Konuşmacılar: Tolga İnce, Özlem Bağ, Merve Tosyalı 15.30-16.00 Geri Bildirimlerin Alınması ve Kapanış

PUADER 4. SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK KONGRESİ

12-15 Eylül 2024
Barida Hotels, ISPARTA

SAĞLIKLI BÜYÜYEN ÇOCUK EĞİTİM KURSLARI

13 Eylül 2024, Cuma

SALON A	SALON B	SALON C
08.30-09.00 Açılış 09.00-10.00 Açılış Konferansı Oturum Başkanı: Hasan Çetin "Bir Çocuk Hekiminin Isparta Hikayesi" ve "Dünyamıza Hoşgeldin Bebek" : Raşit Vural Yağcı		
10.00-10.15 Kahve Arası		
10.15-11.30 Panel: Prematüre Beslenmesi Oturum Başkanları: Nilgün Köksal, Özmert M.A. Özdemir Parenteral Beslenmede Güncel Uygulamalar: Melek Akar Yenidoğan Yoğun Bakımda Enteral Beslenme: Aslıhan Abbasoğlu Taburculuk Sonrası Beslenme: Suzan Şahin	10.15-11.30 Panel: Olgularla Kardiyoloji: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Abdullah Kocabaş, Ayhan Pektaş Senkop: Ahmet Sert Çarpıntısı Olan Çocuk: Osman Akdeniz Pediatrik Pulmoner Hipertansiyon Tanı ve Tedavisinde Temel Prensipler: Rahmi Özdemir	10.00-11.15 Panel: Beslenme Diyetetik Oturumu Oturum Başkanları: Gülşah Kaner Tohtak, Ezgi Bellikci Koyu Çocuklarda Yeme Bozuklukları: Hatice Bölükbaşı Antioksidanların Beslenmede Rolü: Sercan Özbek Yazıcı
11.30-12.45 Panel: Enteral Ürün: Kime? Ne Zaman? Oturum Başkanları: Mustafa Akçam, Tarana Tagizade Kritik Hastada Enteral Beslenme: Tuğba Gürsoy Koca Çocuklarda Malnutrisyon ve Enteral Ürün Kullanımı: Ayşegül Bükülmez	11.30-12.45 Panel: Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Oturum Başkanları: Murat Duman, Oğuz Dursun Sepsisi Nasıl Tanırız: Gamze Gökalp Acilde Sepsis Yönetimi: Yüksel Bıcılıoğlu Yoğun Bakımda Sepsis Yönetimi: Nagehan Aslan	11.30-12.30 Sözel Bildiri Oturumu 1 Oturum Başkanları: Hatice Yıldırım Sarı, Beste Özgüven Öztornacı
12.45-13.45 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 1 Oturum Başkanı: Hicran Altın	12.45-13.45 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 2 Oturum Başkanı: Tuğçe Nalbant	12.45-13.45 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 3 Oturum Başkanı: Duygu Çalışkan
13.45-14.15 Konferans: Uydu Sempozyumu HEKSM Oturum Başkanı: Vefik Arıca Büyümenin Şifreleri: Bumin Dündar 14.15-15.30 Panel: Olgularla Alerjik Hastalıkları: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Nihat Sapan, Özge Yılmaz Atopik Dermatit: Hasan Yüksel Allerjik Rinit: Metleb İbrahimov Hışıltılı Çocuk: Velat Şen	14.15-15.30 Panel: Pediatride Güncellemeler Oturum Başkanları: İbrahim Pirim, Serhat Samancı Importance of Vitamin A for Children: Peter Mccaffery Santral (Biyokimyasal) Puberte Zamanlamasının Girişimsel Olmayan Yöntemlerle Tayini: And Demir Çocuklarda Ağrı Yönetimi: Ruhiye Reisli	13.30-14.30 Sözel Bildiri Oturumu 2 Oturum Başkanları: Bayram Ali Dorum, Törehan Aslan 14.30-15.30 Sözel Bildiri Oturumu 3 Oturum Başkanları: Çiğdem El, Emre Öztürk
15.30-15-45 Kahve Arası	15.30-15-45 Kahve Arası	
15.45-17.00 Panel: Pediatride Güncellemeler Oturum Başkanları: İlyas Yolbaş, Muhammet Asena Sık Hastalanan Çocuğa Yaklaşım: İsmail Reisli Akut Odağı Olmayan Ateş: Neler Değişti? Ali Kanık Sık Tekrarlayan Tonsillit: PFAPA mı? GAS mı? Emine Y. Ertürk	15.45-17.00 Panel: Bebeklik ve Çocukluk Döneminde Beslenme Oturum Başkanları: Maşallah Baran, Eda Karadağ Öncel Vitamin ve Mineral Desteği ile İlgili Doğru Bilinen Yanlışlar: İshak Işık Kılavuzlara Göre Probiyotiklerin Kullanım Alanları: Murat Sütçü	15.30-16.45 Panel: Hemşirelik Oturumu Oturum Başkanları: Hatice Yıldırım Sarı, Rabiye Güney, Emine Efe Decision Making in Pediatric Intensive Care: Lorena Sanchez-Rubio Yenidoğan Yoğun Bakımda Karar Verme: Pınar Doğan Pediatri Hemşireliğinde Karar Vermede Bilgilendirilmiş Onam: Fahriye Pazarcıkcı
17.00-17.45 Konferans: Farklı Açıdan Çocuk Sağlığı Oturum Başkanı: Ahmet Rifat Örmeci Eğlenceli Pediatri: Tanıyı Sen Koy: Özgür Pirgon	17.00-17.45 Panel: Olgularla Nefroloji Paneli: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Seçil Arslansoyu Çamlar, Hakan Erdoğan Proteinüri: Arife Uslu Gökceoğlu Hematüri: Aslıhan Kara Altını Islatan Çocuk: Eren Soyaltın	16.45-17.45 Sözel Bildiri Oturumu 4 Oturum Başkanları: Salih Özmen, Duygu Çalışkan 17.45-19.00 Sözel Bildiri Oturumu 5 Oturum Başkanları: Eren Er, Gülçin Arslan

14 Eylül 2024, Cumartesi

SALON A	SALON B	SALON C
08.30-10.00 Yuvarlak Masa: Anadolu'da Hekim Olmak Oturum Başkanları: Nurullah Okumuş, Muhammet Bulut Konuşmacılar: Sadık Yurttutan, Eren Yıldız, Elif Eviz, Abdülkerim Elmas, Şeyma Karakoç	08.30-10.00 Sözel Bildiri Oturumu 6 Oturum Başkanları: Gülşah Kaner Tohtak, Ezgi Bellikci Koyu	08.30-10.00 Sözel Bildiri Oturumu 7 Oturum Başkanları: Selda Ayça Altıncık, Hale Ünver Tuhan
10.00-10.15 Kahve Arası	10.00-10.15 Kahve Arası	
10.15-11.30 Yuvarlak Masa: Çocuk Sağlığı Hekimlerinin Sorunları ve Geleceği Oturum Başkanları: Adem Aydın, Vefik Arıca Konuşmacılar: Aladdin Yorulmaz, Hasan Çetin, Murat Tutanç,	10.15-11.30 Hemşirelik Oturumu Panel: Kronik Hastalığı Olan Çocukların Hemşirelik Bakımında Güncel Yaklaşımlar Oturum Başkanları: Emine Geçkil, Ayşegül İşler Epilepside Hemşirelik Bakımı: Şerife Tutar Diyabette Hemşirelik Bakımı: Nevin Uslu Kanserde Hemşirelik Bakımı: Sevcan Atay	10.00-11.15 Panel: FTR Oturumu Oturum Başkanı: Ferdi Başkurt Yenidoğanlarda Fizyoterapi ve Rehabilitasyon: Erdoğan Kavlak Çocuklarda Skolyoz Farkındalığı: Tuba İnce Parpucu
11.30-12.30 Panel: Anneler Soruyor: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Adem Aydın, Atilla Çifci Çocuk Sağlığında Sık Sorulan Sorular: Feyza Koç Çocuk Sağlığı ve Medya Kullanımı: Meltem Ayata Dinleyici Rutin Dışı Aşı Uygulamalarında Yeni Değişimler: Tolga İnce	11.30-12.30 Panel: Adölesan Sağlığı Oturum Başkanları: Filiz Çizmecioğlu, Bayram Özhan Ergenlerle İletişim ve Psikososyal Değerlendirme: Aylin Yetim Şahin Ergenlerde Taramalar: Hüseyin Dağ Anormal Uterin Kanamalar: Mesut Parlak	
12.30-13.30 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 4 Oturum Başkanı: Tuba Kasap	12.30-13.30 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 5 Oturum Başkanı: İlke Taşkırdı	12.30-13.30 Öğle Yemeği POSTER ALANI Poster Bildiri Oturumu 6 Oturum Başkanı: Berna Eroğlu Filibeli
13.30-14.45 Panel: Çocuk Sağlığında Sık Kullanılan Tetkikler: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Belde Kasap Demir, Salih Gözmen Romatolojik Tetkikler: Tuba Kurt Hematolojik Tetkikler: Emine Türkkan Olgu Örnekleri ile EKG: Taner Kasar	13.30-14.45 Panel: Bir Soru Bir Cevap: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Sabahattin Ertuğrul, M. Yekta Öncel Çocuğum Kabız mı?: Yeliz Çağan Appak Çocuğumun Uyku Düzeni Nasıl?: Furkan Korkmaz Çocuğum Döküntülü Hastalık mı Geçiriyor?: Dilek Yılmaz	13.30-14.30 Sözel Bildiri Oturumu 8 Oturum Başkanları: Tuba Tuncel, Mehmet Fatih Orhan 14.30-15.30 Sözel Bildiri Oturumu 9 Oturum Başkanı: Dijle Ayar, Hamide Nur Çevik Özdemir 15.30-16.30 Sözel Bildiri Oturumu 10 Oturum Başkanları: Elif Çomak, Özlem Bağ
14.45-15.15 Konferans: Uydu Sempozyumu biohidrogen ecology organic aqua Oturum Başkanı: Bumin Dündar Suyla Gelen Sağlık: Özgür Pirgon		
15.15-15.45 Kahve Arası	15.15-15.45 Kahve Arası	
15.45-17.00 Panel: Olgularla Sık Görülen Endokrin Sorunlar: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Bumin Dündar, Tolga Ünüvar Erken Puberte: Özlem Sangün Tiroit Fonksiyon Testi Bozuklukları: Hale Ünver Tuhan Sık Görülen Endokrin Aciller: Erdal Eren	15.45-17.00 Panel: Sık Görülen Nörolojik Hastalıklar: İnteraktif Oturum Oturum Başkanları: Semra Hız, Nihal Olgaç Dündar Nöbet mi Değil mi?: Olcay Güngör Hipotonik Bebek: Sevim Türay Ani Gelişen Kas Güçsüzlüğü: Müge Ayanoğlu	16.30-17.30 Sözel Bildiri Oturumu 11 Oturum Başkanları: Hakan Salman, Taner Adıgüzel
	17.00-18.15 Panel: Pediatride Güncellemeler Oturum Başkanları: Nuray Duman, Ercan Mıhçı Çocuklarda Genetik Testler: Kime? Ne Zaman?: Yasemin Kendir Demirkol Yenidoğan ve Süt Çocuğu Sepsislerinde Hemodinamik Destek: Hanifi Soylu	16.30-17.30 Sözel Bildiri Oturumu 12 Oturum Başkanları: Taner Baran, Erdem Durmaz

15 Eylül 2024, Pazar

	SALON B	
	08.30-09.30 Panel: Akılcı İlaç Kullanımı Oturum Başkanı: Eda Karadağ Öncel Akılcı Antibiyotik Kullanımı: Şefika Bozdemir	
	10.00 -10.30 Kahve Arası	
	10.30-12.00 Panel: Pediatric Academic Case Report Seçilmiş Olgu Sunumları Oturum Başkanı: Nagehan Aslan MODY10 Diagnosis in a case Presenting with Diabetic Ketoacidosis: Novel Insulin Gene Varian: Sevim Onguner An Unsual Etiology of Proteinuria and Hematuria in a Case with IgA Vasculitis Nephropathy: Nutcracker Syndrome: Eren Soyaltın A Rare Side Effect of IVIG: Diarrhea: İlke Taşkırdı Gaucher Disease Diagnosed During Adolescence: Selen Güler	

KONUŞMA ÖZETLERİ

,

PARENTERAL BESLENMEDE GÜNCEL UYGULAMALAR

Melek AKAR

SBÜ İzmir Tıp Fakültesi, İzmir Şehir Hastanesi

Prematüre bebeklerden özellikle çok ve aşırı düşük doğum ağırlıklı olanların yeterli beslenememelerinin nörogelişimsel sonuçları olumsuz yönde etkilediği gösterilmiştir. Bu nedenle enteral beslenmenin başarılamadığı durumlarda parenteral beslenme yaşamsal bir acil durumdur.

Total parenteral beslenme (TPN) verilmesi gereken bebekler; gestasyonel haftası <32 hafta olup tam enteral beslenemeyen prematüreler, enteral beslenemeyecek kadar ağır hasta term bebekler, nekrotizan enterokolit, sepsis, kısa bağırsak ve ileus tanısı alanlar, sıvı kısıtlaması gereken kalp hastalığı olan bebekler olarak tanımlanmaktadır.

Total parenteral nutrisyon prematüre bebeklere mümkün olan en erken zamanda başlanmalıdır. Total parenteral beslenmede enerji ve büyüme için yeterli kalori verilmesi hedeflenmelidir. Hipoglisemiyi önlemek ve enerji gereksinimini karşılamak için karbonhidratlar ve lipidlerin birlikte verilmesi gerekir. Büyümeyi sağlamak için yeterli proteinin yanısıra minerallerin, elektrolitlerin, vitaminlerin ve eser elementlerin sağlanması gerekir. Bebeklere verilecek TPN'nin sıvı volümü ve içeriği belirlenirken güncel beslenme rehberleri temel alınmalıdır.

Total parenteral beslenmede bebekler, mekanik sorunlar (kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonları, doku, organ, plevra/perikardiyal boşluklara sızmalar, doku nekrozları, damar ilişkili sorunlar, kateter malpozisyonuna bağlı kardiyak aritmiler), kolestatik karaciğer hasarı, akut metabolik sorunlar (hipo-hiperglisemi, elektrolit dengesizlikleri, metabolik asidoz, azotemi, hiperlipidemi), vitamin, mineral ve element eksiklikleri, osteopeni ve alüminyum toksisitesi gibi komplikasyonlar yönünden takip edilmelidir.

Son yıllarda standart TPN formülasyonlarının da kullanımı artmaktadır. Bu formülasyonların kullanımı daha pratiktir, daha erken başlanma avantajı vardır. Standart formülasyonlarda reçeteleme ve uygulama hatalarının daha az enfeksiyon riskinin olduğu, maliyetin daha az, raf ömrünün daha uzun olduğu bildirilmektedir.

Bireysel ve standart olarak hazırlanmış TPN solüsyonlarının kısa ve uzun dönem avantaj ve dezavantajlarını karşılaştıran geniş çaplı araştırmaların sonuçları, gelecekte yenidoğan yoğun bakım parenteral beslenme pratiğine ışık tutacaktır.

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA ENTERAL BESLENME

Aslıhan ABBASOĞLU

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi

Yenidoğan bebekler yoğun bakım sürecinde birçok çevresel stres faktörü ve sistemik hastalığa maruz kalmakta dolayısıyla yüksek ve değişken besin gereksinimleri karşılanamamaktadır. Prematüre bebekler hayatın ilk günlerinden itibaren katabolizmayı engelleyecek ve uygun büyümeyi sağlayacak şekilde beslenmeye başlanmalı, total parenteral beslenmeye enteral beslenme de eşlik etmelidir. Total enerji ve protein gereksiniminin en az %75'i enteral yolla sağlanınca parenteral beslenme kesilir. Beslenme yöntemi olarak solunum sıkıntısı olan bebeklerde orogastrik tüp takılmasının daha uygun olacağı düşünülmektedir. Aralıklı beslenme daha fizyolojik olduğu için tercih edilirken sürekli besleme gastrointestinal emilim sorunu, intestinal cerrahi ertesi veya transpilorik beslenmede kullanılabilir. Düşük riskli ve gestasyon haftası >32 hafta olan bebeklerde beslenmeye 30-60 ml/kg ile başlanabilir. Ancak riskli ve 2 haftadan küçük bebeklerde minimal enteral beslenme ile beslenmeye başlanır. Bebeğin ve annenin klinik durumu müsaade eder etmez, anne göğsü ile bebek bir an önce buluşturulmalıdır. Major beslenme desteği parenteral sağlanırken minimal enteral beslenme ile gastrointestinal sistemin sindirim-emilim, immünolojik ve nöroendokrin fonksiyonlarının güvenilir bir yolla uyarılması hedeflenmektir.1250 gram altındaki bebeklerin 2 saatte bir, 1250 gramın üzerindeki bebeklerin ise 3 saatte bir beslenmeleri önerilmektedir. Toplam 150-180 ml/kg hedeflenirken 200 ml/kg/gün'den fazla artırılması önerilmektedir. Anne sütünün içeriği özellikle protein, kalsiyum ve fosfor gibi içerikler yönü ile hızla büyüyen prematüre bebeğin taleplerini karşılamak için 1500 gramdan ve 32 haftadan küçük bebeklerde anne sütünün güçlendirilmesi önerilmektedir. Sonuç olarak yenidoğan yoğun bakımda izlenen bebeklerde beslenme nütrisyonel bir acil olup; yetersiz beslenme olumsuz nörogelişim ile sonuçlanırken, hızlı persantil atlayarak büyüme olumsuz metabolik sonuçlara yol açmaktadır.

SENKOP

Ahmet SERT

Selçuk Üniversitesi Tıp Fak. Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD Çocuk Kardiyoloji

Senkop, genellikle kısa süren ve ardından hızlı ve tam bir iyileşmeyle sonuçlanan geçici bir bilinç ve kas tonusu kaybı olarak tanımlanır. Tüm senkop tiplerinde, altta yatan sebep genellikle geçici serebral hipoperfüzyondur. 18 yaşına kadar olan çocukların yaklaşık %15'i en az bir kez bayılma deneyimi yaşamaktadır; bu durum, özellikle adolesan dönemde sık görülmektedir. Çocuk acil kliniklerine başvuruların yaklaşık %1'ini senkop vakaları oluşturmaktadır.

Başlıca senkop tipleri arasında vazovagal, kardiyak, nörolojik ve diğer nedenler yer alırken, en sık görülen türü vazovagal senkoptur. Senkopla başvuran bir hastada, ani ölüm riskinin olup olmadığını değerlendirmek temel bir amaçtır; bu nedenle kardiyak nedenlerin dışlanması gerekmektedir. Detaylı bir anamnez, senkop geçiren çocuklarda en önemli tanı basamağını oluşturmaktadır. Bu bağlamda, ayrıntılı tıbbi öykü, fizik muayene, aile öyküsü ve 12 derivasyonlu EKG tüm pediatrik hastalara uygulanmalıdır. Normal bir EKG, aritmi olasılığını tamamen dışlamasa da, normal EKG'nin, normal fizik muayene sonuçları ve tipik vazovagal senkop öyküsü ile birlikte bulunması kardiyak senkopu dışlamada son derece önemlidir.

Kardiyovasküler senkopu düşündüren anamnez, özgeçmiş, soygeçmiş, fizik muayene ve EKG bulguları dikkate alınmalıdır. Senkop ve nöbet ayırımındaki ipuçlarının bilinmesi, gereksiz tetkiklerin önlenmesine yardımcı olacaktır. Ayrıca, senkop değerlendirmesinde belirli bir akış şemasına göre hareket edilmesi, tanıya hızla ulaşmayı sağlar. Tedavi, altta yatan nedene bağlı olarak belirlenmelidir; bu konuda yayınlanan kılavuzlar yol gösterici olsa da, tedavi planı bireyselleştirilmelidir.

Sonuç olarak, senkop pediatrik yaş grubunda sık görülen bir klinik tablodur. Senkopta ayırıcı tanı genellikle detaylı bir anamnez, fizik muayene ve EKG gibi temel incelemeler aracılığıyla mümkündür. Bu sunumda, çocuklarda senkopa yaklaşım interaktif vaka tartışmaları ile ele alınacaktır.

ÇARPINTISI OLAN ÇOCUK

Osman AKDENİZ

Fırat Üniversitesi

Çarpıntı normalde hissedilmeyen kalp atımlarının hissedilmesi olarak tanımlanır. Kalbin hızlı, güçlü veya düzensiz atması bu hisse neden olabilir. Çocuk acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturması, potansiyel hayatı tehdit etme durumu ve ailelerde ciddi endişelere neden olması nedeniyle bu çocukların hızlı, doğru ve dikkatli değerlendirilmeleri gerekir.

Çarpıntı şikayeti esnasında düşük kardiyak debi bulgularının (göğüs ağrısı, bayılma, hipotansiyon vb) olması, aile öyküsü varlığı, çarpıntının egzersizle ilişkisi, uzun sürmesi ve sık tekrarlaması hikayede öğrenilmesi gereken önemli verilerdir.

Çarpıntısı olan hastanın şikayet anında çekilebilmiş elektrokardiyografisi (EKG) tanı ve tedavide faydalanılan en önemli araçtır. Bu amaçla 12 kanal EKG, holter monitörizasyon, egzersiz testi, olay kaydediciler ve gerektiğinde elektrofizyolojik çalışmalar kullanılmaktadır.

Ateş, anksiyete, ağrı, efor sarfetme, bazı sistemik hastalıklar (kalp yetmezliği, anemi, hipertiroidi, sempatomimetik ilaç kullanımı vb) kalbin hızlı atmasına neden olur. Ancak bu durumda genellikle sinüs taşikardisinden bahsedilir ve bu hastalarda etiyolojik sebebin tedavi edilmesi yeterlidir.

Kalbin normal ileti sistemi dışındaki odaklardan kaynaklanan uyarılarla çalışması uyarının kaynaklandığı yerlere bağlı olarak supraventriküler ve ventriküler aritmilerin oluşumuna neden olur. Supraventriküler taşikardiler(SVT) uzun sürdüğünde hemodinamik bozulmaya neden olabilmektedir. Bu nedenle SVT hızlı tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir aritmidir. Klinik pratikte sinüs taşikardisi SVT ayırımının anamnez ve EKG bulgularıyla yapılması önem arz etmektedir. Ventriküler ekstrasistoller multifokalse, egzersizle artıyorsa, aile öyküsü ve aritminin genetik zemini varsa, üstüste geliyorsa ventriküler taşikardiye zemin hazırlayabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Ventriküler taşikardiler hızla kalp yetmezliğine, ventriküler fibrilasyona ve kardiyak arreste yol açabildiği için tedavide hızlı davranılması gerekir.

ÇOCUKLARDA YEME BOZUKLUKLARI

Hatice BÖLÜKBAŞI

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Yeme bozukluklarına genel bir bakış

Besin tercihleri, hayatın erken döneminde şekillenmeye başlamakta ve bu alışkanlıklar yetişkinlikte devam etmektedir [1]. Çocukluk dönemi; çocukların anne ve babalarından ayrıldığı, bireysel ilişkilerinin ve kararlarının öne çıktığı bir dönemdir. Bu yaş gruplarındaki çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıklarının ve yaşam biçiminin kazandırılması, sağlıklı yiyecek seçiminin öğretilmesi ve alışkanlık haline getirilmesi bireyin tüm yaşamı için önemlidir [2].

Sınıflandırılması

Beslenme ve yeme bozuklukları; farklı etiyolojik faktörlere dayanan, bireyin yaşamında fiziksel, psikolojik ve sosyal problemlere neden olabilen ve tedavi edilmediği takdirde yaşamı tehdit edebilen rahatsızlıklardır [3]. Çocukluk çağı, sağlıklı beslenme alışkanlıklarının geliştirilmesinde önemli bir dönem olup, bu dönemde beslenme sorunları yaygın olarak görülmektedir [1]. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı 5. baskısında tanı kriterlerine göre yeme bozuklukları; pika, geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu, kısıtlayıcı besin alımı bozukluğu, anoreksiya nervoza, bulimiya nervoza ve tıkanırcasına yeme bozukluğu olarak sınıflandırılmaktadır [4].

Pika: İki yaşından sonra gelişen, en az bir ay boyunca gıda dışı ve besleyici olmayan maddelerin yutulmasıyla karakterize bir yeme bozukluğudur. Çocukluk döneminde görülen pika ile ergenlik dönemindeki bulimiya nervoza arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmiştir. Çocukların gelişimsel özellikleri sonucu 12-24 aylarda nesneleri tanıma amaçlı sıklıkla ağızlarına götürebilmektedir. İki yaştan sonra burum devam ediyorsa çocuğun yeme bozukluğu açısından mutlaka değerlendirilmesi önerilmektedir [5].

Geri çıkarma (ruminasyon) bozukluğu: **En az bir ay süre** ile tiksinme, bulantı, kusma ve/veya herhangi bir sağlık problemine bağlı olmaksızın mide içeriğinin tekrarlayıcı ve istemli bir şekilde ağza getirilmesi ve yeniden çiğnenmesi davranışı olarak tanımlanmıştır. Tanı için söz konusu durum her gün ya da haftada birkaç kez olması gereklidir. Beslenme yetersizliği, vücut ağırlığı kaybı, elektrolit bozuklukları, diş hasarları ve özofajit gibi komplikasyonlara neden olabilmektedir [6].

Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu (KKYAB): Yeme bozukluğu olan çocukların en fazla hekime başvurma nedeni seçici yeme ve az yeme şeklinde olmaktadır. Seçici yeme davranışı, belli besin gruplarını reddetmek ve yeni besinleri denemeye karşı isteksiz olmaktır. Son zamanlarda yaygın olarak görülmesine rağmen, seçici yemenin tanısı ve değerlendirme yöntemi konusunda görüş birliği bulunmamaktadır. Bu nedenle, literatürde seçici yeme prevalansında farklılıklar görülmektedir [7].

Çocuklar için besin tüketimi gelişimsel bir basamaktır. Çocuk ilk bağımsızlığını yemek seçerek veya yemeği reddederek dile getirir. Bu davranış yaşamın ilk yılının sonunda başlayarak 18-24 ay arasında zirve yapmakta ve çocuklara yeni besinlerin tekrar tekrar verilmesi (>10 defa) ile ortadan kalkmaktadır. Aşırı seçicilik durumu ise beslenme bozukluğu denebilecek kadar ağır bir durumu ifade etmektedir. Bu çocukların besin tüketimleri 10-15 veya daha az besin ile sınırlıdır. Çocuğun değerlendirilmesi ve izlenmesi önerilmektedir [1, 8].

Anoreksiya Nervoza (AN): Belirgin bir biçimde düşük bir vücut ağırlığı, sürekli olarak kilo almayı güçleştiren davranışlarda bulunma, kendini değerlendirirken vücut ağırlığı ve biçimine yersiz bir önem yüklemesi ya da o sıradaki düşük vücut ağırlığının önemini kavrayamama şeklinde tanımlanmaktadır. Çocuk ve ergenlerde yaşa göre BKİ değerinin 5. persentilin altında olması ile karakterize bir bozukluktur. Normal vücut ağırlığına ulaşmayı engelleyici, enerji alımını düşürmeyi hedefleyen davranışlar (kısıtlı miktarda beslenme, kendini kusturma, laksatiflerin kötüye kullanımı) ile enerji harcamasını arttırmayı hedefleyen davranışlar (örn. aşırı egzersiz) eşlik etmektedir [9, 10].

Bulimiya Nervoza (AN): Kısa sürede, çok miktarda yiyeceğin tüketilmesi ve yemek yerken kontrol eksikliği hissi ile karakterize edilir. Tanı için tıkınırcasına yeme atağı ve tamamlayıcı davranışın üç ay boyunca haftada en az iki kez görülmesi gerekmektedir. Kendi kendini kusturma, laksatif ve diüretikleri kullanma, uzun süreli açlık periyodları ya da aşırı egzersiz yapma, iştah kesici ilaçlar kullanma gibi telafi edici davranışlar görülmektedir [11].

Tıkınırcasına Yeme Bozukluğu (TYB): Çocukların ihtiyacı olandan fazlasını tüketmesiyle başlamaktadır. Tıkınırcasına yeme bozukluğu, yeme davranışı üzerinde kontrol kaybının hissedildiği, tekrarlayan aşırı yeme dönemleriyle kendini gösteren ve kişinin tıkınırcasına yeme nöbetlerinin yol açabileceği etkileri giderebilmek için birtakım yöntemlere başvurmadığı bir yeme bozukluğudur [12].

Epidemiyolojisi

Beslenme ve yeme sorunları; sağlıklı gelişim gösteren çocuklarda %25, gelişim geriliği gösteren çocuklarda ise yaklaşık %35 oranında görülmektedir. Erken dönem yeme reddi gösteren çocukların %70'inde okul çağında da bu sorunun devam ettiği çocukluk döneminde beslenme bozukluğu gösterenlerin ergenlikte de yeme bozukluğu belirtileri gösterdikleri bildirilmiştir [13]. Güncel bir çalışmada 13-18 yaş aralığındaki kız adölesanlarda yeme bozuklukları yaygınlığı 2017 yılında 120/100.000'den 2022 yılında 916/100.000'ya çıktığı belirmektedir [14].

Adölesan bireylerde klinik olarak önemli görülen yeme bozukluklarının görülme sıklığı yaklaşık %13'tür [15]. Günümüzde anoreksiya nervozanın 15-19 yaş arasındaki ergen kızlarda görülme sıklığı yaklaşık 200'de 1'dir [9]. Bulimiya nervozanın görülme sıklığı %0,9 -3 arasındadır [16]. Kaçıngan/Kısıtlı Yiyecek Alımı Bozukluğu nispeten yeni tanımlanan bir durum olmakla birlikte 3-11 yaş grubunda görülme sıklığı %13 ile %22 arasında değişmektedir [7].

Tedavi Yaklaşımları

Çocukluk çağında görülen yeme bozuklukları çocukların yaşamlarını birçok açıdan olumsuz etkilemekte ve komplikasyonlara yol açabilmektedirler [17]. Yeme bozukluklarının çocuklarda büyüme geriliği ve malnütrisyonla sonuçlanması en istenmeyen durumdur [18]. Bu yüzden erken dönemde tanı ve tedavi büyük önem taşımaktadır [17]. Pediatrik beslenme bozukluğunun tedavisi dört temel tedavi prensibini içermektedir (Tablo 1). Öncelikle aspirasyon, disfaji, kusma ve ishal gibi tehlike işaretlerinin belirlenmesi; zayıf duruş kontrolü, anormal kas tonusu gibi oral motor disfonksiyonunun belirtilerinin değerlendirilmesi; büyüme geriliğini gidermek için enerji alımının artırılması, besin ögesi eksikliklerinin giderilmesi; besinlerin sistematik bir şekilde sunulması, bireyin kendi kendine beslenmeye teşvik edilmesi önem taşımaktadır [19].

Tablo 1. Pediatrik beslenme bozukluğunun tedavisi

Tehlike İşaretlerini Belirleyin	**Oral Motor Disfonksiyonunun Belirtilerini Değerlendirin**	**Besin Alımını Stabilize Edin**	**Temel Beslenme Kurallarını Gözden Geçirin**
Aspirasyon Disfaji Beslenmeyle ağrı Kusma ve ishal Gelişimsel gecikme Respiratuar semptomlar Büyüme geriliği Besin eksiklikleri	Aşırı salya akması Zayıf duruş kontrolü Anormal kas tonusu Aşırı öğürme veya boğulma Farklı dokudaki besinleri yutmada başarısızlık Ağızdaki yiyecek veya sıvıyı yönetmede zorluk	Büyüme geriliğini gidermek için enerji alımının artırılması Sınırlı diyet çeşitliliği için çoklu besin takviyesi Eksiklik için tek besin takviyesi	Yemek zamanında dikkat dağıtıcı şeylerden kaçının Besleme sırasında tarafsız bir tavır takının Öğün süresini sınırlayın Günde 4-6 öğün/atıştırmalık verin ve aralarda su verin Yaşa uygun yiyecekler servis edin Sistematik olarak yeni yiyecekler sunun (8-15 kez) Kendi kendine beslenme teşvik edin

Kaynak: Milano, K;Chatoor, I.; Kerzner, B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. Curr. Gastroenterol. Rep. 2019, 21, 51

Yeme bozukluklarının beslenme tedavisinde; sağlıklı bir beden ağırlığı elde etmek, anormal yeme davranışlarını kontrol altına almak, sağlıksız bilişsel şemaların yerine dengeli bir bilişsel şema oluşturmak ve eşlik eden hastalıkları tedavi etmek amaçlanmaktadır [20]. Çocukluk çağı yeme bozukluklarını değerlendirirken neden olabilecek tüm etmenler bir arada değerlendirilmelidir. Beslenmeyle ilgili sorunları taramak ve değerlendirmek için temel anahtar sorular belirlenmiştir [21]. Bunlar Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2. Beslenmeyle ilgili sorunları taramak ve değerlendirmek için temel anahtar sorular

Anahtar sorular
Çocuğunuzda beslenmeyle ilgili herhangi bir sorunu var mı?
Beslenme sorunu yemek sırasında nasıl ortaya çıkıyor?
Çocuğun oral alımını etkileyen herhangi bir hastalığı var mı?
Çocuğun büyümesi ve gelişimi engellenmiş ve geri kalmış mı?
Çocuğun yemeğe tepkisi ve yemek sırasında bakıcı ile çocuk arasındaki etkileşimi nasıl?
Çocuk yemek yemeyi reddettiğinde bakıcının tepkisi nasıl?
Çocuğun oral alımını etkileyen ailede önemli stres faktörleri var mı?
Beslenme geçmişine dair sorular
Çocuk ne zaman yiyor? Nerede? Kiminle?
Çocuk nasıl yiyor? İyi bir iştahla kendi kendine besleniyor mu?
Yemek zamanı yemek yemeyi bozan televizyon izleme, oyunlar ve oyuncaklar gibi dikkat dağıtıcı şeyler var mı?
Çocuk ve bakıcı arasında herhangi bir beslenme mücadelesi var mı?
Çocuk yemek zamanı seçici yeme eğilimi gösteriyor mu?
Çocuk yemek zamanı beslenme korkusu veya depresif ruh hali gösteriyor mu?
Diyet öyküsü ile ilgili sorular
Çocuk ne ve ne sıklıkla yiyor? (24 saatlik bir hatırlama kaydı kullanın)
Yiyecek ve/veya enteral ürün/bebek formülü miktarı ne kadar?
Çocuğunuz için yiyecekleri nasıl hazırlıyorsunuz?
Süt, meyve suyu, soda ve su gibi aşırı içecek tüketimi var mı?
Çocuk belirli tatlara, dokulara, kokulara veya görünümlere sahip hangi yiyecekleri yemeyi reddediyor?
Çocuk öğünler arasında ne ve ne sıklıkla atıştırmalık yiyor?

Kaynak: Yang, H. R. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean journal of pediatrics*, *60*(12), 379.

Beslenme desteği; bir çocuğun risk altında olduğu an belirlenir belirlenmez başlatılmalı; dengeli ve sağlıklı bir diyet oluşturmayı hedeflemelidir. Beslenme desteği yöntemleri arasında oral besin alımı, besinin enerji yoğunluğunun artırılması, enteral beslenme ve parenteral beslenme yer alır. Yeterli enerji ve besinleri güvenli bir şekilde tüketebilen hastalar için ilk adım olarak oral besin alımı önerilir [22]. Çocuklar için beslenme tedavisi, kademeli artış prensibine dayanmaktadır. Tipik olarak, enerji alımı günde 1.000-1.200 kkalori ile başlar ve günde 50-150 kkalori artırılır. Bazen, vücudun katabolik durumunu tersine çevirmek ve anabolik bir duruma taşımak için günde 3.000-4.000 kkalorilik yüksek bir seviyeye çıkarmak gerekir. Çocuk sağlıklı bir vücut ağırlığına ulaştığında, korumak için enerji alımı kademeli olarak azaltılır. Enerji alımını iyileştirmenin yanı sıra, yeterli protein ve yağ alımının sağlanması önemlidir [22].

Pediatrik yeme bozukluklarının tedavisi konusundaki çalışmalar sonucunda iki ortak görüşe varılmıştır. İlki, yeme bozukluklarının tedavisinde davranışsal tekniklerin etkili olduğudur. İkincisi ise ciddi ve kompleks olgularda en uygun tedavi sonuçlarının sağlanması için multidisipliner yaklaşımın gerekliliğidir [23]. Kanada Yeme Bozuklukları olan çocuklar ve ergenler için uygulama kılavuzunda; Aile Temelli Terapi (FBT); Anoreksiya Nervoza veya Bulimia Nervoza tanısı olanlar için en iyi tedavi yaklaşımı olduğu kabul edilmektedir [24]. Aile temelli yaklaşımlar, ergenlerde yeme bozukluklarını anlamak, önlemek ve ele almak için çok önemlidir. Aile dinamiklerinin incelenmesi ve ailelerin tedavi sürecine aktif olarak dahil edilmesinin, iyileşme oranlarını önemli ölçüde artırabileceği ve nüksetmelerin oluşumunu azaltabileceği belirtilmektedir [25].

Sonuç ve öneriler

Yeme bozukluklarının değerlendirilmesinde bu alanda çalışan disiplinlerin iş birliğini gerektirir. Multidisipliner yaklaşım, ailenin tedaviye uyumu, iş birliği ve sorunun yönetimi başarıyı arttıracaktır [26]. Beslenme sorunlarının, yaşamın herhangi bir aşamasında beslenme bozukluklarına neden olabileceği unutulmamalıdır. Bu nedenle, çocuk sağlığı izlemleri kapsamında çocuğun büyüme ve gelişmesi değerlendirilirken, beslenme sorunlarının tespit edilmesi ve önlenmesi önemlidir. Potansiyel bir beslenme sorunu varlığında; besin tüketimi, beslenme sorununu düşündüren işaretler, organik veya davranışsal bulgular bir arada değerlendirilmelidir.

Kaynaklar

1. Kermen, S., & Aktaç, Ş. (2018). Çocuklarda seçici yeme ve risk faktörleri. *Güncel Pediatri*, *16*(3), 85-102.
2. Keskindemirci, G., Özbay, Ş., & Gökçay, E. (2020). Okul Çocuğu ve Ergenlerde Beslenme. Çocuk Beslenmesi, 47-51.
3. Kurt, E., & Örün, E. (2016). Yeme bozukluğu olan çocuğa yaklaşım. *Güncel Pediatri*, *14*(3), 129-135.
4. American Psychiatric Association (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association: 329-354.
5. TUNÇ, P. (2020). Bebek ve Çocuklarda Beslenme/Yeme Bozukluklarının Sınıflandırılması ve Tedavi Yaklaşımları. *Turkiye Klinikleri Child Psychiatry-Special Topics*, *6*(1), 18-25.
6. Şimşek, M. H. (2022). Yeme ve Beslenme Bozuklukları. *Sağlık & Bilim 2022: Beslenme-2*, 23.
7. Di Cara, M., Rizzo, C., Corallo, F., Cardile, D., Calabrò, R. S., Quartarone, A., ... & Cucinotta, F. (2023). Avoidant Restrictive Food Intake Disorder: A Narrative review of types and characteristics of therapeutic interventions. *Children*, *10*(8), 1297.
8. Akkaya, E.N. & Akdağ Aycibin, S.F. (2023), Çocuk ve Gelişim Dergisi, 6 (12), 62-77.
9. Kohn, M., & Golden, N. H. (2001). Eating disorders in children and adolescents: epidemiology, diagnosis and treatment. *Paediatric Drugs*, *3*, 91-99.
10. Tunçtürk M, Tanıdır C (2020). Ergenlerde anoreksiya nervoza. Çöpür M, editör. Çocuk ve Ergenlerde Yeme Bozuklukları. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; p.26-32.
11. Nishonova, D. V. (2024). Chronic Eating Disorders In Children. *International Journal Of Medical Sciences*, *4*(06), 141-143.
12. Turan, Ş., Poyraz, C. A., & Özdemir, A. (2015). Tıkınırcasına yeme bozukluğu. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *7*(4), 419-435.
13. Chatoor, I. (2004). Feeding and eating disorders of infancy and early childhood. *Wiener, Jerry M.*
14. Lin, B. Y., Moog, D., Xie, H., Sun, C. F., Deng, W. Y., McDaid, E., ... & Xu, K. Y. (2024). Increasing prevalence of eating disorders in female adolescents compared with children and young adults: an analysis of real-time administrative data. *General Psychiatry*, *37*(4).
15. Mairs R, Nicholls D. Arch Dis Child 2016;101:1168–1175. doi:10.1136/archdischild-2015-309481.
16. Campbell, K., & Peebles, R. (2014). Eating disorders in children and adolescents: state of the art review. *Pediatrics*, *134*(3), 582-592.
17. Kayaalp, M. L., & Karaçetin, G. (2008). Çocukluk Obezitesi ile Çocuklardaki Diğer Yeme Bozuklukları. *Turkiye Klinikleri Psychiatry-Special Topics*, *1*(1), 32-44.

18. Şar, A. (2023). Çocuklarda Beslenme ve Dışa Atım Bozukluklarına Yaklaşım. *Turkiye Klinikleri Psychology-Special Topics*, *8*(2), 62-68.
19. Milano, K.; Chatoor, I.; Kerzner, B. A Functional Approach to Feeding Difficulties in Children. *Curr. Gastroenterol. Rep*. 2019, 21, 51
20. Kudret, M., & Demir, G. (2022). Ergenlerde görülen yeme bozuklukları, nedenleri ve tedavi yaklaşımları. *Sağlık & Bilim* 2022: Beslenme-2, 77.
21. Yang, H. R. (2017). How to approach feeding difficulties in young children. *Korean journal of pediatrics*, *60*(12), 379.
22. Dharmaraj, R., Elmaoued, R., Alkhouri, R., Vohra, P., & Castillo, R. O. (2023). Evaluation and management of pediatric feeding disorder. *Gastrointestinal Disorders,* 5(1), 75-86.
23. Kurt, E., & Örün, E. (2016). Yeme bozukluğu olan çocuğa yaklaşım. *Güncel Pediatri,* 14(3), 129-135.
24. Couturier, J., Isserlin, L., Norris, M., Spettigue, W., Brouwers, M., Kimber, M., ... & Pilon, D. (2020). Canadian practice guidelines for the treatment of children and adolescents with eating disorders. *Journal of eating disorders,* 8, 1-80.
25. Gkintoni, E.K., E.; Vassilopoulos, S.P.; Mousi, M. (2024). Clinical Intervention Strategies and Family Dynamics in Adolescent Eating Disorders: A Scoping Review for Enhancing Early Detection and Outcomes. *J. Clin. Med*, 13, 4084.
26. Çaka, S. Y., Çınar, N., & Altınkaynak, S. (2018). Adolesanda yeme bozuklukları. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *7*(1), 203-209.

ANTİOKSİDANLARIN BESLENMEDE ROLÜ

Sercan ÖZBEK YAZICI

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Beslenme ve Diyetetik Bölümü

Sağlığın korunması, geliştirilmesi ve kronik hastalıkların önlenmesinde oksidan-antioksidan dengesi çok önemlidir ve beslenme bu dengeyi etkileyen en önemli faktörlerden biridir. Oksidatif stres, oksidanlar ve antioksidanlar arasında oksidanlar lehine bir dengesizlik durumu olarak tanımlanır. Oksidatif strese neden olan serbest radikallerin oluşumu çevresel hasarın (toksik kimyasallar, hava kirleticileri, vb.) sonucu olduğu gibi patojenlere ve anormal hücrelere karşı savunma tepkisinin bir parçası veya metabolizma ve solunumun bir yan ürünü olabilen normal bir fizyolojik süreçtir. Ancak, belirli seviyeleri aştığında serbest radikallerin kanser, nörodejeneratif, kardiyovasküler, diyabet ve böbrek hastalıkları gibi birçok hastalığın patogenezinde rol oynadığı bilinmektedir. Benzer şekilde pediatrik yaş grubunda astım, kistik fibroz, juvenil romatoid artrit, kolestatik karaciğer hastalıkları ve kwashiorkor gibi hastalıklar oksidatif stresle ilişkilendirilmiştir. Antioksidanlar organizmayı serbest radikallerin zararlı etkilerine karşı koruyan, oksidatif stresi azaltan veya onaran sistemdir. Besinlerle alınan A, E veya C gibi vitaminler; çinko veya selenyum gibi mineraller ve polifenoller gibi belirli fitokimyasal bileşikler doğal antioksidanlardır. Polifenoller ve vitaminler gibi antioksidanların günlük optimal alımının kronik hastalıkların önlenmesinde ve ilerlemesini yavaşlatılmasında etkili olduğunu gösteren epidemiyolojik çalışmalar vardır. Bununla birlikte diyet antioksidanlarının daha yüksek alımının yetişkinler ve çocuklarda daha iyi akciğer fonksiyonu ile ilişkili olabileceği ileri sürülmüştür. Polifenollerin, çocuklarda inflamatuar bağırsak hastalığında semptomları iyileştirmede ve inflamatuar yanıtı düzenlemede etkili olabilecekleri gösterilmiştir. Bu nedenle doğal antioksidan içeren besinlerin tüketilmesinin antioksidan ihtiyacın karşılaması ve oksidatif strese ve buna bağlı hastalıklara karşı bir önlem olması bakımından önemli olduğu görülmektedir.

Anahtar kelimeler: Antioksidanlar, Beslenme, Oksidatif Stres, Pediatri

ÇOCUK ACİL SERVİSTE SEPSİSİ NASIL TANIYALIM?

Gamze GÖKALP

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD
İzmir Şehir Hastanesi

Sepsis şiddetli enfeksiyonu karmaşıklaştıran, SIRS' a yol açan, bağışıklık düzensizliği yapan, mikro/makro dolaşım bozuklukları yapan, uç organ disfonksiyonu oluşturan bir klinik sendromdur. Orijinal hasardan daha çok uzak dokularda, vazodilatasyon, artmış mikro damar geçirgenliği, lökosit birikimi nedeniyle ortaya çıkar. Her ne kadar inflamasyon temel bir konak yanıtı olsa da, sepsisin başlangıcı ve ilerlemesi, genellikle hem proinflamatuar hem de antiinflamatuar medyatörlerde artışla birlikte normal yanıtın "düzensizliği" üzerine odaklanır. Kanıtlar, bazı hastalarda edinilmiş bağışıklık baskılanması veya immüno-paralizi durumunu destekler ve bu durum ilk proinflamatuar yanıtla aynı anda veya sonrasında ortaya çıkabilir. Sepsis'te çoklu organ yetmezliğinden ve olumsuz sonuçlardan genellikle birincil enfeksiyöz mikroorganizmadan ziyade bu düzensiz konak yanıtı sorumludur. Enfeksiyon, herhangi bir patojenin neden olduğu şüpheli veya kanıtlanmış enfeksiyon olarak tanımlanır. Enfeksiyonlar pozitif kültür, doku boyama, PCR veya diğer tanı testleri ile kanıtlanabilir. Tanım ayrıca, hemodinamik instabilitesi olan bir çocukta peteşi ve purpura veya göğüs radyografisinde lökositoz ve pulmoner infiltratları olan bir hastada ateş, öksürük ve hipoksemi gibi yüksek enfeksiyon olasılığıyla ilişkili klinik sendromları da içerir. Etyolojide solunum yolu enfeksiyonları, kan yoluyla gelen enfeksiyonlar sorumludur. Bu hastalıkların çoğu aşı ile önlenebilir patojenlerdir. Sepsis, bakteriyel, viral, fungal, parazitik ve riketsiyal enfeksiyonlardan kaynaklanabilir. Bakteriler en sık tanımlanan patojenlerdir. 1960'tan bu yana, şiddetli sepsis kaynaklı ölüm oranı, %97'den yaklaşık %4-%10'a ve septik şoka bağlı ölüm oranı ise %13 -%34'e düşmüştür.

ACİLDE SEPSİS YÖNETİMİ

Yüksel BICILIOĞLU

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Sepsis halen dünyada önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Sepsis şüphesi olan veya septik şok bulguları olan hasta çocuk acilde hızlı bir şekilde tanınmalı ve yönetim basamakları en kısa sürede başlatılmalıdır.

Sepsis: Enfeksiyonu olan ancak klinik şok kanıtı olmayan çocuklar için, hızlı bir tanısal değerlendirme yapılmalıdır. Enfeksiyondan ilk şüphelenildiği andan itibaren en geç **üç saat** içinde sepsis yönetim adımları gerçekleştirilmelidir.

Septik şok: Anormal perfüzyon veya hipotansiyonun klinik olarak tanındığı ve laboratuvar testlerine gerek kalmadan tipik olarak açıkça görüldüğü septik şoklu çocuklar için, sepsis yönetim adımları **bir saat** içinde gerçekleştirilmelidir.

Yönetim basamakları:

- İntravenöz (IV)/intraosseöz (IO) erişim sağlayın.
- Kan kültürünü alın (mümkünse antibiyotik verilmeden önce)
- Geniş spektrumlu, ampirik antimikrobiyal tedaviye başlayın
- Kan laktatını ölçün
- Şok mevcutsa 10-20 ml/kg sıvı bolusunu uygulayın ve hastanın durumuna ve yanıtına bağlı olarak daha fazla sıvı verin
- 40-60 ml/kg sonrasında şok devam ederse (veya aşırı sıvı yüklenmesi belirtileri gelişirse veya miyokardiyal fonksiyon bozukluğu mevcutsa daha erken) vazoaktif ajanlara başlanmalı

Sıvı tedavisi ve vazoaktif tedavi devam ederken yakın hemodinamik izlem son derece kritiktir. Sıvı tedavisi sonrası hastalarda takip edilmesi gereken parametreler ve hedefler şu şekildedir:

- ✓ Kan basıncı: Normotansif değerler
- ✓ Kalp hızı: Yaşa göre normal sınırlar
- ✓ Kapiller dolum süresi: 2 saniyenin altı
- ✓ İdrar çıkışı: En az 1 ml/kg/saat
- ✓ Laktat düzeyleri: Azalan veya normal aralıklar

Sıvı resüsitasyonu, dengeli kristaloid çözeltiler kullanılarak yapılmalıdır. Hastada anormal perfüzyon belirtileri devam ederse veya sıvı yüklenmesi gelişirse vazoaktif infüzyonlara başlamak gerekir. Miyokardiyal fonksiyon bozukluğu mevcutsa adrenalin, düşük sistemik vasküler direnç veya vazodilatasyon varlığında noradrenalin tercih edilmelidir.

SIK TEKRARLAYAN TONSİLLİT: PFAPA MI? GAS MI?

Emine Y. ERTÜRK

Ordu Üniversitesi Eğitim. ve Araştırma. Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

3,5 yaş erkek, 3 gündür devam eden yüksek ateş, boğaz ağrısı şikayetleri ile doktora götürülmüş, tonsillit tanısıyla oral amoksisilin-klavulanik asit tedavisi başlanmış, ancak uygulanan tedaviye rağmen şikayetleri devam edince bize başvurmuştu. Fizik muayenesinde genel durumu iyi, VI: 39.2°C, KTA: 140/dk., TA: 90/55 mm-Hg, VA: 15 kg (%25p) boy: 97 cm (%25p) idi. Tonsiller bilateral hiperemik ve hipertrofik, üzerinde gri-beyaz eksüda, sol servikal bölgede 2x1 cm boyutunda ağrılı, mobil LAP mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar incelemesinde Hb: 12.1 g/dL, BK: 17400/mm3 (%76 nötrofil, %20 lenfosit, %4 monosit), trombosit: 345000/mm3, ESR: 60 mm/saat (0-20), CRP: 19.5 mg/L (0-5), ASO: 180 IU/L, TİT, AC grafisi normaldi. Boyun USG: Her iki juguler zincirde ve submandibulerde, en büyüğü sol mandibulerde 25x15 mm boyutlu, santralinde ekojen hilus içeren reaktif görünümlü multiple lenfadenopatiler mevcut şeklinde raporlandı. Boğaz kültürü, idrar kültürü, viral panel (EBV, CMV….) gönderilen hasta takibe alındı. Anamnez derinleştirildiğinde; son 8-10 aydır yaklaşık olarak ayda bir kez tekrarlayan ateş, boğaz ağrısı bazen de ağızda yara şikayetlerinin olduğu, her seferinde gittikleri doktorlar tarafından tonsillit tanısıyla antibiyotik yazıldığı buna rağman şikayetlerinin 1 hafta kadar sürdüğü, bu dönemler dışında sağlıklı ve iyi olduğu öğrenildi. Tekrarlayan tonsillit yılda en az 7 kez veya 2 ardışık yıl boyunca yılda en az 5 veya 3 ardışık yıl boyunca yılda en az 3 akut tonsillit atağı geçirmek olarak tanımlanır.

Akut tonsillofarenjit: Çocukluk çağının en sık görülen hastalıklarından biri olup solunum yolu enfeksiyonlarının yaklaşık üçte birini oluşturur. Akut tonsillofarenjit < 15 yaş altı çocuklarda yılda 6 milyondan fazla, 15-24 yaş arasında 1,8 milyon hekim ziyaretine neden olur. ABD'de ayaktan başvuruların %1,3'ünü oluşturur. Damlacık yoluyla bulaşır, yiyecek veya sular yoluyla bulaşan salgınlar da tanımlanmıştır. Fomitler enfeksiyon kaynağı olarak önemli bir rol oynamaz. Çoğunlukla viral veya bakteriyel bir enfeksiyonun sonucudur. Virüsler (en sık) etken olup, rinovirüs (%20), coronavirüs (≥%5), adenovirüs (%5), HSV tip1-2 (%4), influenza (%2), parainfluenza (%2), coxsackie A (<%1), EBV (<%1), CMV (<%1) etken olan virüslerdir. Bakteriler içinde en sık etken Streptococcus pyogenes / GAS (%15-30) olup, C ve G grubu beta hemolitik strept. (%5), anaeroblar (<%1),Fusobakterium necrophorum (<%1), Arcanobakterium haemolyticum (<%1), Neisseria gonorrhoeae (<%1), Corynebacterium difteri (<%1), Yersinia enterokolitika (<%1), Mikoplazma pnömonisi (<%1), Chlamydophila pneumoniae (<%1), Chlamydophila psittaci (<1) diğer bakteriyel etkenlerdir. Dünya çapında her yıl 600 milyon semptomatik GAS vakası teşhis edilmekte, bu hastaların yaklaşık 10'da biri (%12) tekrarlayan akut tonsillit geliştirmektedir. GAS tonsilliti en sık 5-15 yaş arası çocuklarda görülür, yaş küçüldükçe görülme sıklığı azalır.2-3 yaş arası %5-10, < 2 yaş %3-7 oranında görülür. Ani başlayan boğaz ağrısı, ateş, yutma güçlüğü, faringotonsiller eritem-eksuda, ciltte skarlatiniform döküntü, yumuşak damakta peteşiler, baş ağrısı, bulantı-kusma, karın ağrısı, ağrılı ön servikal LAP GAS tonsillofarenjitinin kliniğini oluşturur. Tanıda tam kan sayımı, periferik yayma, CRP nonspesifiktir, HATT yapılabilir, boğaz kültürü altın standarttır. Anti-streptokok antikor titreleri önerilmez (ASO, Anti-DNAse B) tanı için kullanılmaz, akut enfeksiyonu göstermez. Bazı durumlarda skorlama sistemlerinden (Centor, McIsaac, Feverpain) yararlanılabilir. Tedavide birinci seçenek halen oral veya depo penislindir.

Bizim olgumuza 8-10 aydır ayda 1 kez tekrarlayan ateş, boğaz ağrısı, bazen de ağızda yara şikayetleri olması, verilen antibiyotik tedavisine yanıt vermeme öyküsü nedeni ile PFAPA sendromu ön tanısı ile 1mg/kg metil prednisolon oral yolla verildi, 7 saat sonra ateşleri düştü, 24 saat sonraki kontrolünde de bulgularının gerilediği görüldü. İdrar ve boğaz kültüründe üreme olmayan hastanın, İmmunglobulinleri yaşına göre normal sınırlarda, viral serolojisi de normaldi.

PFAPA (periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenopati) sendromu: İlk olarak Marshall ve ark. tarafından 1987 yılında periyodik ateş sendromu olarak tanımlanmış daha sonra PFAPA sendromu (periyodik ateş, aftöz stomatit, farenjit ve adenit) olarak adlandırılmıştır. Çocuklarda en sık görülen periyodik ateş durumudur. Etiyolojisi bilinmemekte, kesin insidans belirsizdir (Norveç- 10.000 çocukta 2,3). Tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonları, otoinflamatuar hastalıklar veya siklik nötropeni ile kolayca karıştırılabilir. Vakaların büyük çoğunluğu (%90) 5 yaşına kadar ortaya çıkar, erkeklerde görülme sıklığı hafif yüksektir (%55-65). Ateş, halsizlik, titreme, aftöz stomatit, farenjit, baş ağrısı ve hassas servikal adenopati ile karakterize, 4-6 haftalık aralıklarla ortaya çıkan ve 4-5 gün içinde kendiliğinden düzelen ataklarla karakterizedir. Yıllar içinde ataklar daha az düzenli hale gelebilir ve ataklar arasındaki süre uzayabilir. En sık görülen semptom ateş olup, eritematöz veya eksüdatif farenjit (%90), servikal adenit (%53-94, genellikle ön servikal zincirde bilateral 2-3 cm boyutunda, aftöz ülserler (%50, 1 cm boyutunda), hafif karın ağrısı, kas ağrıları, baş ağrısı ve mide bulantısı görülebilir. Tanıyı doğrulayıcı kesin bir laboratuvar veya genetik test yoktur, büyük ölçüde klinik özelliklere dayanır:

- Hasta özellikleri (Tüm kriterlerin karşılanması gerekmektedir)
  - ✓ 3–7 gün ateş (her atak için 3 gün boyunca en az 39 °C ateş)
  - ✓ ≥ 6 düzenli olarak meydana gelen atak
- Periyodikliğin tanımı:
  - ✓ Ateş döngüsü 2-4 hafta ise, 1 haftalık değişkenliğe izin verilir. Ateş döngüsü 5-8 hafta ise, 2 haftalık değişkenliğe izin verilir.
  - ✓ Eşlik eden farenjit olmalıdır. Farenjit yoksa, hastada hem aftöz stomatit hem de servikal adenopati bulunmalıdır.
- Normal büyüme ve gelişme
- Steroid duyarlı
  - ✓ Steroid yanıtının tanımı - Tek dozda veya 2 doza bölünerek verilen maksimum 2 mg/kg (maksimum 60 mg) steroid dozundan sonra ateş 24 saat içinde düşerse hasta steroide yanıt veriyor olarak kabul edilir.
- Dışlanması gerekenler: Otoimmün/otoinflamatuvar hastalıklar, immün yetmezlik (siklik nötropeni), malignite, enfeksiyon.

PFAOA tedavisinde 4 kollu bir yaklaşım önerilir; antipiretikler, temel tedavi olan sistemik steroid, profilaksi için simetidin veya kolşisin ve de adeno±tonsillektomi. Sonuç olarak PFAPA sendromu bir dışlama tanısıdır. Negatif kültürler, ailede hasta-temas öyküsünün, öksürük, burun akıntısı gibi üst solunum yolu enfeksiyonu semptomlarının olmaması, antibiyotiklere yanıtsızlık, kortikosteroide dramatik yanıt alınması gibi temel özelliklerin bilinmesi ve ateş ataklarının dikkatlice izlenmesi tanının kaçırılmamasını sağlayacaktır.

DECISION-MAKING IN PEDIATRIC INTENSIVE CARE

Lorena SÁNCHEZ-RUBIO

Universidad del Tolima- Colombia- South America
https://orcid.org/0000-0001-8728-7283

In recent decades, pediatric intensive care has emerged as a critical domain of healthcare provision at the hospital level. Decision-making stands out among the pivotal aspects during a child's hospitalization in a Pediatric Intensive Care Unit (PICU).

Parents are not just bystanders in the process of pediatric intensive care decision-making. They play a pivotal role, advocating for their hospitalized child and influencing the well-being of both themselves and healthcare professionals. Their integral contribution is now being recognized and promoted by numerous pediatric and academic organizations, aligning with the contemporary ideal of shared decision-making.

To achieve this goal, we delved into the concept of parental participation in decision-making for children admitted to PICUs. Following the method developed by Walker and Avant, a widely used approach in nursing research, our analysis underscores the importance of clear conceptual frameworks that bridge theory, research, and practice for the discipline's knowledge advancement.

Nursing acknowledges the intricate nature of pediatric intensive care, where the ICU environment significantly impacts the child's family. The unfamiliar ICU setting, and the critical condition of the child disrupt parental functionality, affecting their parenting role.

Communication barriers and limited access to information make this challenge even more difficult. However, from their privileged position of patient caring, nurses can provide crucial support to parents in coping with stress, enablingg them to participate in their child's care and decision-making actively.

References

Sánchez-Rubio, L., Cleveland, L. M., Durán de Villalobos, M. M., & McGrath, J. M. (2021, July 1). Parental decision-making in pediatric intensive care: A concept analysis. *Journal of Pediatric Nursing*. W.B. Saunders. https://doi.org/10.1016/j.pedn.2021.03.018

Cleveland, L. M. (2008). Parenting in the neonatal intensive care unit. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, *37*(6), 666–691. https://doi.org/JOGN288 [pii]\r10.1111/j.1552-6909.2008.00288.x [doi]

Hendson, L., Reis, M. D., & Nicholas, D. B. (2015). Health Care Providers' Perspectives of Providing Culturally Competent Care in the NICU. *JOGNN-JOURNAL OF OBSTETRIC GYNECOLOGIC AND NEONATAL NURSING*, *44*(1), 17–27. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12524

Kiman, R., & Doumic, L. (2014). Perinatal palliative care: a developing specialty. *International Journal of Palliative Nursing*, *20*(3), 143–148. Retrieved from https://iahpc.idm.oclc.org/login?url=

Meleis, A. I. (2012). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. (Wolkers Kluwer Health, Ed.) (5th Editio). Pennsylvania: Lippincott Williams & Wilkins. https://doi.org/10.2307/3425219

Morse, J. (1995). Exploring the theoretical basis of nursing using advanced techniques of concept analysis. *Advances in Nursing Science*, *17*(3), 1–13. https://doi.org/doi.org/10.1097/00012272-199503000-00005

Rosenthal, S. A., & Nolan, M. T. (2013). A meta-ethnography and theory of parental ethical decision making in the neonatal intensive care unit. *JOGNN - Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing*, *42*(4), 492–502. https://doi.org/10.1111/1552-6909.12222

Walker, L., & Avant, K. (2019). *Strategies for Theory Construction in Nursing*. (Pearson, Ed.) (6th ed.). New York, texas.

PEDİATRİ HEMŞİRELİĞİNDE KARAR VERMEDE BİLGİLENDİRİLMİŞ ONAM

Fahriye PAZARCIKCI

Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Isparta, Türkiye, ORCID ID: 0000-0002-3249-299X; fahriyepazarcikci@isparta.edu.tr

Pediatri hemşireliğinde bilgilendirilmiş onam, çocuk ve ailenin tıbbi karar süreçlerine etkin katılımlarını ve otonomilerini korumayı amaçlayan, etik bilimi ve hukuktan kaynaklanan bir uygulamadır. Bu uygulama, çocuk ve aile merkezli bakımın temel unsurlarındandır. Sağlık ve güvenliği teşvik etmek, terapötik ortam sağlayarak tedavi uyumunu ve bakım memnuniyetini artırmak, güvene dayalı bir iletişim kurmak ve bir bağ oluşturmak için değerli bir fırsattır. Pediatri hemşirelerini yasal açıdan koruyucudur. Amerikan Pediatri Akademisi, pediatrik hastaların gelişimleriyle orantılı olarak sağlık hizmetlerine dair karar verme süreçlerine daha fazla dahil olmaları gerektiğini savunmaktadır. Pediatrik hastaların karar verme ve onam süreçlerine dahil edilmelerinin olumlu etkileri kabul edilmektedir. Ancak Türkiye'de ve dünyanın birçok bölgesinde 18 yaş altındaki çocuklar kendileri için tıbbi karar alma yasal hakkına sahip değildir. Sağlık hizmetlerinde karar verme yetkisinin belirleyicileri, uygun karar verme kapasitesi ve yasal düzenlemelerdir. Pediatrik hastalarda, yaşlarına ve gelişimsel olgunluklarına bağlı olarak özerklik sınırlıdır. Ebeveynler genellikle çocuklar için birincil karar vericilerdir. Bu nedenlerle pediatri hemşireliğinde bilgilendirilmiş onam süreci diğer hemşirelik alanlarına kıyasla daha karmaşıktır ve daha da titizlikle yönetilmelidir. Pediatri hemşiresi bilgilendirilmiş onam sürecinde, pediatrik hasta ve yasal vasinin yaşına, gelişimsel özelliklerine uygun/anlaşılır bilgi sağlamalıdır. Bilgilendirilmiş onam yalnızca bir imza değildir. Bu doğrultuda pediatri hemşiresi, planlanan araştırma, muayene, tanı, tedavi ve bakım seçeneklerini, her bir seçeneğin yararlarını, olumsuz yönlerini, alternatiflerini çocuk ve yasal vasinin tam olarak anladığından emin olmalıdır. Bu süreçte pediatrik hasta ve yasal vasinin karar verme kapasitesi ve bu kapasiteyi etkileyen bilişsel, ailesel, sosyal ve çevresel faktörler değerlendirilmelidir. Pediatri hemşiresi, çocuk ve yasal vasiyi sağlık hizmeti kararlarına daha fazla dahil etmek için şeffaf ve dürüst olmalı, sosyal, duygusal ve bireyselleştirilmiş destek sağlamalı, danışmanlık yapmalı, kültürel duyarlılığı dikkate almalı, bireylerin değer ve tercihlerini göz önünde bulundurmalıdır. Pediatrik hasta ve yasal vasinin gönüllü karar vermesi sonrasında bilgilendirilmiş onam belgelenmelidir.

Anahtar Sözcükler: Bilgilendirilmiş onam, Pediatri, Pediatri hemşireliği, Pediatrik karar verme, Çocuk

OLGULARLA NEFROLOJİ OTURUMU: PROTEİNÜRİ

Arife USLU GÖKCEOĞLU

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı

Proteinüri, böbrek hastalığını gösteren önemli ve en sık kullanılan belirteçtir. Proteinürili çocuk hastayı değerlendiriken amacımız önemli renal hastalık olan durumları geçici ve proteinürinin iyi formlarından ayırt edebilmektir.

Proteinüri saptama yöntemleri olarak tam idrar tetkiki, spot idrar protein/ kreatinin oranı ve 24 saatlik idrarda protein analizi yapılmaktadır. Proteinüri hematüri ile birlikte ise böbrek hastalığı olma riski daha yüksektir. Asemptomatik proteinüri varlığında sabah ilk idrar analizi ve spot idrar protein/kreatinin değerlendirmesi persistan proteinüri ayırımında önemli bir basamaktır. Asemptomatik hastada hematüri ve ≥2+ proteinüri varlığında, elektrolit bozukluğu olsun ya da olmasın böbrek fonksiyon testleri yüksekliğinde, hipervolemi bulguları ve hipertansiyon mevcut ise Çocuk Nefroloji Kliniğine yönlendirilmesi gereklidir.

Proteinüri nedenleri; geçici, ortostatik ve persistan proteinüri olarak üçe ayrılır. Geçici proteinüri; idiopatik, tıbbi bir duruma sekonder (ateş, nöbet) ve tıbbi durum dışındaki nedenlere (egzersiz, stres, dehidratasyon, soğuk maruziyeti) sekonder görülebilmektedir. Hastada enfeksiyon varlığında proteinüri saptanırsa kan basıncı ölçümü ve fizik muayene bulguları normal ise enfeksiyon sonrası kontrol yeterlidir. Ortostatik proteinüri, özellikle adolesan erkeklerde en sık görülen proteinüri nedeni olarak görülmektedir. Gün içinde idrar tetkikinde protein pozitif, sabah ilk idrarda protein negatif olarak saptanır. Geçici proteinüri ve/veya ortostatik proteinüri saptanan çocuk asemptomatikse, hematüri eşlik etmiyorsa, kan basıncı normal, glomerüler filtrasyon hızı normal ise düzenli izlem (proteinüri düzelene kadar) önerilir. Persistan proteinüri ise glomerüler hastalık bulgusu olarak karşımıza çıkmaktadır ve hastada nefritik sendrom ve /veya nefrotik sendrom bulguları değerlendirilmelidir. Ödem ile başvuran hastada nefrotik sendrom ve nefritik sendrom klinik bulguları aranmalıdır. Persistan proteinüri, nefrotik sendrom ve nefritik sendrom kliniği olan hastaların Çocuk Nefroloji Kliniğine yönlendirilmesi uygundur.

ÇARPINTISI OLAN ÇOCUK

Eren SOYALTIN

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Çarpıntı normalde hissedilmeyen kalp atımlarının hissedilmesi olarak tanımlanır. Kalbin hızlı, güçlü veya düzensiz atması bu hisse neden olabilir. Çocuk acil servis başvurularının önemli bir kısmını oluşturması, potansiyel hayatı tehdit etme durumu ve ailelerde ciddi endişelere neden olması nedeniyle bu çocukların hızlı, doğru ve dikkatli değerlendirilmeleri gerekir.

Çarpıntı şikayeti esnasında düşük kardiyak debi bulgularının (göğüs ağrısı, bayılma, hipotansiyon vb) olması, aile öyküsü varlığı, çarpıntının egzersizle ilişkisi, uzun sürmesi ve sık tekrarlaması hikayede öğrenilmesi gereken önemli verilerdir.

Çarpıntısı olan hastanın şikayet anında çekilebilmiş elektrokardiyografisi (EKG) tanı ve tedavide faydalanılan en önemli araçtır. Bu amaçla 12 kanal EKG, holter monitörizasyon, egzersiz testi, olay kaydediciler ve gerektiğinde elektrofizyolojik çalışmalar kullanılmaktadır.

Ateş, anksiyete, ağrı, efor sarfetme, bazı sistemik hastalıklar (kalp yetmezliği, anemi, hipertiroidi, sempatomimetik ilaç kullanımı vb) kalbin hızlı atmasına neden olur. Ancak bu durumda genellikle sinüs taşikardisinden bahsedilir ve bu hastalarda etiyolojik sebebin tedavi edilmesi yeterlidir.

Kalbin normal ileti sistemi dışındaki odaklardan kaynaklanan uyarılarla çalışması uyarının kaynaklandığı yerlere bağlı olarak supraventriküler ve ventriküler aritmilerin oluşumuna neden olur. Supraventriküler taşikardiler (SVT) uzun sürdüğünde hemodinamik bozulmaya neden olabilmektedir. Bu nedenle SVT hızlı tanınması ve tedavi edilmesi gereken bir aritmidir. Klinik pratikte sinüs taşikardisi SVT ayırımının anamnez ve EKG bulgularıyla yapılması önem arz etmektedir. Ventriküler ekstrasistoller multifokalse, egzersizle artıyorsa, aile öyküsü ve aritminin genetik zemini varsa, üstüste geliyorsa ventriküler taşikardiye zemin hazırlayabileceğinden dikkatli olunmalıdır. Ventriküler taşikardiler hızla kalp yetmezliğine, ventriküler fibrilasyona ve kardiyak arreste yol açabildiği için tedavide hızlı davranılması gerekir.

ANADOLU'DA HEKİM OLMAK

Şeyma KARAKOÇ

Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD

Anadolu birçok medeniyete ev sahipliği yapmıştır. Bunların hepsi hayatta kalma tarzlarına göre tedavi yöntemleri geliştirmiştir. Rahipler, şamalar daha çok dini inanışlar ile (büyü vb.), yağmacılar cerrahi yöntemler ile, tarım ile uğraşanlar şifalı otlar ile ilgilenmişlerdir.

Hitit döneminde ilk kadın hekimlerden söz ediliyorken, tıbbı kötüye kullanmaya dair uygulamalar da ön plana çıkmaya başlamış. Hastayı iyileştirene ödül, başarılı olamayan ya da beklenmeyen olaylara yol açanlara ceza verilmeye başlanmış.

Helenistik dönemde de iyileştirici tanrılar ve tanrıçalar varmış. Şimdi olduğu gibi eskiden de sağlık konusunda ekoller varmış. Örneğin Kos ekolü (Hipokrat'ın dahil olduğu) ve Knidos ekolü (Herodicus ve Euryphon'un dahil olduğu) bunlardan bazılarıymış.

Anadolu tıbbın gelişmesi için gerek bitki örtüsü gerek jeopolitik konumu nedeniyle hep mükemmel bir kaynak olmuş. Bizler de yüzyılladır süregelen bu birikime hizmet etmekteyiz.

Anadolu'nun her bir şehrinde hekimlik yapmanın ayrı zorlukları var. Kendimden örnek vermem gerekirse; 2015-2016 yılları arasında görev yaptığım Hatay'ın Altınözü ilçesinde insanlar çoğunlukla arapça konuşuyordu. Aynı ilçede başka ülkeden gelen insanların kaldığı kamplar vardı. Manisa'nın Gördes ilçesindeki görevlendirmem esnasında acil serviste en çok sabah 04:00 ve 06:00 saatleri arasında hasta baktım. Çünkü insanlar tütün toplamaya giderken evlerinde o saatte çıkıyordu. Benzer hikayeler hepimizin heybesinde mevcuttur. Bir bölgede hekim olmak için en önemli şey o bölgeyi tanımak ve iyi bir iletişim kurmaktır.

DİYABETİ OLAN ÇOCUKLARIN HEMŞİRELİK BAKIMINDA GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Nevin USLU

Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, nuslu@mehmetakif.edu.tr, Burdur, Türkiye

Diyabet, çocuklukta sık rastlanan hem çocuk hem de ailesi için stresli olabilen kronik hastalıklardan biridir. Diyabetli çocukların tedavisi; tıbbi beslenme tedavisi, ilaç tedavisi, kan glukoz düzeyinin günlük ve uzun süreli izlemini gerektirir. Hemşireler hem çocuğa hem aileye destek vermede kilit noktadadırlar. Hemşireler, Amerikan Diyabet Birliği (ADA), Uluslararası Pediatrik ve Ergen Diyabet Derneği (ISPAD), Türkiye Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği gibi kuruluşların rehberleri doğrultusunda sadece çocuk endokrin kliniklerinde değil okulda, acil ve pediatri kliniklerinde de diyabetli çocuklara bakım vermektedirler. Bu süreçte eğitim, danışmanlık, liderlik, savunuculuk, tedavi gibi birçok rol üstlenmektedir. Bakımda yalnızca tıbbi bakımı değil, çocuk ve aileye eğitim, psikososyal destek ve teknolojinin entegrasyonunu da içeren güncel yaklaşımları da kullanmaktadır. Güncel yaklaşımlar, kapsamlı bir tedavi planı ve multidisipliner iş birliği üzerine kuruludur. Eğitim, güncel yaklaşımların başarılı bir şekilde yönetilmesinde anahtardır, eğitimin çocuğun glisemik kontrolü ve psikososyal sonuçları üzerinde olumlu etkileri olduğuna dair kanıtlar vardır. Literatürde diyabetli çocukların eğitiminde; bilişsel davranışçı teknikler, motivasyonel görüşme, koçluk, dayanıklılık, kabul ve kararlılık terapileri, yaratıcı drama, hemşirelik kuramları/modelleri, telebakım uygulamaları, pet terapi, sanat terapi, oyun terapi gibi birçok yöntemin kullanıldığı görülmektedir. Sistematik derleme ve metaanaliz çalışmalarındaki kanıtlar; çocukların eğitiminde motivasyonel görüşmenin, dayanıklılığı artıran müdahalelerin, teknoloji tabanlı akran ve aile destek programlarının, tele bakım uygulamalarının diyabetli çocuklarda özyeterliliği ve hastalığa uyumu, problem çözme becerilerini arttırdığı, yaşam kalitesini ve glisemik kontrolü iyileştirdiğini göstermektedir. Bununla birlikte, literatürde kanıt düzeyi yüksek çalışmaların ve boylamsal çalışmaların sınırlı olması, çalışmaların bulgularının küçük örneklem büyüklüklerinden elde edilmiş ve kısa süreli olarak izlemlerinin yapılmış olması nedeniyle konuyla ilgili daha çok çalışmaya ihtiyaç olduğu görülmektedir.

KANSERDE HEMŞİRELİK BAKIMI

Sevcan ATAY

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği

2022'de dünya genelinde 0-19 yaş grubunda 275.000 çocuk kanser tanısı almış, 105.000 çocuk ise kanser nedeniyle yaşamını yitirmiştir. Kanser tanılı çocuklar geçmişte hastanın tanısına ve prognostik faktörlerine göre tek bir tedavi yöntemi olarak veya kombinasyon halinde cerrahi, radyasyon terapisi, kemoterapi ve/veya hematopoetik kök hücre nakli ile tedavi edilmiştir. Son yıllarda hedefe yönelik tedaviler pediatrik hastalar için umut verici bir yöntem olmuştur. Geleneksel kemoterapinin aksine, hedefe yönelik tedaviler spesifik kanser hücresi sinyal yollarını veya biyolojik sistemleri etkiler. Bu ajanların etki mekanizması, uygulanması, farmakokinetiği, akut ve geç yan etkileri geleneksel kanser tedavisinden farklıdır. Aynı zamanda bazı hedef tedaviler oral formdadır ve ailelerin evde vermesini ve yan etkilerini izlemesini gerektirir. Bu noktada ailenin eğitimi çok önemlidir. Verilen eğitim ile ileriye dönük rehberlik sağlanarak, hastaların ve ailelerin nelerle karşılaşacakları konusundaki bilgileri arttırılabilir ve devamında güçlenme ve başa çıkma artar. Hedefe yönelik tedavilerin karmaşık doğası ve bunların kanser tanılı çocukların tedavisindeki kullanımının artması ve devam eden gelişmeler göz önüne alındığında, pediatrik onkoloji hemşireleri hastaları ve ailelerin eğitiminde kanıta dayalı materyaller geliştirmek zorunludur.

Yeni kanser tanılı çocuğun eğitiminin planlanması ve zamanlanması hasta tedavi planının ayrılmaz bir parçasıdır. Çocuğun ilk hastaneye kabulünden taburculuğa kadar yeni tanı eğitimi için fırsatın sağlanması, bilgilerin günlere yayılması önemlidir. Yeni tanı eğitiminin standardizasyonunu daha da kolaylaştırmak için, Çocuk Onkoloji Grubu Hemşirelik Disiplini bir "Yeni Tanı Kılavuzu Slayt Seti (2018)" oluşturmuştur. Bu standardizasyon kişiler arasında açık ve tutarlı bir iletişim için bir yol sağlar, bu da bakım kalitesini artırabilir ve hastanın taburcu edilmesindeki gecikmeleri önleyebilir.

YENİDOĞANLARDA FİZYOTERAPİ VE REHABİLİTASYON

Erdoğan KAVLAK

Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Nörolojik Rehabilitasyon AD

Yendioğan yoğun bakım üniteleri, bebeklerin yaşamlarını sağlamak ve desteklemek için gerekli olan birçok yardımcı teknolojik cihazı barındıran ünitelerdir. 1900'lü yılların sonlarına doğru gelişmekte olan ülkelerin çoğunda, yaşatılamayan bebeklerin çok büyük bir kısmı teknolojik gelişmeler doğrultusunda yaşatılabilmiş ve 1970'li yıllarda neonatal yoğun bakım ünitelerinde (NICU), neonatal mekanik ventilasyonun kullanımıyla preterm bebeklerin yaşatılma şansları dahada arttırılmıştır. Bu teknolojik gelişmeler, 20. yy. dan itibaren birçok bebeğin yaşamasını sağlamıştır. Günümüzde, gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkede, bebekler için uygulanan, sıcaklığın korunması, enfeksiyon kontrolü, beslenme ve minimal handling ile birlikte, mortalite oranında düşüşler sağlanmıştır. Fizyoterapi uygulamaları açısından Fizyoterapistler seviye 1 'deki yenidoğan bebekleri nadiren görürler. Fakat, eğer, bebeğin kas iskelet sistemini ilgilendiren bir durum söz konusu ise bu bebeklerin fizyoterapi ve rehabilitasyonu için konsültasyonu istenebilir. Seviye 2'deki yenidoğan bebeklerin sıklıkla, gelişimsel basamaklarını desteklemek için handlingler gerekir. Seviye 3 ve 4 yenidoğan bakım ünitelerinde çalışan bir fizyoterapist, bebeğin ihtiyacını da göz önünde bulundurarak, bebeğin rehabilitasyonunun yanı sıra aile eğitimi ile ilgilenir. Yenidoğanda fizyoterapistleri klinik rolleri, bebeğin ihtiyaçlarının belirlenebilmesi amacıyla; Gözlem yapmak, değerlendirmek, müdahale ve uygulama yapmak, pozisyonlama önerileri, enerji koruma prensipleri, ağrı yönetimi, bebeğin gelişimini desteklemeye yönelik çevresel düzenlemeler, bakım stratejilerinin belirlenmesi, konsültasyon, bilimsel danışma yapmak ve klinik eğitim/profesyonel gelişim ve yönetimdir. Erken dönem rehabilitasyon uygulamaları Neonatal (ilk 1 ay) dönemden başlayıp 12. aya kadar yapılan rehabilitasyon yaklaşımlarını içerir. Riskli bebeklerin aile ve uzmanlar tarafından takip edilmeli, normal motor ve duyu- algı gelişimindeki gecikme, anormal ve asimetrik motor patern ve hareketler, anormal kas tonusu, oral motor problemler, büyümede gecikme gibi bulgular tanıyla beraber erken fizyoterapi uygulamalarını da başlatır.

SKOLYOZ FARKINDALIĞI

Tuba İNCE PARPUCU

Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü

Skolyoz Araştırma Derneği, skolyozu, ayakta çekilen direkt röntgenlerde Cobb açısı ile ölçülen 10° ve üzerindeki lateral eğrilikler olarak tanımlamaktadır. Skolyoz, özellikle çocuklar ve ergenler arasında yaygın olarak görülen tedavisi önemli bir tıbbi sorundur. Obezite ve miyopiden sonra ergenlik gelişimi için üçüncü en büyük tehdit haline gelmiştir. Skolyoz prevelansı, ülkemizde ve çeşitli ülkelerde yapılan okul taramaları ile % 0.2 – 5 arasında farklı oranlarda bulunmuştur. Skolyoz vertebranın yapısal problemleri, nöromusküler problemler, bacak kısalığı gibi nedenlerle oluşabileceği gibi skolyozun oldukça büyük bir kısmı (>%80) idiopatiktir. Skolyoz, ağrı, omurga deformitesi, fonksiyonel kısıtlamalar ve solunum disfonksiyonu da dahil olmak üzere ciddi sağlık sonuçlarına yol açabileceğinden, hastalar için en iyi sonuçları sağlamak için etkili tedavi yöntemlerinin araştırılması çok önemlidir. Skolyoz için mevcut tedaviler genel olarak cerrahi ve konservatif yöntemler olarak ayrılır. Konservatif tedavi olarak gözlem, skolyoza özgü fizyoterapi egzersizleri ve korse kullanımı, 2011'de Uluslararası Skolyoz Ortopedik Tedavi ve Rehabilitasyon Derneği (Society on Scoliosis Orthopaedic and Rehabilitation Treatment, SOSORT) tarafından kabul edilen tedavi yaklaşımlarıdır. Bu yaklaşımların standart özellikleri: 1) Üç boyutlu öz düzeltim; 2) günlük yaşam içerisinde eğitimin sürdürülmesi ve 3) düzeltilmiş posturün stabilize edilmesidir. Skolyoz tedavisi için çeşitli prosedürler geliştirilmiş olmasına rağmen, en etkili tedavi hala erken teşhise dayanmaktadır. Skolyoz Araştırma Topluluğu (Scoliosis Research Society, SRS), kızlara 10 ve 12 yaşlarında olmak üzere iki kez, erkeklere ise 13 ya da 14 yaşında bir kez olmak üzere tarama testi yapılmasını önermektedir. Skolyoz tarama programının birçok bölgede rutin uygulamada olmaması erken teşhisi geciktirebilmektedir. Bu nedenle toplumda skolyoz farkındalığının artırılması çok önemlidir.

ÇOCUK SAĞLIĞI VE MEDYA KULLANIMI

Meltem DİNLEYİCİ

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Medya günümüzde hem erişkinlerin hem çocukların yaşamında büyük bir yer kaplamaktadır. 'Klasik Medya' kavramı içinde televizyon, gazete, müzik, kitap yer alırken, 'Yeni Medya' kavramı içinde ise cep telefonu, tablet, bilgisayar ve sosyal medya yer almaktadır. Çocuklar için medya kullanımı genellikle ekran zamanı kavramı üzerinde değerlendirilmektedir. Çocuklar ders için bilgisayar, iletişim için cep telefonu, okul işleri için tablet kullanabilmekte ve aileleriyle birlikte televizyon izleyebilmektedir. Yoğun medya kullanım zamanı ve yeni teknolojiye karşın ebeveynlerin bu konuyla ilgili çok az kuralı vardır. Medyanın doğru ve kontrollü kullanıldığında bazı yararlı olduğu öne sürülmektedir, ancak bu etkilerin henüz kanıta dayalı araştırmaları sunulamamışken, televizyon ve diğer medya araçlarının günümüzde denetimsiz ve sınırsız kullanımına bağlı sayısız olumsuz etkileri üzerine araştırmalar yayınlanmaktadır. Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) çocuk ve ergenlerin ekran zamanı ilgili yaşa uygun kısıtlama ve kullanma sırasında uyulması gereken önerilerde bulunmuştur. AAP medya kullanımının olumlu ve sosyalleşmeye katkısı olacak yönde kullanımı konusunda okul ve evde eğitim gerektiğini belirtmiştir. Bu yoğun ekran kullanımın çocuklar üzerindeki yakın ve uzak etkileri ile ilgili araştırmalar şu an için kısıtlı olmakla birlikte, çocuklarda medya kullanımının fazla ve kontrolsüz olduğu durumlarda olumsuz etkilerinin olabileceği düşünülmektedir. Günümüzde dijital medya ile yaşam çok erken yaşlarda başlamaktadır, ekran zamanı çocuğun yaşına uygun öneriler doğrultusunda kısıtlanmalı ve mutlaka ebeveyn kontrolünde olmalıdır. Çocuklara ekran yerine aktif olarak katılımcı olacakları alternatifler sunulmalıdır. Çocuk doktorlarının kritik medya başlıkları hakkında (medya kullanımı, şiddet, içerik denetimi, obezite, madde kullanımı, yeni teknolojiler) eğitimli hale gelmesi ve medya kullanımının sağlıklı çocuk izlemlerine dahil edilmesi ve aile medya planı yapılması önerilmektedir.

OLGU ÖRNEKLERİ İLE EKG

Taner KASAR

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma. Hastanesi Çocuk Kardiyoloji

Bu sunumun amacı, EKG'nin temel ilkelerini ve yaygın klinik bulgularını anlamaları için etkileşimli bir eğitim platformu sunmaktır. İnteraktif yöntemlerle EKG analiz yeteneklerinin geliştirilmesi hedeflenmiştir.

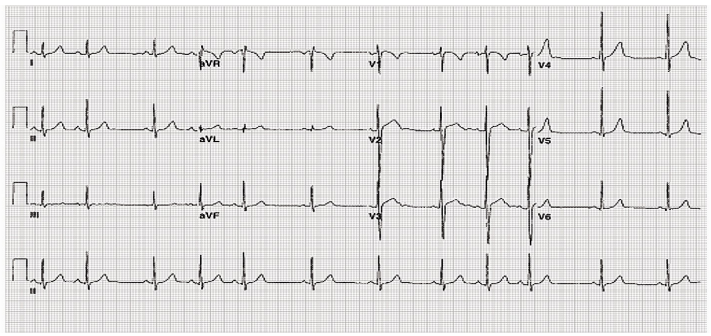
Yöntemler:

Sunum, katılımcıların aktif katılımını teşvik eden barkod tabanlı bir çoktan seçmeli soru sistemi veya mobil etkileşim araçları kullanılarak gerçekleştirilecektir. Katılımcılara sorulara yanıt verecek ve yanıtları anında değerlendirilecektir.

- **İçerik:** EKG'nin temel bileşenleri, normal ve anormal EKG bulguları, klinik vakalar ve acil durumlar gibi konuları kapsayan sorular ve vaka çalışmaları.
- **Analiz ve Tartışma:** Her bölüm sonunda katılımcıların yanıtları değerlendirilerek doğru cevaplar ve önemli noktalar tartışılacaktır. Bu yaklaşım, katılımcıların hatalarını tanımlamalarına ve kavrayışlarını derinleştirmelerine olanak tanır.

Anahtar Kelimeler: EKG, İnteraktif Eğitim, Çoktan Seçmeli Sorular.

8 yaş erkek çocuk rutin FM de kalp atışlarının düzensiz olması nedeniyle görülüyor.



8.08.2024

a) Normal EKG
b) Solunumsal aritim
c) V1'de T negatifliği
d) AF

Sinüs aritmisi: Kalp hızı fazik varyasyon, her p dalgasını QRS takip ediyor, PR intervali N

3

ÇOCUĞUM KABIZ MI?

Yeliz ÇAĞAN APPAK

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme

Çocukluk çağı kabızlığının %90'dan fazlası fonksiyonel nedenlerden kaynaklanmaktadır. Kabızlıkta alarm bulgularına dikkat edilmesi ve organik nedenlerin dışlanması gerekmektedir. Fonksiyonel kabızlık tanısı Roma IV tanı kriterlerine göre yapılmaktadır ve dışkı tutma, tuvalet eğitimi sırasındaki problemler, ağrılı dışkılama, liften fakir diyet gibi birçok faktöre bağlı olabilir. Özellikle dışkı tutma kısır döngüye yol açarak büyük, sert ve ağrılı dışkılamaya yol açar, buda istemli dışkı tutma ve fonksiyonel dışkı birikimini arttırır. Fonksiyonel kabızlık tedavisi; diyet-davranış tedavisi, birikmiş dışkının boşaltılması, normal dışkı alışkanlığının kazanılması ile yeniden dışkı birikiminin engellenmesi (idame tedavisi) aşamalarından oluşur. Birikmiş dışkının boşaltılmasında öncelikli tedavide polietilen glikol (PEG) önerilmektedir. PEG bulunamıyorsa lavmanların kullanılması tavsiye edilmektedir. Birikmiş dışkının boşaltılmasından sonra uzun süre kolonun boş olmasını sağlayarak normal anatomi ve duyarlılığın kazanılması önemlidir. Bu amaçla farmakolojik ve farmakolojik olmayan tedaviler uygulanabilir. İdame tedavide öncelikli PEG kullanımı önerilmekte, PEG mevcut değil ise laktuloz kullanılabilmektedir. Magnesyum hidroksit, mineral yağı (likid parafin) ve stimulan laksatiflerin ek olarak veya ikinci basamak tedavide kullanılması önerilmektedir. Kabızlıkta tuvalet eğitimi ve davranış tedavisi önemlidir. Davranış tedavisi ile çocuk düzenli tuvalet kullanımını, dışkılama sırasında pelvis tabanı ve anal kasları gevşetmeyi öğrenir. Üç yaşından büyük çocuklarda günde 1-2 kez yemeklerden sonraki 1 saat içinde 5 dakika kadar tuvalete oturması önerilmektedir. Çocuk alafranga tuvalette otururken ayaklarının altına basabileceği tabure gibi bir destek kullanılabilir. Kabız olan çocuğun tedavinin bir parçası olarak yaşına uygun yeterli lif ve su alması da gerekmektedir. Bağırsak ve mesane arasındaki yakın etkileşim nedeniyle bağırsak mesane disfonksiyonu görülebilir ve kabızlığın tedavisi üriner sorunların düzelmesini sağlayabilir.

HİPOTONİK BEBEK

Sevim TÜRAY

Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji

Hipotoni, kasların normalde sahip olması gereken gerginlik ve direnç seviyesindeki eksikliği ifade eder. Pediatri polikliniklerinde yenidoğan ve süt çocukluğu döneminde motor gelişim basamaklarında gecikme nedeniyle gelen hipotonik bebeklere sık rastlanmaktadır. Hipotoni, doğuştan itibaren var olabilir veya sonradan kazanılabilir. Merkezi sinir sistemi, nöromüsküler bağlantılar, kaslar, periferik sinirler veya metabolik ve genetik bozukluklar gibi birçok farklı nedenden kaynaklanabilir. Hipotoni etyolojik nedenlerine göre üst motor nöronu ilgilendiren nedenlerle oluşan santral hipotoniler ve alt motor nöronu ilgilendiren periferik hipotoniler olarak sınıflanmaktadır.

Hipotonik bebeklerde görülen yaygın belirtiler arasında zayıf baş kontrolü, gevşek eklemler, normalden daha esnek ekstremiteler, yavaş motor gelişim yer almaktadır. Bunların yanısıra güçsüzlüğe bağlı beslenme ve solunum problemleri görülebilir. Altta yatan nedene ait bilişsel sorunlar, dismorfik bulgular, kardiyak problemler gibi multisistemik etkilenme olabilir. Bebekler genellikle gevşek ve "kukla gibi" bir duruş sergilerler. Bu durum, bebeğin kucağa alındığında sanki vücudunu tutamıyormuş gibi sarkmasına neden olur. Muayene sırasında hipotoninin varlığını anlamak için traksiyon, aksiller asma, eşarp belirtisi, ventral süspansiyon manevraları kullanılarak gevşeklik tesbit edilir. Tanı süreci, hipotoninin nedenini belirlemek için detaylı bir anamnez, sistemik ve nörolojik muayene, aile öyküsü, gerekli durumlarda genetik testler, beyin görüntüleme, metabolik testler, kas biyopsisi veya elektromiyografi gibi ileri tetkikleri içerir.

Hipotoninin tedavisi, altta yatan nedene bağlıdır. Eğer hipotoni bir genetik bozukluktan kaynaklanıyorsa, spesifik bir tedavi olmasa bile semptomları yönetmek ve çocuğun gelişimini desteklemek için fizyoterapi gerekir. Amaç kas tonusunu artırmak, motor becerileri geliştirmek ve bağımsızlığı teşvik etmektir. Hastaların hipotoni dışında komorbiditeleri için çocuk psikiyatristi, genetik uzmanı, diyetisyen, konuşma terapisti ve gereken diğer branşlardaki uzmanlardan destek alarak tedavinin multidipliner yönetimi şarttır.

ÇOCUKLARDA GENETİK TETSTLER. KİME? NE ZAMAN?

Yasemin KENDİR DEMİRKOL

New York Genome Center

Genetik, genlerin etkileşimi DNA varyasyonlarını ve çevresel faktörlerle olan ilişkilerini inceleyen bir biyoloji dalıdır. Genetik hastalıklar, DNA diziliminin normal dizilimden sapması sonucu ortaya çıkar. 2000 kişide birden az görülen hastalıklar nadir hastalık olarak tanımlanır. Tek başlarına nadir olmalarına rağmen, 7000'den fazla nadir hastalık vardır. Dünya çapında 300 milyon insanın nadir hastalıklarla yaşadığı tahmin edilmektedir ve bu hastalıkların %80'i genetik nedenlidir. Pek çok genetik hastalığın tedavi seçeneği yoktur, ancak aşağıdaki nedenlerle tanı koymak oldukça önemlidir.

1) Neden sorusunun cevabının bulunması
2) Tanı yolculuğunun sonlanması, ek masraflardan kurtulma ve yanlış tanıdan korunma
3) Komplikasyonların yönetimi
4) Genetik danışma sağlanması
5) Klinik çalışmalara katılma imkanı sağlaması

Genetik testler, gebelik öncesi dönemde özellikle otozomal resesif ve X'e bağlı hastalıkların taşıyıcılık tespiti için kullanılabilir. Preimplantasyon genetiği, prenatal ve postnatal dönemlerde de uygulanabilir.

Yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatışlarının yaklaşık %10'u konjenital anomaliler nedeniyle olmakta, tüm yenidoğanların % 2-3'de konjenital malformasyonlar gözlenmektedir. Bu malformasyon, bilinmeyen nedenler, çevresel faktörler, teratojenler ve genetik nedenler sonucunda oluşabilir. Yapısal bir malformasyonun nedeninin açıklanması, tedavi ve takip ile olası komplikasyonların önlenmesi ve tekrarlama riskinin değerlendirilmesi açısından oldukça önemlidir.

Yapısal anomaliler fonksiyonel özelliklerine göre 3 grupta incelenmektedirler.

1. **Normal varyasyonlar:** Toplumda %4'ten sık görülen, fonksiyonel bozukluğa yol açmayan anomalilerdir.
2. **Minör anomaliler:** Fonksiyonel bozukluğa neden olmayan, tıbbi ve cerrahi önemi olmayan anomalilerdir. Toplumun %4'ünden azında görülür.
3. **Majör anomaliler:** Tıbbi ve cerrahi öneme sahiptirler ve düzeltilmediklerinde yaşam kalitesini olumsuz etkilerler.

Örnek olarak, yapışık kulak normal varyasyonlara; simian çizgisi minör anomalilere, konjenital kalp hastalıkları ise majör anomalilere örnektir.

Tek bir minör anomali, yenidoğanlarda %15 oranında görülebilir ve %3 oranında majör anomali eşlik edebilir. İki minör anomali %0,8 oranında görülmekte ve %11 oranında majör anomali eşlik etmektedir. Üç veya daha fazla minör anomali ise %0,5 oranında gözlenir ve %80 oranında majör anomali eşlik eder. Tek bir majör anomali ya da üç veya daha fazla minör anomali tespit edilirse, mutlaka ileri inceleme yapılmalıdır.

Anomaliler, oluşum mekanizmalarına göre dört grupta sınıflandırılmaktadır:

1. **Malformasyonlar**
2. **Deformasyonlar**
3. **Disrupsiyonlar**
4. **Displaziler**

Bu mekanizmalar arasında genetik etyolojiye bağlı olarak gelişen malformasyonlar, çoğunlukla organogenezisin tamamlanmadığı intrauterin 8. haftaya kadar oluşan kalıcı ve/veya fonksiyonel bozukluklara neden olur. Bu malformasyonların değerlendirilmesinde, American Journal of Medical Genetics'de 2009 yılında özel bir sayı olarak yayımlanan "Elements of Morphology" çok faydalı bir kaynaktır.
https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15524833/2009/149A/1

Yenidoğan döneminde: Hayatı tehdit eden klinik durumlar, çoklu konjenital malformasyonlar, ciddi nörolojik etkilenmeler, akut başlangıçlı metabolik hastalıklar ve hipotoni durumunda genetik hastalıklar araştırılmalıdır.

Çocuklarda: Nörogelişimsel gerilik, zihinsel yetersizlik, dirençli epilepsi, çoklu konjenital anomaliler, dismorfoloji, erken başlangıçlı obezite, otizm, orantısız boy kısalığı, uzun boy veya yaşıtlarından farklı olan her durumda genetik hastalıklardan şüphelenilmelidir.

Genetik hastalıktan şüphelenildiğinde, ayrıntılı bir anamnez (prenatal dönem dahil) ve aile öyküsü alınmalı, en az üç kuşak aile ağacı çizilmelidir. Sonraki aşama, ayrıntılı bir fizik muayenedir. Bu muayenede boy, kilo, baş çevresi ve vücut ağırlığı ölçülmeli ve şüphe durumunda orantılı/orantısız büyüme değerlendirilmelidir. Vücudun farklı bölgeleri de incelenmelidir. Örneğin, ekstremite anomalileri, el ve ayak malformasyonları, toraks ve anogenital anomaliler gibi. Genetik hastalıkların değerlendirilmesinde kullanılan önemli veri tabanlarından biri OMIM (Online Mendelian Inheritance in Man)'dir. https://www.omim.org/'dir. GeneReviews de oldukça faydalı bir diğer internet veri tabanıdır. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116.

Genetik hastalıkların tanısında pek çok genetik test kullanılmaktadır. (Karyotipleme, Floresan in situ hibridizasyon (FISH), kromozomal mikroarray, Multipleks Ligasyona Bağlı Prob Amplifikasyonu (MLPA), gen panelleri, Tüm Ekzom Sekanslama ve Tüm Genom Sekanslama). Şüphelenilen genetik hastalığa göre test seçimi yapılmalıdır. Genetik hastalıkların tanı konulması kadar takibi de önemlidir. Bu sunumda, klinikte sık görülen hastalıkların takibi ve planlanmasında klinisyenlere yardımcı olacak bilgilerede yer verilecektir.

REFERENCES

1)Dratch L, Azage M, Baldwin A et al. Genetic testing in adults with neurologic disorders: indications, approach, and clinical impacts. J Neurol. 2024 Feb;271(2):733-747.

doi: 10.1007/s00415-023-12058-6.

2) Editorial. The landscape for rare diseases in 2024. Lancet Glob Health 2024 Mar;12(3):e341. doi: 10.1016/S2214-109X (24)00056-1.

3) Ciancia S, Madeo SF, Calabrese O et al. The Approach to a Child with Dysmorphic Features: What the Pediatrician Should Know. Children (Basel). 2024 May 10;11(5):578. doi: 10.3390/children11050578.

4) https://onlinelibrary.wiley.com/toc/15524833/2009/149A/1

5) https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK1116.

ADÖLESAN DÖNEMDE TANI ALAN GAUCHER HASTALIĞI: OLGU SUNUMU

Selen GÜLER

Gaziantep Şehir Hastanesi

Giriş: Gaucher hastalığı (GH), beta-glukoserebrosidaz enziminin yetersiz aktivitesine bağlı, otozomal resesif geçişli lizozomal lipit depo hastalığıdır. Tip 1 GH, erişkin tip olarak tanımlanmaktadır ancak klinik semptomatik infantlardan, asemptomatik erişkinlere kadar geniş bir yelpazede görülebilir. Bu olgu sunumunda, dispeptik şikayetlerle gastroenteroloji polikliniğimize başvuran ve Tip 1 GH tanısı alan adolesan olgu nadir metabolik hastalıklara dikkat çekmek amacıyla sunulmaktadır.

Olgu Sunumu: 14 yaşında kız hasta karın ağrısı ve kemik ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hepatosplenomegali saptanan hastanın trombositopenisi, ferritin yüksekliği ve direkt diz grafisinde Erlenmayer deformitesi saptandı. Sfingolipidoz gen panelinde homozigot NM_000157.4(GBA):c.1226A>G (p.Asn409Ser) varyantı tespit edildi ve Tip 1 GH tanısı aldı.

Tartışma: Hastaları değerlendirirken bazı nadir metabolik hastalıkların büyük çocuklarda görülebileceği unutulmamalıdır. Olgumuz adolesan yaşta Tip 1 GH tanısı alabilmiş ve tedavisi başlanmıştır. Günümüzde mevcut tedavilerle klinik bulgularda iyileşme sağlanabilmektedir. Bu nedenle hastalığı düşünmek ve erken dönemde tanıyı koyup tedaviyi başlamak önemlidir.

SÖZEL BİLDİRİLER

SÖZEL BİLDİRİ PROGRAMLARI

13 Eylül 2024, Cuma
Salon C
Saat: 11:30-12:30
Sözel Bildiri Oturumu 1
Oturum Başkanları: Hatice Yıldırım Sarı, Beste Özgüven Öztornacı

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS1	**Aslı ALACA**, Hatice YILDIRIM SARI, Hanife KARAÖZ, Hatice AKIN BOSTAN, Defne ENGÜR	Yenidoğan Yoğun Bakımda Açık ve Kapalı Aspirasyon Sisteminin Yenidoğanın Ağrısına, Yaşam Bulgularına Etkisi
SS2	**Aslı ALACA**, Hatice YILDIRIM SARI	Çocuklarda Kullanılan Ağırlık Tahmin Yöntemlerinin Artıları Eksileri ve Hemşirenin Rolü
SS3	**Vesile ADIGÜZEL**, Taner ADIGÜZEL	Ergenlerde Yaşam Kalitesi Durumlarının Sosyal Medya Bağımlılığı ve Öfke Üzerine Etkisi
SS4	Pınar BEKAR, **Emine EFE**	Ebeveynlerin E-Sağlık Okuryazarlığı ile Çocuklarda Uyku Alışkanlıkları Arasındaki İlişki: Tanımlayıcı ve Kesitsel Bir Çalışma
SS5	**Hande ÖZGÖRÜ**, Şerife TUTAR, Özlem ŞENSOY	Ebeveynlerin Gözünden Çocuklarının Problemli Medya Kullanımı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi
SS6	**Hande ÖZGÖRÜ**, Suzan YILDIZ	Yenidoğanlarda Yakın Kızılötesi Spektroskopi ile Doku Oksijenasyonunun Değerlendirilmesi ve Hemşirelik Bakımı: Literatür Derlemesi
SS7	**Sevgim KÜÇÜK ULAK**, Didar Zümrüt BAŞBAKKAL	Otizm Yolculuğunda Yeni Diyabet Tanısı Almak: McGill Hemşirelik Modeli ile Destek
SS8	Şerife TUTAR, **Nazmiye YİRİK**	Prematüre Bebeklerde Oral Beslenmeye Geçişi Destekleyen Kanıt Temelli Yaklaşımlar: Literatür Derlemesi

13 Eylül 2024, Cuma
Salon C
Saat: 13:30-14:30
Sözel Bildiri Oturumu 2
Oturum Başkanları: Bayram Ali Dorum, Törehan Aslan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS9	**Beyza URAL KOLUAÇIK**	Akut ve Kronik İzlemde Nusinersen Tedavisinin Hematolojik-Biyokimyasal Parametrelerle Motor Fonksiyonlara Etkisi
SS10	**Özlem ÖZSOY**	Konuşma Geriliği Nedeniyle Çocuk Nörolojisi Polikliniğine Başvuran Olguların Değerlendirilmesi
SS11	**Meltem BÜTÜN**, Hasan ÇETİN, Gonca SANDAL	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitemizde 32 Gebelik Haftasının Altındaki Prematüre Bebeklerde Morbidite ve Mortalitenin Değerlendirilmesi
SS12	**Ezgi YANGIN ERGON**, Senem ALKAN ÖZDEMİR	Prematüre Bebekte İntraventriküler Kanama; Kanama Şiddeti & Mortalite İlişkisi
SS13	Sara EROL, **Atilla ÇİFCİ**	Yenidoğan ve Infantlarda Görmenin Değerlendirilmesi
SS14	**Kübra BOZTEPE**, Mustafa Özgür PİRGON	Ergenlerde B12 Vitamini Eksikliğinin Huzursuz Bacak Sendromu Gelişimi ve Kötü Uyku Kalitesine Etkisinin Değerlendirilmesi
SS15	**Hakan ONGUN**, İpek KOCAOĞLU, Zeynep KIHTIR, Nurten ZARİF ÖZKAN, Kıymet ÇELİK, Sema ARAYICI	Preterm Bebeklerde Eritrosit Transfüzyonu Sırasında Enteral Beslenmenin Serebral ve Splanknik Oksijenasyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi
SS16	**Ertuğrul DEDEOĞLU**, Ebru YÜCESOY BAĞDİKEN, Mehmet Kenan NAHYA	Neonatal Hiperbilurubinemide Unutulmaması Gereken Bir Neden: "Glukoz 6 Fosfat Dehidrogenaz Eksikliği"

13 Eylül 2024, Cuma
Salon C
Saat: 14:30-15:30
Sözel Bildiri Oturumu 3
Oturum Başkanları: Çiğdem El, Emre Öztürk

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS17	**Taner ADIGÜZEL**, Vefik ARICA	Ergenlerde Sosyal Medya Kullanımları ve Öfke Durumları
SS18	**Nevin CAMBAZ KURT,** Berin Özen	Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Çocuklarda Limon Esansiyel Yağının Dikkat ve Görsel Hafıza Üzerindeki Etkisi: Randomize Kontrollü Bir Çalışma
SS19	Şefika Elmas BOZDEMİR, **Hatice Buket ÖZAY**, Muhammet Furkan KORKMAZ	COVID-19 Salgin Kisitlamalarinin Gevşemesi Sonrası Pediatrik Parapnömonik Efüzyon ve Ampiyem Vakaları
SS20	Mukaddes KILIÇ SAĞLAM, **Ahmet Berk GÖKMEN**	Gelişimsel Kalça Displazisi Risk Faktörleri ile Taramada Yapilan Kalça Ultrasonografisi İlişkisinin Değerlendirilmesi
SS21	**Anna Carina ERGANİ**, Muslu Kazım KÖREZ	Konya'da Yaşayan 2-17 Yaş Arası Malnütre Suriyeli Mülteci ve Türk Çocukların Beslenme Durumlarının Karşılaştırılması
SS22	**Hicran ALTIN**	Sosyal Medya Bağımlılığı ve Yeme Bozuklukları: Ergenlik Döneminde Fizyolojik ve Psikolojik Etkiler
SS23	**Gürsel ŞEN**	Dirençli Epilepsinin Nadir Bir Genetik Nedeni: Ring 14 Sendromu
SS24	**Özlem YILMAZ**	Çocuk Nöroloji Polikliniğine Senkop ile Başvuran Hastaların Nörolojik Değerlendirilmesi

13 Eylül 2024, Cuma
Salon C
Saat: 16:45-17:45
Sözel Bildiri Oturumu 4
Oturum Başkanları: Tuğçe Nalbant, Duygu Çalışkan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS25	**Tuğçe İNCE**, Yasemin TÜRKOĞLU	Akut ve Kronik Dönemde Tanı Almış İki Farklı Seronegatif Otoimmun Ensefalit Olgusu ve Tedaviye Yanıtlarının Değerlendirilmesi
SS26	**Tuba YÜCEL**, Arife Derda YÜCEL ŞEN, Özlem UĞUR, Ahmet BAYSAL, Coşkun YARAR, Kürşat Bora ÇARMAN	Duchenne Musküler Distrofi Tanısı ile İzlenen Hastaların Demografik, Klinik ve Laboratuvar Özellikleri: Tek Merkez Üçüncü Basamak Deneyimi
SS27	**Elif DİDİNMEZ TAŞKIRDI**, Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	Çocukluk Çağının Sentrotemporal Dikenli Epilepsisi Hastalarının İzleminde Tek Merkez Deneyimi
SS28	**Özlem ATEŞ YAMAN**, Yiğithan GÜZİN, Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	İdiopatik İntrakranial Hipertansiyon Tanısı ile Değerlendirilen Hastalar
SS29	**Fatih KURT**, Sevim TÜRAY, Ömer ÖNBAŞ	Farklı Etyolojik Nedenlerle Korpus Kallosumda Geri Dönüşümlü Splenial Lezyon Gelişen Hastaların İrdelenmesi
SS30	**Müge BAYKAN**, Elif DİDİNMEZ TAŞKIRDI, Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	Konjenital Serebellar Malformasyonların İlişkili Olduğu Sendromlar: Tek Merkez Deneyimi
SS31	**İpek Burcu PARLAK İBİŞ**, Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	Febril Nöbet ile Başvuran Hastalarin Klinik Özellikleri ve Nöbet Tekrar Riskinin Değerlendirilmesi
SS32	**Safa Mete DAĞDAŞ**, Yiğithan GÜZİN, Pınar GENÇPINAR, Nihal OLGAÇ DÜNDAR	McArdle Tanılı Hastalarda PYGM Gen Mutasyonlarının Klinik Ile Ilişkisinin Incelenmesi

13 Eylül 2024, Cuma
Salon C
Saat: 17:45-19:00
Sözel Bildiri Oturumu 5
Oturum Başkanları: Eren Er, Gülçin Arslan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS33	**Kürşat ÇETİN**, Hale ÜNVER TUHAN, Mesut PARLAK	Tip 1 Diyabetes Mllituslu Çocuklarda İnsülin İnfüzyon Pompa Uygulamasının HbA1c Üzerine Etkisi
SS34	**Ayşe MAVİ ÖZDEMİR**, Hicran ALTIN, Ayşe ÖZ, Sultan AYDIN	Çocukluk Çağı Vitamin B12 Eksikliği Tedavisinde Kullanılan İntramusküler Siyanokobomalin ve Sublingual Metilkobalamin Tedavi Yanıtın Karşılaştırılması
SS35	Cevat YILDIRIM, Beril BERBEROĞLU, **Büşra Nükhet PEHLİVANOĞLU**, Emine TÜRKKAN, Hüseyin DAĞ	Obez ve Aşiri Kilolu Ergenlerde Patolojik İnternet Kullanımının Değerlendirilmesi ve Kontrol Grubu Ergenler ile Karşılaştırılması
SS36	**Emre ÖZTÜRK**, Taner KASAR, Emine YURDAKUL ERTÜRK, Ecem İPEK ALTIOK, Ceren YAPAR GÜMÜŞ	Turner Sendromunda Kardiyovasküler Bulguların İncelenmesi
SS37	**Büşra Nükhet PEHLİVANOĞLU**	B12 Vitamini Değerlerinin Covid Geçirmiş Olan Çocuklar ile Geçirmemiş Olan Sağlıklı Çocuklarda Karşılaştırılması
SS38	**İbrahim ÖZGÜN**, Gülçin ARSLAN, Gülümay VURAL TOPAKTAŞ, Hakan BİRİNCİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Nadir Bir Pubertal Jinekomasti Olgusu: Unilateral Jinekomasti
SS39	**Gülümay VURAL TOPAKTAŞ**, Rabia MERAL, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Kadri Murat ERDOĞAN, Bumin Nuri DÜNDAR	Ayni Genetik Varyant ve Farkli Cinsiyetlerde Yetiştirilen İki 46, XX Kardeş Olgu: 11 Beta-Hidroksilaz Eksikliği
SS40	Yasemin Funda BAHAR, **Kürşat ÇETİN**, Hale Ünver TUHAN, Mesut PARLAK	Akdeniz Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Kliniğinde Takip Edilen Erkek Puberte Prekoks Vakaları
SS41	**Atilla ÇİFCİ**, Mert TEMUÇİN	Süt Çocukluğu Döneminde Vitamin D Düzeyini ve Kullanımını Etkileyen Parametreler
SS42	Zeynep KUNDAKTEPE, **Yüksel YAŞARTEKİN**, Ayşe Derya BULUŞ	Ulusal Tiroid Tarama Programinda TSH Sonuçlarina Göre Etiyolojinin Araştirilmasi

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon B
Saat: 08:30-10:00
Sözel Bildiri Oturumu 6
Oturum Başkanları: Gülşah Kaner Tohtak, Ezgi Bellikçi Koyu

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS43	**Fahriye PAZARCIKCI**, Emine EFE	Pediatride Robotlar ve Robot Hemşireler Çalışmalarının Bibliyometrik Analizi (1984-2024)
SS44	Emine ÇUBUKCU, **Duygu DEMİR**	Yapay Zeka ve Makine Öğreniminin Tip 1 Diyabette Kullanımı
SS45	**Hamide Nur ÇEVİK ÖZDEMİR**, Selmin ŞENOL	Kanserli Çocukların Bakım Vericilerinde Aile İşlevselliği ve Bakım Yükleri Arasındaki İlişki
SS46	**Ebru YAVUZ**, Hamide Nur ÇEVİK ÖZDEMİR	Çocuk Sağlığını Koruma ve Geliştirmede Hayvan Destekli Müdahaleler: Kanıt Temelli Uygulamalar
SS47	**Hüdanur TOPUZ**, Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ	Relaktasyon ve Emzirmenin Desteklenmesi: Sistematik Derleme
SS48	**Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI**, Dilek AYAKDAŞ DAĞLI, Ekin Dila TOPALOĞLU ÖREN	Doğum Sonu Dönemde Görülen Anne Depresyonu ve Benlik Saygısının Yenidoğan Emzirmesine Etkisi
SS49	**Hatice BÖLÜKBAŞI**, Nevin ŞANLIER	Doğum Sonrası Altı Aylık Dönemde Postpartum Depresyonun Emzirme Öz Yeterlilik ve Emzirme Başarısına Etkisi
SS50	**Hatice BÖLÜKBAŞI**, Hacer BAYKAN, Mizgin TAY, Refika GÖKTEPE, Emine YASSIBAŞ	İlkokul ve Ortaokul Öğrencilerine Verilen Sağlıklı Beslenme Eğitiminin Öğrencilerin Akdeniz Diyetine Uyumuna Etkisinin Değerlendirilmesi
SS51	**Sabriye ARSLAN**, Meryem SABAN GÜLER	Sağlıklı Bir İçecek Alternatifi Olarak Kombucha: Güçlü Bir Antioksidan Mı?
SS52	Meryem SABAN GÜLER, **Sabriye ARSLAN**	Süt Benzeri Bitkisel Bazlı İçecekler Hayvan Sütlerine Alternatif Olabilir Mi? Enerji/Besin Ögesi Değerleri Karşılaştırması
SS53	**Zeynep SAĞ**, Gözde ACAR ARICA, Büşra KAYABINAR	Yeni Doğum Yapan Annelerde Masaj Uygulamasının Fonksiyonel Durum ve Depresyon Üzerine Etkisi; Randomize Kontrollü Pilot Çalışma
SS54	**Gözde ACAR ARICA**, Zeynep SAĞ, Büşra KAYABINAR	0-6 Term Bebeklerde Masajın Uyku Süresi ve Anne-Bebek Bağı Üzerine Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Pilot Çalışma
SS55	Orhan ÖZTÜRK, Merve KURT AYDIN, Yiğithan GÜZİN, Figen BAYDAN, Pınar GENÇPINAR, **Nihal OLGAÇ DÜNDAR**, Derya ÖZER KAYA	Duchenne Muskuler Distrofili Çocukların Annelerinin Ruminasyon Düzeyleri ile Annelerin Mental İyi Oluşluk Düzeyleri ve Çocukların Fiziksel Fonksiyonları Arasındaki İlişki

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 08:30-10:00
Sözel Bildiri Oturumu 7
Oturum Başkanları: Selda Ayça Altıncık, Hale Ünver Turhan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS56	Şefika AKYOL, **Ayşe ÖZ**	Platelet İndeksleri: İnfantil Hemanjiom Takibinde Yeni Bir Araç
SS57	Merve TOSYALI, **Feyza KOÇ**	Bebeklerin Yaşamlarının İlk Yılında Demir Takviyesine Uyumunun Değerlendirilmesi
SS58	Cem KARADENİZ, Rahmi ÖZDEMİR, Nazmi NARİN, **Tolga BACAK**, Berkay ALİMOĞLU, Muhammed Akif ATLAN, Sedef ÖKSÜZ, Hakan DEDECENGİZ, Engin GERÇEKER, Gözde Gürsoy ÇİRKİNOĞLU	Çocuk Hastalarda Irrigasyonlu Contact Force Sensing (ICFS)Radyofrekans ablasyon (RFA) kateteri ile Atrioventriküler Nodal Re-entran Taşikardi (AVNRT) Ablasyonu
SS59	**Sabire GÖKALP**, Halil Tuna AKAR, Asburçe OLGAÇ KILIÇKAYA	Organik Asidemi Tanisi ile İzlenen Hastalarda Visseral Adipositenin Değerlendirilmesi
SS60	**Sibel Burçak ŞAHİN UYAR**, Ayşe Ergül BOZACI	Doğuştan Metabolik Hastaliklarda Görülen Maligniteler
SS61	**Benay TURAN**, Gülçin ARSLAN, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Tayfun CİNLETİ, Özge ÖZER KAYA, Bumin Nuri DÜNDAR	Kliniğimizde İzlenen Mozaik Turner Olgularının Klinik Özellikleri
SS62	**Sibel Tuğçe AYGÜN**, Gözde GÜRPINAR, Gizem BÖKE KOÇER, Esra KOÇYİĞİT, Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER, Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES	Prader Willi Sendromlu Olguların Tanı-Tedavi Süreci: Tek Merkez Deneyimi
SS63	**Esra KOÇYİĞİT**, Gözde GÜRPINAR, Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER, Gizem BÖKE KOÇER, Sibel Tuğçe AYGÜN, Özlem ÜNAL UZUN, Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES	Hipofosfatemik Rikestsin metabolik nedenleri
SS64	Merve TÜLÜ ŞAHİN, **Tuba KASAP**, Arif İsmet ÇATAK, Ali GÜL, Ergün SÖNMEZGÖZ	Tip 1 Diabetes Mellitus Tanisi ile İzlenen Çocuk ve Adölesanlarin Hayat Kalitesinin Değerlendirilmesi

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 13:30-14:30
Sözel Bildiri Oturumu 8
Oturum Başkanları: Tuba Tuncel, Mehmet Fatih Orhan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS65	**Abdulkerim ELMAS**, Mustafa AKÇAM, Füsun Zeynep AKÇAM, Yasemin ERSÖZLÜ, Metehan ÖZEN	Bir Üniversite Hastanesinin Çocuk Yatan Hasta Kliniklerinde Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyonların Epidemiyolojik ve Klinik Özellikleri; Bir Yıllık Sürveyans
SS66	Şilem ÖZDEM ALATAŞ, İrem Ceren ERBAŞ, Ayşe ÇAKIL GÜZİN, **Damla SEYHANLI**, Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER, Özgür APPAK, Eda KARADAĞ ÖNCEL, Nurşen BELET	Meningoensefalit Kliniği ile Başvuran Hastaların Beyin Omurilik Sıvısında Multipleks PCR Yöntemi Kullanılarak Elde Edilen Sonuçlarının Değerlendirilmesi
SS67	Sevgi KUŞ, **Dilek YILMAZ**	Çocukluk Çağı Derin Boyun Enfeksiyonlarında Çocuk Enfeksiyon İzlemi
SS68	***BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR***	
SS69	Sezgin GÜNEŞ, **Suzan ŞAHİN**, Meltem KOYUNCU ARSLAN, Nurhan KORKMAZ, Özlem KARACA DAĞ, Emir GÖKALP, Uğur Hazal SABAN, Mehmet Yekta ÖNCEL	İki Farklı Etnik Nüfusta Annelerin Gebelik Öncesi Vücut Kitle İndekslerine Göre Gebelik Sırasında Kilo Alma Eğilimleri-Yenidoğan Sonuçları Açısından Bir Fark var mı?
SS70	Ümit Aslan SARITAŞ, **Dilek YILMAZ**	Yeni Açılan 3. Basamak Bir Hastanede Candida parapsilosis'e Bağlı Katater İlişkili Kan Akımı Enfeksiyonu Olan Pediatrik Olguların Klinik Bulguları ve Antifungal Direnç Paternleri
SS71	**Gülsüm KAYA**, Burcu GÜRER GİRAY, Zeynep ERGENÇ, Taner ADIGÜZEL, Hasan ERGENÇ, Vefik ARICA	Ebeveynlerin Antibiyotik Kullanımı Konusundaki Bilgi Tutum ve Davranışlarının Değerlendirilmesi: Yalova Devlet Hastanesi Örneği
SS72	**Özge Pelin AKBAY**	Uzun Süreli Sistemik Kortikosteroid Kullanimina Bağli Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal Eksene Etkisi

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 14:30-15:30
Sözel Bildiri Oturumu 9
Oturum Başkanları: Dijle Ayar, Hamide Nur Çevik Özdemir

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS73	**Gülay BAŞ**, Hatice YILDIRIM SARI	Pediatri Hemşiresinin Gözünden Yaşamsal Geçişler: Meleis Geçiş Kuramı
SS74	**Mehtap ÇİL**, Tuba ARPACI	İnteraktif Robotun Çocukların Ameliyat Öncesi Korku ve Anksiyete Düzeylerine Etkisi: Randomize Kontrollü Çalışma
SS75	**Fahriye PAZARCIKCI**, Nevin USLU	Dijital Ebeveynlik Farkındalığının "YÖK-Tez" Örnekleminde Bibliyometrik ve İçerik Analizi
SS76	Meltem GÜRCAN, **Sevcan ATAY TURAN**	Çocuklarda Periferik İntravenöz Kateter Yerleştirmede Güncel Yaklaşımlar
SS77	Güzide ÖZDEN AKCAN, **Rabiye GÜNEY**, Zekeriya İLÇE	Pediatrik Herni Ameliyatı Sırasında Annelerin Anksiyete Düzeylerine Örgü Örmenin Etkisi
SS78	**Burcu BAKIRLIOĞLU**, Bengü ÇETİNKAYA, Rabia Nur TEKİ	Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşirelerinde Karşılanamayan Bakım, Nedenleri ve Ahlaki Sıkıntıya Etkileri
SS79	**Duygu DEMİR**, Emine ÇUBUKCU	Pediatrik Cerrahi Hemşirelerinin Terapötik Oyun ile İlgili Görüş ve Deneyimleri: Niteliksel Bir Çalışma
SS80	**Yağmur ŞANCI**, Didem TANIK, Amine DURMAZ, Kardelen ÇİÇEK, Ebru AYDIN	Çocuklarda Girişimsel Ağrının Yönetiminde Kullanilan Nonfarmakolojik Uygulamalarin İncelenmesi

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 15:30-16:30
Sözel Bildiri Oturumu 10
Oturum Başkanları: Elif Çomak, Özlem Bağ

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS81	**Hicran ALTIN**, Zeynep Aylin KURT	Toplum Kökenli Pnömoni Tanısıyla Hastaneye Yatırılan Çocuk Hastaların Demografik, Klinik ve Radyolojik Özellikleri: Yüksek Akışlı Nazal Kanül Oksijen Tedavisinin Etkisi
SS82	**Fatma UZUN**, Aslıhan KARA, Esra GENÇ, Metin Kaya GÜRGÖZE	Akut Böbrek Yetmezliği Tanisi ile Hospitalize Edilerek İzlenen Çocuk Hastalarin Uzun Dönem İzlemde Etyoloji ve Prognozu: Tek Merkez Deneyimi
SS83	**Hatice Zeynep TERZİ**, Muhammet Furkan KORKMAZ, Gülsüm Elif ÖMER, Şefika Elmas BOZDEMİR, Merve KORKMAZ, İbrahim KOÇ, Behiye ORAL	Orta ve Ağır COVID-19 Enfeksiyonu Geçiren Çocuklarda Uzun Dönem Pulmoner Fonksiyonun Değerlendirilmesi
SS84	Hatice Ece GÜMÜŞ, **Zehra Neşeli**, Gülşen YALÇIN, Murat ANIL	Çocuk İstismarı: Toplumsal Bir Kriz: 2014-2019 Yılları Arasında Çocuk İzlem Merkezi'ne Başvuran Olguların Değerlendirilmesi
SS85	Şefika BARDAK, **Tuğçe NALBANT**, Yüksel BICILIOĞLU, Gamze GÖKALP, Elif Gökçe ÜNAL, Fatih DURAK	Çocuk Acil Servisi'nde Yüksek Akış Nazal Kanül Oksijen Tedavisi Başlanan Hastaların İzlemi Nerede Devam Etmeli?
SS86	**Gonca GÖKMEN ÖZEL**, Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK	Kültür Kanitli Hemorajik Sistit Tanili Olgularin Değerlendirilmesi
SS87	**Cemaliye BAŞARAN**, Belde KASAP DEMİR	13-16 Yaş Grubu Çocuklarda Kan Basıncı Fenotiplerinin Zamanla Değişimi
SS88	Aslan Ali KIRGIN, **Yüksel YAŞARTEKİN**, Ayşe Derya BULUŞ, Uğur Ufuk IŞIN	Çocuk Acil Polikliniğine Başvuran Hastalarin Başvuru ve İzlemlerinde Stres Hipergliseminin Değerlendirilmesi

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 16:30-17:30
Sözel Bildiri Oturumu 11
Oturum Başkanları: Hakan Salman, Taner Adıgüzel

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS89	**Hüseyin ŞİMŞEK**, Mustafa AKÇALI	Konjenital Batın Ön Duvar Defektleri: 3 Yıllık Tek Merkez Deneyimi
SS90	**İbrahim Cemal MASLAK**	Besin Proteinine Bağlı Alerjik Proktokolit ve Enterokolitli Çocukların Özellikleri
SS91	**Selen GÜLER**, Fatih DURAN	Malnutrisyonlu Çocukların Değerlendirilmesi, Tedavi Hedeflerimize Ulaşabiliyor muyuz?
SS92	**Gökcen KARAMIK**, Zeynep DONBALOĞLU	Down Sendromlu Olguların Klinik ve Laboratuvar Özelliklerinin İzleminde Anahtar Noktalar
SS93	**Gözde ÇELİKSÖZ**, Serenay ÇETİNOĞLU, İlksen DEMİR, Celal ÖZKAYA, Betül AKSOY, Sinem KAHVECİ, Berk ÖZYILMAZ, Özgür KIRBIYIK, Yeliz ÇAĞAN APPAK, Maşallah BARAN	Çocukluk Çağı İnflamatuvar Bağırsak Hastalığında Genetik Mutasyonlar ve Önemi
SS94	**Celal ÖZKAYA**, Kardelen AKIN, Betül AKSOY, Sanem EREN AKARCAN, Yeliz ÇAĞAN APPAK, Tuğba TUNCEL, Maşallah BARAN	Eozinofilik Özofajit Tanili Çocuklarda İnhalan Alerjen Duyarliliğinin Değerlendirilmesi
SS95	**İdil AKAY HACI**, İlke TAŞKIRDI	Primer İmmün Yetmezlik Tanılı Hastaların Klinik Başvuru Şekillerinin Değerlendirilmesi: Tek Merkez Deneyimi
SS96	**Hilal KOYUNCU**, Ayşe OFLU, Ayşe GÜNGÖR, Ayşegül BÜKÜLMEZ	Çocuklarda Kolelitiazis Olgularının İncelenmesi; Tek Merkez 6 Yıllık Deneyim

14 Eylül 2024, Cumartesi
Salon C
Saat: 17:30-18:30
Sözel Bildiri Oturumu 12
Oturum Başkanları: Taner Baran, Erdem Durmaz

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
SS97	Jülide Gülizar YILDIRIM, Irmak TUNA, Bumin Nuri DÜNDAR, **Hakan BİRİNCİ**	Çocukluk Çağı Obezitesinde Yaşam Stili Davranişlarinin Covid-19 Öncesi, Kapanma Dönemi ve Post-Covid Döneminde Karşılaştırılması
SS98	Niyazi Onur ŞAPCI, **Sevim ONGUNER**, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Anormal Uterin Kanama Tanılı Adolesan Olguların Değerlendirilmesi
SS99	Berna SİNGİN, Ebru BARSAL ÇETİNER, **Hale ÜNVER TUHAN**	Santral Hipotiroidi Tanılı Hastaların Değerlendirilmesi
SS100	Zeynep DONBALOĞLU, **Kürşat ÇETİN**, Hale TUHAN, Mesut PARLAK	İdiopatik Büyüme Hormonu Eksikliği Olan Olgularda Rekombinant Büyüme Hormonu Tedavisinin Sonuçları: Final Boy ve İlişkili Faktörler
SS101	Mutluhan YİĞİTASLAN, **Gülümay VURAL** TOPAKTAŞ, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Osteogenesis İmperfekta Tanısı Alan Olguların Klinik, Genetik Özelliklerinin ve Bifosfonat Tedavisi Yanıtının Değerlendirilmesi
SS102	**Hakan BİRİNCİ**, Sevim ONGUNER, Taha Reşid ÖZDEMİR, Bumin Nuri DÜNDAR	Erken Dönemde Tani Alan Hiperglisemi Olgusu
SS103	**Duygu ÇALIŞKAN**, Özden AKSU SAYMAN	Türkiye'de Şurup ve Damla Formunda Bulunan Demir Preparatlarının Prospektüslerinin Okunabilirlik Düzeylerinin Değerlendirilmesi
SS104	Emine YURDKUL ERTÜRK, **Taner KASAR**, Ceren YAPAR GÜMÜŞ, Ecem İpek ALTINOK, Emre ÖZTÜRK	Kawasaki Hastalığında Son Beş Yılda Neler Değişti?
SS105	**Muhammed Burak SELVER**	Çocuk Yoğun Bakım Deneyimimiz

SS1

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIMDA AÇIK VE KAPALI ASPİRASYON SİSTEMİNİN YENİDOĞANIN AĞRISINA, YAŞAM BULGULARINA ETKİSİ

Aslı ALACA[1], Hatice YILLDIRIM SARI[2], Hanife KARAÖZ[3], Hatice AKIN BOSTAN[4], Defne ENGÜR[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Hemşirelik, Çocuk Acil Hemşiresi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Hemşirelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Acil Hemşiresi, İzmir, Türkiye
[4]Aile Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi, Aile Sağlığı Merkezi/Hemşire, İzmir, Türkiye
[5]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Yenidoğan Uzmanı, İzmir, Türkiye

Giriş: Endotrakeal aspirasyon, yenidoğan yoğun bakım ünitelerindeki hemşirelerin oksijenlemeyi artır

mak ve hava yollarındaki sekresyonları uzaklaştırmak için uyguladığı bir prosedür ve entübe yenidoğanlarda en sık strese neden olan ağrılı işlemlerden biridir.

Amaç: Bu çalışma, mekanik ventilasyon uygulanan yenidoğan bebeklerde açık ve kapalı endotrakeal aspirasyonun ağrı, kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonuna etkisini karşılaştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Deneysel olarak tasarlanan bu çalışma bir kamu hastanesinin 3. Basamak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde mekanik ventilasyon uygulanan 30 yenidoğan ile yürütülmüştür. Hastanın gün içerisinde ilk aspirasyonu kapalı aspirasyon, ikinci aspirasyonu açık aspirasyon olarak yapılmıştır. Her aspirasyon işlemi öncesi, sırası ve sonrası 30. dakika da ağrı, kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonu değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmada yenidoğan bebeklerin % 53,3'ünün erkek olduğu, % 36,6'sının kardiyak anomali nedeniyle yoğun bakımda yattığı görülmüştür. İncelenen tüm parametrelerde kapalı aspirasyon veya açık aspirasyon kullanımına göre istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktur. Aspirasyon sırasında ölçülen saturasyon değerlerinin hem aspirasyon öncesi saturasyon değerlerinden hem de aspirasyondan 30 dakika sonra ölçülen değerlerden düşük olduğu görülmektedir. Çalışmada aspirasyon sırası ile aspirasyondan 30. dakika sonra ölçülen kalp tepe atımı değerleri arasında farklılık olduğu görülmektedir. Aspirasyon sırasında ölçülen kalp tepe atımı değerleri aspirasyondan sonra ölçülen kalp tepe atımı değerlerinden daha düşük olduğu görülmüştür. Ayrıca çalışmada, kullanılan aspirasyon yönteminin (açık aspirasyon vs kapalı aspirasyon) yenidoğan bebeklerde aspirasyon işlemine bağlı oluşan ağrı üzerine etkisi olmadığı görülmüştür.

Sonuç: Yenidoğanlara uygulanan iki farklı aspirasyon yönteminin bebeklerde ağrı, kalp tepe atımı ve oksijen saturasyonu açısından anlamlı bir fark oluşturmadığı görülmüştür.

Anahtar Kelimeler: Kapalı sistem aspirasyon, Açık sistem aspirasyon, Ağrı, Yenidoğan Yoğun Bakım

SS2

ÇOCUKLARDA KULLANILAN AĞIRLIK TAHMİN YÖNTEMLERİNİN ARTILARI EKSİLERİ VE HEMŞİRENİN ROLÜ

Aslı ALACA[1], Hatice YILDIRIM SARI[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Hemşirelik, Çocuk Acil Hemşiresi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Hemşirelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

Ağırlık önemli bir antropometrik parametredir. Çocuklarda büyüme ve gelişmeyi belirlemek için rutin olarak kullanılır Ayrıca çocukların ağırlığının bilinmesi, ilaç dozları, sıvı miktarı ve resüsitasyon sırasında kullanılacak ekipman seçimi için de çok önemlidir. Acil servise başvuran çocuk hastaların ilaç dozlarının hesaplanmasında ve kullanılacak ekipman boyutlarının belirlenmesinde sıklıkla hastanın vücut ağırlığı standart bir tartı ile tartılarak belirlenir. Ancak bazı durumlarda bu mümkün olmayabilir. Yanlış kilo tahminlerine bağlı tıbbi hataların önüne geçebilmek için acil durumlarda ağırlığı doğru bir şekilde tahmin etmek için çeşitli araçlar geliştirilmiştir. Pediatrik hastalarının ağırlığını tahmin etmek için ebeveyn, hemşire, doktor ağırlık tahmini, yaşa göre ağırlık formülleri ile ağırlık tahmini, uzunluğa dayalı yöntem ile ağırlık tahmini (Broselow bandı), kol ortası çevresine göre ağırlık tahmini, ayak uzunluğu ölçümü ile ağırlık tahmini, DEVİSED ağırlık tahmin yöntemi, MERCY ağırlık tahmin yöntemi, PAWPER XL ağırlık tahmin yöntemler geliştirilmiştir. Çocukların, kiloları ölçülemediğinde kilo tahmininin doğru yapılması önemlidir. Bu özellikle ilaç uygulamalarında yanlış doz hesaplanmasının önüne geçilmesi açısından önemlidir. Bu yüzden hastaların yaşını ve kilosunu doğru tahmin etmek, hemşirelerin beklenen becerileridir.

Anahtar Kelimeler: ağırlık tahmin yöntemleri, kilo tahmini, hemşire

SS3

ERGENLERDE YAŞAM KALİTESİ DURUMLARININ SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI VE ÖFKE ÜZERİNE ETKİSİ

Vesile ADIGÜZEL[1], Taner ADIGÜZEL[2]

[1]Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Yalova, Türkiye
[2]Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Yalova, Türkiye

Giriş: Ergenlik dönemindeki bireylerin yaşam kaliteleri günlük yaşamlarıyla doğrudan ilişkilidir. Bireyler sosyal becerilerini geliştirerek (okul, sosyal ve aile ilişkileri) ve duygusal bağımsızlığını kazanarak yaşam kalitelerini arttırabilmektedir. Özellikle duygularını tanıması, ifade etmesi ve kontrol altına alması önemlidir. Ergenler teknolojinin hayatımıza bu kadar girmesi ile birlikte, sosyalleşme süreçlerini online ortamlarda daha fazla yaptıkları bilinmektedir. Ergenlerin özellikle gelişim dönemlerinde sosyal medya bağımlılıkları ve öfke gibi güçlü duyguların farkındalığı ve ifadesinde sorun yaşaması yaşam kalitelerini olumsuz etkileyebileceğini söyleyebiliriz.

Amaç: Çalışmamız ergenlerde yaşam kalitesi durumlarını sosyal medya bağımlılığı ve öfke üzerine etkisini belirlemeyi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya başlamadan önce Yalova Üniversitesinden etik kurul izni (protokol no: 2024/38) alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı okuldan kurum izni, okulun bağlı olduğu ilin milli eğitim müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Öğrencilerin velilerinden veli onam formu ile yazılı izinleri alındı. Araştırmada kişisel bilgi formu, Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği Ergen Formu, Ergenlerde Sosyal Medya Bağımlılığı Ölçeği - Kısa Formu ve Öfke İfade Tarzı Ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışma bulgularına bakıldığında araştırmaya katılan 239 öğrencilerin 12-18 yaş aralığında olduğu belirlendi. 7. ve 12. Sınıfta okuyan öğrencilerin internet kullanım sürelerine bakıldığında 2-4 saat arası internet kullanım oralarının diğer oranlardan daha fazla olduğu (n=101) saptandı. Ayrıca 6 saat ve üzeri internet kullanımı olan öğrencilerin (n=37) öfke puan ortalamalarının diğer internet kullanım sürelerine oranla daha yüksek olduğu (88,05±17,90) saptandı. Çalışmamıza katılan öğrencilerin sürekli öfke ölçeği puan ortalaması 79,12±13,88 olduğu gözlendi. Ölçekten en az 34 en fazla 136 puan alındığına göre çalışmamızda ki öğrencilerin öfke düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir. Ayrıca çalışmaya katılan ergenlerin ortama %10'unda sosyal medya bağımlılığı olduğu belirlendi.

Sonuç: Psikiyatri hemşirelerinin ergenlere sağlıklı internet kullanımı ve öfke kontrolü üzerine eğitimler vermesi ve bu eğitimlerin sürdürülmesi önerilmektedir. Ayrıca ergenlerde yaşam kaliteleri üzerine farkındalık programlarının planlanması tavsiye edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yaşam Kalitesi, , Sosyal Medya Bağımlılığı, , Öfke, Ergenler,

SS4

EBEVEYNLERİN E-SAĞLIK OKURYAZARLIĞI İLE ÇOCUKLARDA UYKU ALIŞKANLIKLARI ARASINDAKI İLİŞKİ: TANIMLAYICI VE KESİTSEL BİR ÇALIŞMA

Pınar BEKAR[1], **Emine EFE**[2]

[1]Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Bucak Sağlık Yüksekokulu, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Bucak/Burdur, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Uyku, çocukların sağlığı açısından önemlidir. Ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlığı düzeyi, çocukların uyku alışkanlıkları ile ilişkili olabilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlığı ile çocuklarda uyku alışkanlıkları arasındaki ilişkinin incelenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikte olan bu araştırma, 2023-2024 eğitim öğretim yılı, bahar döneminde Türkiye'de bulunan bir ilçenin merkezinde yer alan devlet anaokulları arasından basit rastgele örnekleme yöntemi ile seçilen iki anaokulunda öğrenim gören öğrencilerden araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerle gerçekleştirilmiştir (n= 138). Araştırmanın verileri, yüz yüze görüşme tekniği kullanılarak toplanmıştır. Veri toplama aracı olarak "Kişisel Bilgi Formu", "Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi" ve "E- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği" kullanılmıştır. Veriler, SPSS 22.00 paket programı aracılığı ile analiz edilmiştir. Çalışmaya başlamadan önce etik kurul ve kurum izni alınmıştır. Uygulama öncesi ebeveynlere araştırma hakkında bilgi verilmiş ve onların sözlü ve yazılı onamları alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan ebeveynlerin %87.7'si kadındır. Çocukların %52.2'sinin cinsiyeti kızdır. Çocuk Uyku Alışkanlıkları Anketi puan ortalaması ile ebeveynlerin E- Sağlık Okuryazarlığı Ölçeği puan ortalaması arasında negatif yönde, istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Bu çalışmada, ebeveynlerin e-sağlık okuryazarlığı ölçeği puanı arttıkça çocuk uyku alışkanlıkları anketi puanlarının azaldığı sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: E-sağlık okuryazarlığı, Çocuk, Uyku

SS5

EBEVEYNLERİN GÖZÜNDEN ÇOCUKLARININ PROBLEMLİ MEDYA KULLANIMI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

Hande ÖZGÖRÜ[1], Şerife TUTAR[2], Özlem ŞENSOY[3]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Isparta, Türkiye
[3]İstanbul Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, İstanbul, Türkiye

Amaç: Araştırmamızda 4-11 yaş arası çocuğa sahip ebeveynlerin gözünden çocuklarının problemli medya kullanımı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı tipte olan bu araştırma Aralık 2023- Şubat 2024 tarihleri arasında, 4-11 yaş arası çocuğa sahip 433 ebeveyn ile yürütülmüştür. Veriler, sosyodemografik özellikleri içeren "Ebeveyn ve Çocuk Tanıtım Formu" ve "Problemli Medya Kullanım Ölçeği- Kısa Formu" kullanılarak toplanmıştır. Veriler, SPSS 26.0 (IBM Inc, Chicago, IL, USA) istatistik paket programı kullanılarak ortalama, standart sapma, sıklık, yüzde, Mann-Whitney U Testi, Kruskal-Wallis Testi kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmanın yürütülebilmesi için Etik Kurul izni, ebeveynlerden ise araştırmaya katılım için onam alınmıştır.

Bulgular: Araştırmamızda ebeveynlerin yaş ve eğitim düzeylerinin çocuklarda ise cinsiyet ve kardeş sayısının çocukların problemli medya kullanımında etkili olduğu belirlenmiştir. Çocukların günlük internet kullanım sürelerinin 2-4 saat (%38,8) olduğu, medya araçlarını en fazla video izleme/oyun oynama amaçlı kullandıkları (%96,8), ebeveynlerin çocukların medya araçlarını kullanmalarından dolayı sıklıkla endişelendikleri (%32,6) ve internet filtre programları kullandıkları (%64,2) belirlenmiştir. Ebeveynlerin çocuklarının problemli medya kullanımına yönelik uygulamalarına bakıldığında ise çoğunlukla uyarma konuşma (%25,9) ve/veya süre kısıtlama (%23,8) gibi uygulamalarda bulundukları belirlenmiştir.

Sonuç: Bu çalışmadan elde edilen sonuçlar 4-11 yaş arasındaki çocuklarda problemli medya kullanım düzeyinin yüksek olduğunu göstermiştir. Çocukların internet kullanım süresi, ebeveynin eğitim durumu ve mesleği çocukların problemli medya kullanım durumunu etkilemektedir. Çocuklarda problemli medya kullanımının azaltılmasında hem ebeveynlere hem de çocuklara medya kullanımına ilişkin farkındalık eğitimlerinin verilmesi ayrıca bu yaş grubu çocukların eğitim-öğretim faaliyetlerinin gerçekleştirilmesinde problemli medya kullanımının göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Ebeveyn, Medya, Problemli medya kullanımı

SS6

YENİDOĞANLARDA YAKIN KIZILÖTESİ SPEKTROSKOPI İLE DOKU OKSİJENASYONUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ VE HEMŞİRELİK BAKIMI: LİTERATÜR DERLEMESİ

Hande ÖZGÖRÜ[1], Suzan YILDIZ[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Eğirdir Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulu, İlk ve Acil Yardım Programı, Isparta, Türkiye
[2]İstanbul Üniversitesi-Cerrahpaşa, Hemşirelik Fakültesii, Hemşirelik, İstanbul, Türkiye

Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YYBÜ)'nde term ve preterm yenidoğanlar birçok invaziv işleme maruz kalmaktadır. Bu işlemler sırasında özellikle pretermler sistemsel gelişimlerini tamamlamadıkları için solunumsal ve gastrointestinal sistem başta olmak üzere birçok komplikasyon ile karşı karşıyadır. Bu sorunların tanılama ve tedavi aşamasında kullanılan Near-infrared spectroscopy-NIRS (yakın kızılötesi spektroskopi) cihazı, çeşitli non-farmokolojik girişimlerin etkinliğini değerlendiren güncel bir uygulamadır. Aynı zamanda NIRS, doku oksijenasyonunu ölçmek için yakın kızılötesi bir ışık spektrumunun emilimini ve yansımasını kullanan ve dolaylı olarak bölgesel kan akışını temsil eden bir araştırma tekniğidir. Şu anda, beyin, böbrek ve abdominal dolaşım da dahil olmak üzere vücudun birden fazla bölgesinde bölgesel oksijenasyonu aynı anda ölçmek mümkündür. NIRS ile ölçülen bölgesel (serebral, abdominal) doku oksijen doygunluğu, yenidoğanlarda serebral hemodinamiklerin izlenmesinde, beslenme intoleransı, nekrotizan enterokolit gibi gastrointestinal komplikasyonların tanı ve tedavisinde kullanımı artan bir parametre haline gelmiştir. Literatüre bakıldığında NIRS ile ilgili yapılan çalışmaların preterm yenidoğanlarda serebral oksijenizasyon üzerine yoğunlaştığı görülmektedir. YYBÜ'nde çalışan hemşirelerin NIRS cihazını kullanması, takibinde dikkat etmesi gereken noktaları bilmesi ve yorumlanmasını öğrenmesi komplikasyonların erken dönemde tanımlanması açısından oldukça önemlidir. Bu literatür derlemesindeki amaç; yenidoğanlarda serebral ve abdominal doku oksijenizasyonunun NIRS teknolojisi ile ölçülmesine yönelik bilgileri ve hemşirelik bakımını güncel literatür ışığında değerlendirmektir.

Anahtar kelimeler: Doku oksijenasyonu, Hemşirelik bakımı, Yakın kızılötesi spektroskopi, Yenidoğan

SS7

OTİZM YOLCULUĞUNDA YENİ DİYABET TANISI ALMAK: MCGILL HEMŞİRELİK MODELİ İLE DESTEK

Sevgim KÜÇÜK ULAK[1], Didar Zümrüt BAŞBAKKAL[2]

[1]SBÜ. Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Yandallar Servisi, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, izmir, Türkiye

Bu çalışma, Otizm Spektrum Bozukluğu (OSB) tanısı almış olan 14 yaşındaki bir bireyin Tip 1 diyabet tanısı almasının ardından yaşadığı süreci ve bu süreçte uygulanan hemşirelik bakımını ele almaktadır. Otizm, genellikle okul öncesi dönemde başlayan ve sosyal iletişim ve etkileşimde zorluklar ile tekrarlayıcı davranışlarla karakterize edilen bir nörogelişimsel bozukluktur. Tip 1 diyabet ise pankreas beta-hücrelerinin kaybından kaynaklanan ve çocuklarda sıkça görülen kronik bir hastalıktır. Bu iki durumun bir arada bulunması, hastanın ve ailenin sağlık yönetimini daha karmaşık hale getirebilir. Bu bağlamda, McGill Hemşirelik Modeli'nin uygulanması, hemşirelik bakımında birey ve ailenin güçlü yönlerine odaklanarak, onların sağlık potansiyellerini geliştirmeyi hedeflemektedir. Bu modelin varsayımlarına göre, tüm aileler sağlık potansiyellerine sahiptir ve sağlıkla ilgili problem çözme yetenekleri, aile sağlığını geliştirme sürecini yansıtır. Model, birey ve ailesinin sağlıklarını artırmayı, güçlendirmeyi ve sürdürebilmeyi amaçlar. Bu bağlamda, mevcut sağlık durumları, hastalıklar, engeller ve diğer sorunlarla başa çıkmalarını desteklemek için birey ve ailelerin yeteneklerini geliştirmek, desteklemek ve tamamlamak ön plandadır. Çalışmada, Olgu ÖY'nin hastaneye yatışı ve tedavi süreci detaylı bir şekilde incelenmiş, diyabet yönetimi ve eğitimleri ve taburculuk dönemi ile taburculuk sonrası dönem kapsamlı bir şekilde ele alınmıştır. Sonuç olarak, teori temelli bakımın, hem çocuğun hem de ailenin uyum sürecine olumlu katkı sağladığı gözlemlenmiştir.

Anahtar Kelimeler: McGill hemşirelik modeli, Tip 1 diyabet, Otizm spektrum bozukluğu, Aile güçlendirme, Diyabet eğitim

SS9

AKUT VE KRONİK İZLEMDE NUSINERSEN TEDAVİSİNİN HEMATOLOJİK-BİYOKİMYASAL PARAMETRELERLE MOTOR FONKSİYONLARA ETKİSİ

Beyza URAL KOLUAÇIK

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji b.d, Antalya, Türkiye

Giriş: Spinal Musküler Atrofi (SMA) tedavisinde ülkemizde kullanım şansı bulan Nusinersen bir anti-sense oligonükleotit olup pediatrik ve yetişkin SMA hastaları için FDA tarafından Aralık 2016 tarihinde onaylanmıştır. Gerçek yaşam verileri ise ilaç güvenliği ve etkinliğini değerlendirmek açısından halen önemlidir.

Amaç: Geniş bir pediatrik hasta grubunun izlem özellikleri sunularak tedavi alan hastaların tıbbi yolculukları özetlenmeye çalışılmaktadır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Nöroloji B.D'da Ocak/2022 -Haziran/2024 yılları arasında takip edilen ve nusinersen uygulanan 0-18 yaş aralığındaki SMA tanılı hasta grubuna ait, klinik ve laboratuvar özellikler retrospektif olarak araştırıldı. Hastaların ilk doz öncesi, yükleme dozları sonrası ve aldıkları tüm dozlar öncesi labaratuvar bulguları derlendi.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 16'sı Tip 1, 8'i Tip 2, 8'i Tip 3 olarak belirlendi.1-18 doz aralığında nusinersen uygulanan toplam 32 olgu çalışmaya alındı. 4 yaş, SMA tip 1 tanılı 1 hastada 8. Nusinersen dozundan sonra pansitopeni gelişmiş olup, çocuk hematoloji bölümü tarafından yapılan değerlendirme sonrasında gelişen aplastik anemi (DEB testi pozitif) gelişen hastada tedavinin durdurulması önerildi. Altı hastada tedavinin herhangi bir döneminde demir eksikliği anemisi, 2 hastada lökopeni, 8 hastada nötropeni, 5 hastada lenfopeni, 4 hastada trombositopeni, 13 hastada spot idrar protein düzeyi yüksekken bu hastalardan 1 tanesinde çalışılan 24 saatlik idrar protein atılımı normaldi. Tüm hastalarda HFMS ve CHOP-INTEND skorlarında başlangıca göre belirgin artış gözlenmiştir.

Sonuç: Anti-sense oligonükleotid tedavilerinin yan etkilerinin izleminde trombositopeni, koagülasyon parametrelerinde uzama, nefropatiye bağlı proteinüri izlemi önerilmektedir. Ancak hastaların %54.3'ünde trombositopeni yanı sıra diğer hematolojik parametrelerde kendiliğinden iyileşen bozulma saptanması, ve bir hastada gelişen aplastik anemi, hematolojik parametrelerin rutin izlemi açısından uyarıcıdır. Erken dönemde idrarda protein atılımı saptanan hastaların tedavi açısından bir kontraendikasyon oluşturmadığı ancak nefropati açısından yakın izlemin devam etmesi gerektiği açıktır.

Anahtar Kelimeler: SMA, nusinersen, pansitopeni

SS10

KONUŞMA GERİLİĞİ NEDENİYLE ÇOCUK NÖROLOJİSİ POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem ÖZSOY

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi, Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Bölümü, Rize, Türkiye

GİRİŞ: Konuşma geriliği çocukluk döneminde çocuk nörolojisi polikliniklerine en sık başvuru nedenlerindendir. Çocuğun zamanında konuşma ve dil yeteneği kazanması, gelişimini gösteren önemli bir göstergedir. Konuşma gerilikleri, altta yata nörolojik nedenlere bağlı olarak ortaya çıkabilir.

AMAÇ: Merkezimize konuşma geriliği şikayetiyle başvuran olguları sunmayı amaçladık.

YÖNTEM: 01.03.2024-31.05.2024 tarihleri arasında Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Rize Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nörolojisi Bölümü' ne konuşma geriliği nedeniyle başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

BULGULAR: Çalışmada yer alan 34 hastanın %26.5' i kız (n=9), %73.5' i erkekti (n=25). Yaş ortalaması 40.2±14.8 ay (minimum 15 ay, maksimum 89 ay)' dı. Prematüre doğum veya düşük doğum ağırlığı öyküsü 5 (%14.7) hastada saptandı. Ailede konuşma geriliği olan birey bulunan 12 (%35) hasta vardı. Elektroensefalografide epileptik bozukluk 6 (%17.6), otizm spektrum bozukluğu açısından yüksek risk 8 (%23.5) ve işitme kaybı 3 (%8.8) hastada bulundu. Gelişimsel dil geriliği 8 (%23.5), global gelişme geriliği 9 (%26.5) hastada tespit edildi. Beyin manyetik rezonans görüntülemesiyle 2 (%5.9) hastada anormallik saptandı.

TARTIŞMA: Konuşma geriliği ile başvuran hastaların zamanında tanı alması, altta yatan olası nedenlerin erken saptanması ve tedavi edilmesi açısından büyük önem taşır. İşitme kaybından epileptik bozukluğa kadar bazı risk faktörleri ve nedenlerin yanı sıra, ailesel ve çevresel etkenler de konuşma bozuklukları ile ilişkilidir. Konuşma geriliğine yol açan bazı nedenler tedavi edilebilir niteliktedir. Ayrıca çoğu zaman aileler bu durumu bir sorun olarak görmemekte ve zamanla kendiliğinden düzeleceğine inanmaktadır. Bu bakış açısı da tanıda ve tedavide gecikmelere yol açmaktadır.

SONUÇ: Konuşma geriliği nedeniyle başvuran çocuklarda, fizik muayene, tarama testleri ve tanısal testler, altta yatan global gelişim geriliği, epilepsi, otizm spektrum bozukluğu ve işitme kaybı gibi durumların erken tanısı ve tedavisi açısından önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Epilepsi, Gelişim geriliği, İşitme kaybı, Konuşma geriliği

SS11

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTEMİZDE 32 GEBELİK HAFTASININ ALTINDAKİ PREMATÜRE BEBEKLERDE MORBİDİTE VE MORTALİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Meltem BÜTÜN[1], Hasan ÇETİN[2], Gonca SANDAL[3]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonatoloji, Isparta, Türkiye
[3]Medipol Üniversitesi, Medipol Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Neonatoloji, İstanbul, Türkiye

Giriş: Neonatal mortalite hızı, ülkelerin gelişmişlik düzeyini yansıtan önemli bir gösterge olarak kabul edilmektedir. Prematürite ve buna eşlik eden komplikasyonlar, neonatal mortalitenin önemli bir sebebidir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada her sene yaklaşık 15 milyon prematüre (37 gestasyonel haftanın altında) bebek doğmaktadır. Özellikle çok düşük doğum ağırlıklı (VLBW; <1500 gr) prematürelerde, daha farklı ve ağır seyreden postnatal sorunlar sebebiyle mortalite yüksektir. Aşırı düşük doğum ağırlıklı (ADDA) ve ileri derecede prematüre (<27 GH) olanlarda ise mortalite oranı %50'ye varabilmektedir. Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde mortaliteye etki eden faktörlerin belirlenmesi, ölümleri önlemeye yönelik yapılan planlamalarda önem taşımaktadır.

Amaç: Çalışmamızda, ünitemizdeki 32 gebelik haftasının altında doğan prematüre bebeklerde 5 yıllık mortalite oranını ve buna etki eden faktörleri ortaya koymayı amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışma için, hastanemize 1 Mayıs 2017 ve 30 Nisan 2022 tarihleri arasında yatışı yapılan 32 gebelik haftasının altındaki 165 bebeğin dosyaları retrospektif olarak incelendi. Maternal özellikler, hastaların demografik verileri, natal ve postnatal klinik özellikleri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 165 hastanın 76'sı kız, 89'u erkekti. Doğum ağırlıkları 320-1670 g arasındaydı. Mortalite oranı %24,8 olarak saptandı. Doğum şekli, gestasyonel hasta, çoğul gebelik varlığı, gebelik sayısı, doğumda canlandırma gereksinimi, APGAR skoru, CRIB skoru, doğum ağırlığı, doğumhanede veya ilk 1 saat içinde alınan kan gazında pH değeri, hemodinamik olarak anlamlı PDA varlığı, yaşamın ilk 72 saatinde inotrop gereksinimi, hastanede yatış süresi ve toplam parenteral beslenme süresi ile mortalite arasında anlamlı ölçüde ilişki bulundu ($p<0,05$).

Sonuç: Bu çalışma ile prematüre bebeklerde mortalite oranının ilimiz için halen önemli bir sorun olmaya devam ettiğini saptadık. Prematüre doğumların azaltılabilmesi, güncel Neonatal Resüsitasyon Programı'na uygun canlandırma uygulanması, erken beslenme ile TPN ihtiyacının azaltılması, invaziv mekanik ventilasyondan kaçınılması, yenidoğan yoğun bakım standartlarına uygun bebek bakımı ile yenidoğan sepsislerinin azaltılması prematüre bebeklerde mortalitenin azaltılması için başlıca hedefler olarak görünmektedir.

Anahtar Kelimeler: Prematürite, Neonatal Mortalite, Prematüre Morbiditeleri

SS14

ERGENLERDE B 12 VİTAMİNİ EKSİKLİĞİNİN HUZURSUZ BACAK SENDROMU GELİŞİMİ VE KÖTÜ UYKU KALİTESİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kübra BOZTEPE[1], Mustafa Özgür PİRGON[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Endokrinoloji Bölümü, Isparta, Türkiye

GİRİŞ: Huzursuz Bacak Sendromu (HBS), her iki bacakta istemsiz hareket oluşturan ve huzursuzluk hissi veren duyusal-motor bir bozukluktur. Şikayetlerin çoğu istirahat veya uyku döneminde olması uyku kalitesini bozmakta ve kişinin uyku/yaşam kalitesini etkilemektedir. Hastalığın patofizyolojisinde dopaminerjik sistem işlev bozukluğunun neden olduğu bilinmektedir. Dopamin sentezinde yer alan yolaklarda bir kofaktör olan B12 vitamin eksikliğinde HBS görülebilmektedir.

AMAÇ: Bu çalışma vitamin B12 eksikliğinin HBS'de etiyolojik bir faktör olup olmadığını araştırmak ve HBS'nin uyku kalitesine etkisinin değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

YÖNTEM: Çalışmamız Ocak-Temmuz 2022 tarihleri arasında Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine herhangi bir şikâyet ile başvuran 10-16 yaş arası çocuk hastalarda yapıldı. Tüm hastalar HBS açısından Uluslararası Huzursuz Bacak Sendromu Çalışma Grubu'nun belirlediği tanı kriterlerine göre sorgulandı. HBS kliniği olan hastalar hastalık semptom şiddet skalasına göre puanlandı ve gruplarda karşılaştırma yapıldı. Uyku kalitesini değerlendirmek amacıyla hastalara Pittsburgh Uyku Kalite İndeksi (PUKİ) anketi sonuçları gruplar arasında karşılaştırma yapıldı.

BULGULAR: Çalışmaya toplam 146 çocuk hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 12,8 idi. Çalışma kohortunun %10.1'i (n=15) HBS için tanı kriterlerini karşılamıştır. Kızlarda HBS olanların sayısı 8 iken erkeklerde 7 olarak tespit edildi. Cinsiyetler arası anlamlı fark yoktu. Hemoglobin, hematokrit, ferritin, folik asit ve glukoz değerleri arasında istatistiksel anlamlı bir fark bulunmadı. Fakat vitamin B12 değerleri arasında istatiksel olarak anlamlı fark tespit edildi. PUKİ toplam skorları HBS grubunda HBS olmayanlara göre istatiksel olarak daha yüksekti. Hastalar B12 vitamini düzeyine göre 'eksiklik', 'gri zon' ve 'yeterli' olarak üç gruba ayrıldı. Bu üç grup HBS görülme sıklığına göre karşılaştırıldığında vitamin B12 değeri yetersiz olan grupta HBS sıklığı istatiksel olarak daha yüksekti.

SONUÇ: Çalışmamız sonuçları, literatürle uyumlu olarak HBS'de uyku kalitesi bozulmuştur. HBS hastalarımızda serum vitamin B12 düzeyi HBS olmayanlar ile karşılaştırıldığında anlamlı olarak düşük düzeyde bulunmuştur. Bulgularımız HBS tanısı alan hastalarda vitamin B12 düzeyi ölçülmesi ve eksikliğinin tedavi edilmesi gerektiğini göstermektedir. Fakat bu konuda geniş ölçekli çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelimeler: Dopamin Sentezi, Huzursuz Bacak Sendromu, Uyku Kalitesi, Vitamin B12, Yaşam Kalitesi

SS15

PRETERM BEBEKLERDE ERITROSIT TRANSFÜZYONU SIRASINDA ENTERAL BESLENMENİN SEREBRAL VE SPLANKNIK OKSİJENASYON ÜZERİNE ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hakan ONGUN[1], İpek KOCAOĞLU[2], Zeynep KIHTIR[3], Nurten ZARİF ÖZKAN[1], Kıymet ÇELİK[1], Sema ARAYICI[1]

[1]Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, Antalya, Türkiye
[2]Muğla Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, Muğla, Türkiye
[3]Antalya Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Nekrotizan enterokolit (NEK) preterm bebeklerde yüksek morbidite ve mortaliteye sahip ciddi bir komplikasyondur. Eritrosit transfüzyonu ile NEK gelişimi arasındaki ilişki ve eritrosit transfüzyonu sırasında enteral beslenmenin serebral ve splanknik hemodinami üzerindeki etkisi tartışmalıdır. Çalışmamızın amacı, preterm ve çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde eritrosit transfüzyonu sırasında enteral beslenmenin serebral ve splanknik oksijenasyon üzerindeki etkisini araştırmaktır.

Yöntem: Prospektif randomize kontrollü bir çalışmanın popülasyonunu eritrosit transfüzyonu uygulanan preterm ve çok düşük doğum ağırlıklı bebekler oluşturmuştur. Eritrosit transfüzyonu sırasında enteral beslenmeye devam edenler (Grup F, n = 15) ve transfüzyon sırasında beslenmesi durdurulanlar (Grup W, n = 15) şeklinde çalışma örneklemi iki gruba randomize edildi. Yakın kızılötesi spektroskopisi (NIRS), beyin ve mezenter dahil olmak üzere çeşitli anatomik bölgelerde doku oksijenasyonunun invaziv olmayan, gerçek zamanlı bir değerlendirmesini sağlar. Bu teknik, beslenme ve transfüzyon sırasında serebral ve splanknik oksijenasyon arzı ve tüketimi arasındaki dinamik dengeyi değerlendirmek için kullanılmıştır. Serebral bölgesel oksijen satürasyonu (crSO2), splanknik bölgesel oksijen satürasyonu (srSO2), crSO2'nin srSO2'ye oranı (CSOR) ve serebral fraksiyone doku oksijen satürasyonu (cFTOE) dahil olmak üzere serebral ve splanknik oksijenasyon parametreleri, eritrosit transfüzyonundan hemen önce (başlangıç) ve transfüzyondan sonra, yakın-kızılötesi spektroskopi kullanılarak birinci, altıncı, 12-24 ve 48. saatlerde ölçüldü.

Bulgular: Çalışma grupları arasında demografik ve klinik özellikler açısından anlamlı fark yoktu ($p>0.05$). Transfüzyon sonrası ilk bir saat içinde her iki grupta da crSO2 ve satürasyon değerlerinde sınırlı bir azalma gözlemledik. Bununla birlikte, crSO2 ölçümleri transfüzyonun sonraki saatlerinde kademeli olarak artmış ve transfüzyondan 48 saat sonrasına kadar devam etmiştir. Eritrosit transfüzyon öncesi, sırası ve sonrasında srSO2, satürasyon, CSOR ve cFTOE ölçümlerinde anlamlı bir fark tespit edilmedi ($p>0.05$).

Sonuç: Bu çalışma, eritrosit transfüzyonu sırasında enteral beslenme uygulamalarının, prematüre bebeklerde serebral ve splanknik oksijenasyonu önemli ölçüde etkilemediğini göstermektedir. Bebeklerde beslenme, transfüzyon ve doku oksijenasyonu arasındaki karmaşık etkileşimi tam olarak aydınlatmak için daha fazla araştırmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Preterm bebekler, düşük doğum ağırlıklı bebekler, kan transfüzyonları, enteral beslenme, NIRS

SS16

NEONATAL HIPERBILURUBINEMIDE UNUTULMAMASI GEREKEN BİR NEDEN: "GLUKOZ 6 FOSFAT DEHIDROGENAZ EKSİKLİĞİ"

Ertuğrul DEDEOĞLU[1], Ebru YÜCESOY BAĞDİKEN[2], Mehmet Kenan NAHYA[1]

[1]Harran Üniversitesi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Şanlıurfa, Türkiye
[2]Harran Üniversitesi, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji, Şanlıurfa, Türkiye

Giriş: Neonatal hiperbilirubinemi (NH) fizyolojik sarılıktan kernikterusa uzanan farklı tablolar ile kendini gösterebilir. NH etyolojisinde yer alan nedenlerden biri olan glukoz 6 fosfat dehidrogenaz (G6PD) eksikliği en sık görülen eritrosit enzim eksikliği olup X' e bağlı resesif kalıtılır. Yenidoğan döneminde bu eksiklik fototerapiye rağmen gerilemeyen hatta exchange transfüzyon ihtiyacı doğuran yüksek bilurubin değerlerine neden olabilir.

Amaç: Bu çalışmamızda amaç G6PD eksikliğinin NH üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesine 2019 Ocak- 2024 Mayıs arasında NH tanısı ile yatırılan 190 bebeğin laboratuvar bulguları, klinik ve demografik özellikleri retrospektif olarak tarandı. G6PD eksikliği olan ve olmayan bebekler karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmaya alınan yenidoğanların % 56.8' i erkek ve % 43.2' si kızdı. Yaş ortalaması 5.7±4.7 gündü. Sarılık etyolojisinde en sık rastlanılan neden %31.1 (n:59) oran ile ABO uygunsuzluğu idi. 20 bebekte (% 10.5) G6PD eksikliği saptandı. Bu bebeklerin 14'ü yalnızca fototerapi, 1'i fototerapi + exchange transfüzyon, 2'si f fototerapi + exchange transfüzyon+intravenöz immunglobulin (İVİG) ve 3'ü fototerapi+İVİG tedavisi aldı. G6PD eksiliği olan ve olmayan bebekler ilk bilirubin, hemoglobin ve hematokrit açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir fark saptanmadı.

Sonuç: Ülkemizde Katar ve arkadaşlarının 2007 yılında exchange transfüzyon yapılan 56 bebeğin değerlendirildiği bir çalışmada G6PD eksikliği oranı %18 olarak bulunmuştur. Yine 2011 yılında İlker Günay da yayınladığı bir çalışmada bu oranı %19.29 olarak saptamıştır. Irak'tan (Dohuk Bölgesi) Eissa ve arkadaşlarının 2019 yılında yayınlanan bir çalışmada eksiklik oranı %16 iken bu oranın eski benzer bir çalışmaya göre arttığını belirtmişlerdir. Bizim tek merkezli çalışmamızda bu oran %10.5 saptanmış olup, bu bebekler G6PD eksikliği olmayan ancak neonatal hiperbilirubinemi nedeniyle interne edilen bebekler ile bilirubin, hemoglobin ve hematokrit yönünden kıyaslandığında anlamlı bir fark saptanmadı. Bu sonuç bize G6PD eksikliğinin her zaman yüksek bilirubin ile bulgu vermeyeceğini göstermektedir kaldı ki bu bebeklerin %70'i (n:14) fototerapi ile tedavi görmüştür. Sonuç olarak yenidoğan döneminde G6PD eksikliğinin yüksek bir insidansı olduğunun ve neonatal ulusal tarama programlarına alınabileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: G6PD eksikliği, Neonatal hiperbilirubinemi, Exchange transfüzyon, Fototerapi

SS17

ERGENLERDE SOSYAL MEDYA KULLANIMLARI VE ÖFKE DURUMLARI

Taner ADIGÜZEL, Vefik ARICA

Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve hastalıkları, Yalova, Türkiye

Giriş: Ergenlik dönemindeki bireylerin sosyal becerilerini geliştirme ve duygusal bağımsızlığını kazanma alanındaki gelişim görevlerini yerine getirebilmeleri için, duygularını tanıması, ifade ediş biçimlerinin farkına varması ve kontrol altına alması gerekmektedir (Kırmızı, 2008). Buradan hareketle, özellikle öfke gibi güçlü duyguların farkındalığı ve ifadesinde sorun yaşaması olası ergenlerin (Erdoğan, 2015), kendilerini ifade etme aracı olarak kullandıkları internetle temaslarının incelenmesinin önemli olduğu düşünülmektedir.

Amaç: Çalışmada ergenlerde internet kullanımı ve öfke durumlarını belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya başlamadan önce Yalova Üniversitesinden etik kurul izni alınmıştır. Araştırmanın yapılacağı okuldan kurum izni, okulun bağlı olduğu ilin milli eğitim müdürlüğünden gerekli izinler alınmıştır. Öğrencilerin velilerinden veli onay formu ile izinleri alındı. Araştırmada kişisel bilgi formu ve sürekli öfke ölçeği kullanıldı.

Bulgular: Çalışma bulgularına bakıldığında araştırmaya katılan 239 öğrencilerin 12-18 yaş aralığında olduğu belirlendi. 7. ve 12. Sınıfta okuyan öğrencilerin internet kullanım sürelerine bakıldığında 2-4 saat arası internet kullanım oralarının diğer oranlardan daha fazla olduğu (n=101) saptandı. Ayrıca 6 saat ve üzeri internet kullanımı olan öğrencilerin (n=37) öfke puan ortalamalarının diğer internet kullanım sürelerine oranla daha yüksek olduğu (88,05±17,90) saptandı. Çalışmamıza katılan öğrencilerin sürekli öfke ölçeği puan ortalaması 79,12±13,88 olduğu gözlendi. Ölçekten en az 34 en fazla 136 puan alındığına göre çalışmamızda ki öğrencilerin öfke düzeylerinin orta düzeyde olduğu söylenebilir.

Sonuç: Problemli internet kullanımının okullarda yapılan sağlık taramalarına eklenmesi, İnternetin sağlıklı kullanımına ilişkin farkındalık geliştirme çalışmalarının yapılması, Öfke ifade biçimi ve internet bağımlılığı ilişkisini ele alan daha geniş örneklemli çalışmalar yapılması önerilir.

Anahtar Kelimeler: Ergenler, , İnternet Kullanımı, Öfke

SS18

DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU OLAN ÇOCUKLARDA LİMON ESANSIYEL YAĞININ DİKKAT VE GÖRSEL HAFIZA ÜZERİNDEKİ ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ BİR ÇALIŞMA

Nevin CAMBAZ KURT[1], Berrin ÖZEN[2]

[1]Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Ünivrsitesi, Pediatri, Başakşehir, Türkiye
[2]Bilecik eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikoloji, Psikoloji, Bilecik, Türkiye

Giriş: Aromaterapi, bilişsel fonksiyon üzerindeki potansiyel faydaları ve anksiyete azaltıcı etkileri nedeniyle giderek artan bir ilgi görmektedir. Ancak, dikkat ve hafıza üzerindeki etkisi nispeten az araştırılmıştır.

Amaç: Bu çalışma, limon esansiyel yağının dikkat ve görsel hafıza üzerindeki etkisini dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) olan çocuklarda araştırdı.

Yöntem: 9-17 yaş arası 41 çocuk üzerinde ileriye dönük, randomize kontrollü bir çalışma yapıldı. DEHB tanısı konmuş ve ilaç almayan 21 çocuk çalışma grubunu, 20 sağlıklı çocuk ise kontrol grubunu oluşturdu. Tüm katılımcılar, bir psikolog tarafından uygulanan D2 Dikkat Testi ve Benton Görsel Hafıza Testine tabi tutuldu. Testler ilk olarak limon esansiyel yağı inhalasyonu olmadan yapıldı ve ardından 21 gün sonra limon esansiyel yağı inhalasyonu ile tekrarlandı.

Bulgular: Hem DEHB'li çocuklar hem de sağlıklı çocuklar, limon esansiyel yağına maruz kaldıktan sonra dikkat testi puanlarında istatistiksel olarak anlamlı iyileşmeler gösterdi. İyileşme oranı çalışma grubunda %48 ve kontrol grubunda %11 olarak bulundu. Her iki grup için görsel hafıza test puanlarında ise anlamlı bir fark gözlenmedi.

Sonuç: Bu çalışma, limon esansiyel yağının DEHB'li çocuklarda dikkati artırabileceğini öne sürmektedir. Limon esansiyel yağının DEHB belirtileri üzerindeki potansiyel mekanizmalarını ve uzun vadeli etkilerini araştırmak için daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, hiperaktivite, dikkat testi, limon uçucu yağı, çocuk

SS19

COVID-19 SALGIN KISITLAMALARININ GEVŞEMESİ SONRASI PEDİATRİK PARAPNÖMONİK EFÜZYON VE AMPİYEM VAKALARI

Şefika Elmas BOZDEMİR[1], **Hatice Buket ÖZAY**[2], Muhammet Furkan KORKMAZ[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Enfeksiyon Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: COVID-19 pandemisi karantinası sırasında çocukların çeşitli mikroorganizmalara maruz kalmaması, bağışıklıklarında "bağışıklık borcu" olarak adlandırılan bulaşıcı hastalıklara yatkınlığa yol açan bir zayıflığa neden olmuştur. COVID-19 pandemisinin sonuna doğru bağışıklık borcu, sıkı kısıtlama önlemlerinin kaldırılmasıyla birlikte birçok ülkede solunum yolu enfeksiyonlarının sezon dışında yeniden canlanmasına yol açmıştır.

Amaç: Bu çalışmada COVID-19 Pandemisinin katı kısıtlamaları kalktıktan sonra 2022-2023 kış ve ilkbahar aylarında parapnömonik efüzyon (PPE)/ampiyem tanısı alan pediatrik vakaların sıklığını, demografik, klinik, radyolojik ve tedavi özelliklerini, COVID-19 Pandemisi kısıtlamalarının devam ettiği 2021-2022 kış ve sonbahar aylarında hastaneye yatırılan PPE/ampiyem vakaları ile karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 2021-2022 kış ve bahar (kısıtlamalar devam ederken; Türkiye'de kontrollü normalleşme dönemi) ve 2022-2023 kış ve bahar (tüm kısıtlamaların kaldırılmasından sonra) PPE/ampiyem tanısı alan pediatrik vakalar dahil edildi ve karşılaştırıldı. Hastaların demografik, klinik, radyolojik ve tedavileri tartışılmıştır.

Bulgular: Çalışma grubunda, 2021-2022 grubunda 15 ve 2022-2023 grubunda 43 olmak üzere toplam 58 PPE/ampiyemli hasta yer aldı. PPE/ampiyem vakalarının sayısı 2022-2023 grubunda 2021-2022 grubundan daha fazla olmasına rağmen, PPE/ampiyem vakalarının sıklıkları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark yoktu (p=0.588). Ayrıca, iki grup arasında hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve sonuçları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Sonuç: COVID-19 pandemisinin sona ermesiyle birlikte, sağlık hizmeti kısıtlamalarının hafiflemesi ve çocukların pandemik karantina dönemlerinde edindikleri bağışıklık borcu ile PPE/ampiyem vakalarının sayısı artmıştır. Çalışmamız, pandemi sonrası dönemde hastanede yatan PPE/ampiyem vakalarındaki artışı tek bir merkezden belgeleyen ilk çalışmadır. Pandemi sırasında alınan kısıtlamaların PPE/ampiyem vakalarının sıklığı ve özellikleri üzerindeki etkisini daha iyi belgelemek için daha fazla sayıda hastayı içeren daha kapsamlı, çok merkezli çalışmalara ihtiyaç vardır.

Tablo 1. Pediatrik parapnömonik efüzyon ve ampiyem vakalarının demografik ve klinik özellikleri

Değişkenler	Total (n=58)	Grup 1 (n:15)	Grup 2 (n:43)	P-value
Demografik özellikler				
Yaş (Ay)	75(4-210)	48(6-201)	84(4-210)	0.053[a]
Cinsiyet				
Kızlar	22(38)	3(20)	19(44)	
Erkekler	36(62)	12(80)	24(56)	
Komorbid hastalık	13(22)	4 (26)	9 (21)	0.448[b]
Başvuru öncesi antibiyotik kullanımı	40(69)	8(53)	32(74)	0.194[b]
Plevral sıvı yeri ve derinliği				
Plevral sıvı yeri, n (%)				0.667[c]
Bilateral	23(40)	7(47)	16(37)	
Sağ	12(21)	2(13)	10(23)	
Sol	23(40)	6(40)	17(39)	
Plevral sıvı derinliği (mm)	17(5-100)	17(5-26)	15(5-100)	0.913[a]
Tanı				
Total	58 (100)	15 (100)	43 (100)	0.933[c]
Parapnömonik efüzyon	38(66)	10 (67)	28 (65)	0.588[c]
Ampiyem	20(34)	5(33)	15(35)	0.536[c]
Sonuçlar				
Oksijen desteği	30(51)	8(53)	22(51)	0.562[c]
Toplam hastanede kalış süresi, gün	11 (3-61)	10 (5-41)	11 (3-61)	0.663[a]
Yoğun bakım ihtiyacı (%)	21 (36)	8 (53)	13(30)	0.109[c]
Yoğun bakımda toplam kalış süresi, gün	7(1-58)	6(1-18)	9(2-58)	0.363[a]
Göğüs tüpü takılma, n(%)	20(34)	5(3)	15(35)	0.723[c]

Veriler ortanca (alt -üst değerler) veya sayı (%) olarak sunuldu.

[a]Mann Whitney-U testi
[b] İndependent Samples T test
[c]Ki kare testi

Anahtar Kelimeler: Çocuk, COVID-19, Parapnömonik efüzyon, Ampiyem

SS20

GELİŞİMSEL KALÇA DİSPLAZİSİ RİSK FAKTÖRLERİ İLE TARAMADA YAPILAN KALÇA ULTRASONOGRAFİSİ İLİŞKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Mukaddes KILIÇ SAĞLAM, **Ahmet Berk GÖKMEN**

Düzce Üniversitesi, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Düzce, Türkiye

Giriş: Gelişimsel kalça displazisi (GKD) dünyada ortalama %1 oranında görülmektedir. Erken dönemde tanı konulduğunda konservatif yöntemlerle tedavi edilirken, geç dönemde karmaşık ve uzun süren tedavi yöntemleri kullanılmaktadır.

Amaç: Bu çalışmada, GKD için risk faktörleri taşıyan bebeklerle, risk faktörü olmayan bebeklerin kalça ultrasonografisi (USG) sonuçlarını karşılaştırmayı, rutin olarak her bebekten kalça USG istenmesinin gerekliliğini yeniden gözden geçirmeyi amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmada, Düzce Üniversitesi Tıp Fakültesi yenidoğan polikliniğine 01.02.2024-01.06.2024 tarihleri arasında başvuran ve kalça USG istenen 200 bebek incelenmiştir. Hastalar rutin yenidoğan muayenesi için geldiğinde demografik verileri, Sağlık Bakanlığı tarafından GKD için risk faktörü olarak tanımlanan öykü ve fizik muayene bulguları ve USG sonuçları her bebek için hazırlanan formlara detaylıca not edilmiştir.

Bulgular: Hastaların 106'sı (%53) kız, 94'ü (%47) ise erkek çocuklardan oluşmaktaydı, ortalama doğum haftası 38,2 ±1,8 haftaydı. Ortalama USG çekim günü 48 ± 6,4 gündü. 200 hastanın 195 'inde kalça USG bulgusu normaldi, 4 kız hastada tip 2a, 1 erkek hastada tip 2a olmak üzere toplam 5 hastada (%2,5) GKD izlendi. Bu hastaların 4 hafta sonraki kalça USG kontrollerinde sadece 1 kız hastada tip 2b kalça izlendi ve ortopedik tedavi başlandı. Diğer 4 hastada normal USG bulgusu izlendi. Hastaların 43 'ü (%21) ilk doğan kız bebek olduğu için risk taşıyordu. Bunların sadece 1 tanesinde tip 2a kalça izlendi. Kalça USG'de GKD saptanan diğer hastalarda risk faktörü izlenmedi. Saptanan risk faktörleri ve USG sonuçları Tablo 1' de verilmiştir. Çalışmamızda risk faktörü varlığı ile kalça USG bulgusu ve GKD varlığı arasında anlamlı ilişki saptanmamıştır.

Sonuç: Risk faktörü olmasa da rutin kalça USG istenmesinin erken tanı için yararlı olduğu söylenebilir. Ancak muayenelerin farklı asistan hekimler tarafından yapılıyor olmasının bu sonuçta etkisi olabilir. GKD doğumsal olabildiği gibi çocukluk döneminde de gelişebilmektedir. Bu nedenle her çocuk periyodik muayeneler sırasında GKD açısından değerlendirilmeli, şüphelenilen vakalara görüntüleme önerilmelidir.

Tablo 1.Hastalarda GKD açısından saptanan risk faktörleri ve kalça USG sonuçları

Risk faktörü	Erkek (n)	Kız (n)	USG sonucu (n)
İlk doğan kız bebek		43	Tip 2a kalça (1)
GKD li anne, baba, dede, nine, teyze, hala, amca, dayı, kuzen	1	2	Normal
Makat duruş	2	2	Normal
Oligohidroamniyoz	5	3	Normal
Kundaklama		1	Normal
Bacaklar arası uzunluk farkı	1	1	Normal
Pili asimetrisi	1	4	Normal
Ayakta şekil bozukluğu	1		Normal

Anahtar Kelimeler: Gelişimsel kalça displazisi, Tarama, Kalça çıkıklığı, kalça ultrasonografisi

SS23

DİRENÇLİ EPİLEPSİNİN NADİR BİR GENETİK NEDENİ: RING 14 SENDROMU

Gürsel ŞEN

Kütahya Şehir Hastanesi, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, Kütahya, Türkiye

Giriş: Ring 14 sendromu, kromozom 14'ün kısa ve uzun kollarının materyal kaybına neden olacak şekilde kırılması ve halka benzeri bir yapı şeklinde yeniden düzenlenmesinin neden olduğu nadir görülen sitogenetik bir bozukluktur. En sık gördüğümüz bulguları; gelişimsel nöromotor gerilik, mikrosefali, dismorfik yüz bulguları, değişik düzeylerde bilişsel gerilik, ilaçlara dirençli nöbetler, oküler ve iskelet anomalileridir.

Amaç: Bu olgu sunumumuzda ilk bir yılda başlayan ve ilaca dirençli seyreden epilepsi vakalarında nadir bir nörogenetik neden olan ring 14 sendromuna dikkat çekmek istedik.

Yöntem: 8 aylık kız bebek; ilk kez bir aylık iken hepatit B aşısı sonrası davranışsal duraksama ve devamında hipotonik olma şeklinde nöbeti olup, dış merkezde antiepileptik tedavi başlanmasına rağmen nöbetleri devam eden hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla çocuk nöroloji servisine yatışı yapıldı.

Bulgular: Ayrıntılı nörolojik muayenesinde hipotonik, göz takibi kısıtlı, baş tutma yok, mikrosefalik, dismorfik yüz bulguları olarak hipertelerizm, mikroftalmi, epikantus, geriye ve aşağı yerleşmiş kulaklar, kaşları ve kirpikleri seyrek ve sarı, dar yüksek damak, uzun filtrum ve mikrognati mevcuttu. Göz muayenesinde retinal pigmentasyon bozukluğu vardı. Kraniyal manyetik rezonans görüntülemesinde (MRI) ventriküllerde dilatasyon, korpus kallozumda agenezi mevcuttu. Çekilen interiktal EEG' de zemin aktivitesinde yavaşlama ve her iki hemisferin özellikle frontal bölgelerinde izole yavaş dalgalar saptandı. Hastadan bakılan karyotip analizinde 46, XX, r(14) saptandı. Ring 14 sendromuna yönelik literatür taramaları yapıldı. Akılcı ilaç kullanımı çerçevesinde almakta olduğu levetiresetam tedavisi kesilerek sırasıyla fenobarbital ve nöbetlerin devam etmesi üzerine fenitoin tedaviye eklendi. Takibinde nöbetlerinde dramatik şekilde azalma izlendi.

Sonuç: Ring 14 sendromu spesifik fenotipinin olmayışı, nadir görülen bir hastalık olması nedenleri ile gözden kaçabilen bir anomalidir. Özellikle ilk bir yılda ortaya çıkan ilaçlara dirençli epilepsi ve noromotor gerilik, bilişsel gerilik, dismorfik yüz bulguları olan hastalarda akılda tutulmalı ve bu amaçla moleküler genetik incelemeler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Ring 14 sendromu, dirençli epilepsi, mikrosefali, nöromotor gerilik

SS24

ÇOCUK NÖROLOJİ POLİKLİNİĞİNE SENKOP İLE BAŞVURAN HASTALARIN NÖROLOJİK DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem YILMAZ

İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Nöroloji, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Senkop, serebral perfüzyonun, ani geçici olarak düşmesi ile ortaya çıkan şuur kaybı olarak tanımlanır. Postüral tonus kaybı da eşlik eder. Geçici şuur kaybı yaşayan bir hastada ilk akla gelen nedenler epilepsi, kardiyak nedenler ve psikojenik nedenlerdir.

Amaç: Senkop ile başvuran olguların nörolojik olarak değerlendirilmesi ve epilepsi yüzdesini araştırmaktır.

Yöntem: Çocuk nöroloji polikliniğine senkop ile başvuran 40 olgu değerlendirmeye alındı. Sadece presenkop olan olgular, EEG' si teknik nedenlerle yorumlanamayan olgular çalışmaya alınmadı. Dahil edilen hastaların demografik özellikleri, eşlik eden semptomlar, tetikleyici nedenler, özgeçmiş-soygeçmiş özellikleri, nörolojik muayene bulguları, kranial MR ve EEG bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: 40 hastanın 25(%62,5)' i kız, 15(%37,5)' i erkekti. Ortalama yaş 12,7 iken en küçük yaş 1,75, en büyük yaş 17,9 idi. 11(%27,5) hastada gözlerde yukarı deviasyon, vücutta kasılma, bulantı baş dönmesi, boş bakma gibi eşlik eden semptomlar vardı. 10 (%25) hastada ateş, kan alımı, uzun süre ayakta kalma, travma, yorgunluk gibi tetikleyici nedenler mevcuttu. 1(%2,5) hastanın biküspit aort, 1(%2,5) hastanın depresyon tanısı mevcuttu. 5(%12,5) hastanın prematürite öyküsü mevcuttu. 10 (%25) hastada ailede febril konvülziyon ve epilepsi öyküsü vardı. Nörolojik muayene hepsinde normaldi. Kranial MR bulgularında 9(%22,5) hastada sinüzit, 2(%5) hastada araknoid kist, 2(%5) hastada pineal kist, 1(2,5) hastada nöroglial kist mevcuttu. EEG bulgularına baktığımızda ise 2(%5) ' si sentrotemporal bölgede, 1(%2,5) hastada temporal bölgede olmak üzere 3(%7,5) hastada epileptik aktivite izlenmişti ve bu hastalara antiepileptik tedavi başlanmıştı.

Sonuç: Epilepsi ciddi bir sağlık sorunu olup, yaşam kalitesini olumsuz etkileyen, morbidite ve mortaliteye neden olan bir durumdur. Nöroloji pratiğinde önemli bir yer kaplar. Sıklıkla epilepsi, senkop ve psikojenik bayılmalar birbiriyle karıştırılabilmektedir. Literatürde senkop ile gelen hastalarda epilepsi tanısı alma oranı %2-4,5 olarak bildirilmiştir. Çalışmamızda epilepsi tanısı alma oranı %7,5 olarak bulunmuştur. Bu nedenle senkop ile başvuran hastalarda iyi bir nörolojik değerlendirme yapılmalı, önemli bir morbidite ve mortalite nedeni olan epilepsi tanısı mutlaka dışlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Senkop, Epilepsi, EEG

SS25

AKUT VE KRONİK DÖNEMDE TANI ALMIŞ İKİ FARKLI SERONEGATIF OTOIMMUN ENSEFALIT OLGUSU VE TEDAVİYE YANITLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Tuğçe İNCE[1], Yasemin TÜRKOĞLU[2]

[1]Isparta Şehir Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, Isparta, Türkiye
[2]Isparta Şehir Hastanesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye

Giriş: Otoimmun ensefalit, immun aracılı mekanizmalar ile nöronal yüzey/sinaptik proteinlerine ya da hücre içi proteinlere karşı antikor gelişimi ile beyin dokusunda ortaya çıkan inflamatuar bir tablo olarak tanımlanır. Bu antikorların bir kısmı laboratuar yöntemleri ile saptanabilir olsa da, günümüzde hala bir çoğu tanımlanamamakta ve bu durumda teşhisin tanı kriterleri yolu ile konularak erken dönemde tedavi başlanması önerilmektedir.

Amaç: Hem akut hem de kronik dönemde klinik özellikleri ile seronegatif otoimmün ensefalit (SN-OİE) tanısı konarak tedavi başlanan olguların sunulması ; tedavilere yanıtın ve prognoza katkısının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: Kasım 2023 – Haziran 2024 ayları arasında Isparta Şehir Hastanesi Çocuk Nörolojisi bölümüne başvuran, biri akut dönemde diğeri de geçirdiği COVİD 19 enfeksiyonu sonrası kronik dönemde yeni tanı alan iki SN-OİE olgusunun; klinik, görüntüleme, EEG bulguları, serum ve beyin omurilik sıvısı serolojik inceleme sonuçları kayıt edildi. Her iki hastanın da çocuk psikiatrisi izlemleri yapıldı. SN-OİE tanıları ile olguların parenteral/oral steroid ve intravenöz immunglobulin ile immunmodulatuar tedavileri başlatıldı. İzlemlerinin 5. ve 8. ayında olan hastalardan akut dönemde tanı alan olgunun tedaviye yanıtı tam remisyon şeklinde olurken; kronik dönemde tedavisi başlatılan hastanın EEG bulgularında tümüyle düzelme görüldü. Davranışsal ve bilişsel alanda ise kısmi ancak objektif yanıt alındığı gözlendi.

Sonuç: Seronegatif otoimmün ensefalit tablosu; ön tanı / tanı geliştirmek ve tedavi planı yapmak açısından zaman zaman klinisyenleri zorlasa da öykü ve klinik bulgular kuvvetle OİE düşündürüyorsa erken dönemde oldukça etkin olduğu bilinen immunmodulatuar tedavilerin, kronik dönemde de başlanması hastalığın prognozuna iyi yönde katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelimeler: Otoimmün ensefalit, Seronegatif, Akut dönem, Kronik dönem, İmmunmodulatuar tedavi

SS26

DUCHENNE MUSKÜLER DISTROFI TANISI İLE İZLENEN HASTALARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLERİ: TEK MERKEZ ÜÇÜNCÜ BASAMAK DENEYİMİ

Tuba YÜCEL[1], Arife Derda YÜCEL ŞEN[2], Özlem UĞUR[2], Ahmet BAYSAL[2], Coşkun YARAR[2], Kürşat Bora ÇARMAN[2]

[1]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Eskişehir, Türkiye
[2]Eskişehir Osmangazi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Eskişehir, Türkiye

Giriş-Amaç: Distrofinopatilerin en ağır formu olan Duchenne musküler distrofisi (DMD) çocukluk çağında en sık gö- rülen genetik kas hastalığıdır. Klinik belirtiler genellikle erken çocukluk döneminde kaba motor gelişimde gecikme ile başlar. Bu çalışmada DMD tanısı alan 0-18 yaş aralığındaki hastaların demografik, klinik ve laboratuvar bulgularının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çocuk Nöroloji Bilim Dalı'nda 2019-2024 tarihleri arasında takip edilen 40 DMD tanılı hasta çalışmaya dahil edildi. DMD tanısı tıbbi genetik laboratuvarında distrofin gen mutasyonunun saptanmasıyla teyit edildi. Hastalar retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya 40 erkek hasta alındı. Olguların demografik ve klinik özellikleri Tablo-1'de özetlenmiştir. Hastaların ortalama yaşı 131,3 (±51,8) ay idi. Hastalara tanı konulma yaşı 32,5 (±24,4) ay idi. Başlıca yakınma bulguları; yürümede zorluk, çabuk yorulma, parmak ucu yürüme, merdiven çıkmada güçsüzlük idi. İlk başvurular arasında; yirmi iki hastada (%55) transaminaz ve kreatin kinaz düzeylerinde yükseklik mevcuttu. Bu hastaların 17'sinde (%42,5) asemptomatik iken yapılan rutin kan tetkiklerinde; 5'inde (%12,5) operasyon öncesi tetkiklerde yükseklik tespit edilmişti. 10 hastada (%25) yürümede gecikme saptandı. Hastaların ilk başvuru anında değerlendirilen laboratuvar değerleri Tablo-2'de özetlenmiştir. Dört hastada (%10) kardeşte DMD öyküsü vardı. Ambulasyon kaybı on hastada (%25) mevcuttu. Skolyoz 8 hastada (%20) saptandı ve hepsi non-ambulatuvar özellikteydi. Yirmi altı (%65) hasta steroid tedavisi alıyordu. Tespit edilen en sık delesyonlar; 45 ve 55. ekzonlar arasında olduğu saptanmıştır. Hastaların tamamının birincil bakıcıları ebeveynleriydi.

Tablo 1. Olguların dağılım özellikleri

Olgu	*Ortalama*	*Minimum*	*Maksimum*	*Std Deviasyon*
Yaş (Ay) (N=40)	131,3	43	222	±51,8
Yürümeye Başlama Yaşı (Ay) (N=23)	17,0	12	26	±5,3
Teşhis Konulma Yaşı (N=40)	32,5	4	95	±24,4
Ambulasyon Kaybı Başlama Yaşı (Ay) (N=10)	115,8	72	156	±26,1
Steroid Başlama Yaşı (Ay) (N=26)	66,6	48	108	±18,4
6 Dakika Yürüme Testi (metre) (N=5)	348	230	399	±54,2

Tablo 2. Laboratuvar sonuçlarının dağılım özellikleri

Olgu	*Ortalama*	*Minimum*	*Maksimum*	*Std Deviasyon*
Kreatin Kinaz (U/L) (N=40)	13608,2	2254	31558	±6590,5
Aspartat Aminotransferaz (U/L) (N=40)	239,7	47	561	±98,3
Alanin Aminotransferaz (U/L) (N=40)	236,6	45	558	±144,4
Gama Glutamil Transferaz (U/L) (N=37)	12,7	5	67	±15,5
Alkalen Fosfataz (U/L) (N=37)	189,9	51	364	±87,9
Laktat dehidrogenaz (U/L) (N=37)	1305,9	323	2976	±765,1

Sonuç: Duchenne musküler distrofisi (DMD) X kromozomuna bağlı geçiş gösteren, sıklıkla iskelet kaslarının tutulduğu, ilerleyici bir çocukluk çağı kas hastalığıdır. Etkilenmiş çocuklar süt çocukluğu döneminde nadiren semptomatiktirler ve tanı konması zordur. Bu nedenle erken tanı koymak için asemptomatik olgularda tetkikler planlanırken serum kreatin kinaz düzeyi de eklenmelidir. Bunun dışında izole ve açıklanamayan karaciğer fonksiyon testlerinin yükseklikliklerinde DMD akla getirilmeli ve ilk başta serum kreatin kinaz düzeyinin ölçümü dikkate alınmalıdır.

Anahtar Kelimeler: DMD, kreatin kinaz, kas

SS27

ÇOCUKLUK ÇAĞININ SENTROTEMPORAL DİKENLİ EPİLEPSİSİ HASTALARININ İZLEMİNDE TEK MERKEZ DENEYİMİ

Elif DİDİNMEZ TAŞKIRDI[1], Pınar GENÇPINAR[2], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, ÇOCUK NÖROLOJİSİ, izmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, ÇOCUK NÖROLOJİSİ, izmir, Türkiye

Giriş: Çocukluk çağının sentrotemporal dikenli selim epilepsisi (rolandik epilepsi, RE) adolesan dönemde remisyona giren nöbetlerle karakterize, çocukluk çağının en sık selim epilepsi sendromudur. Unilateral fasiyal duysal-motor semptomların, orofaringeal semptomların, otonomik bulguların eşlik edebildiği fokal nöbetler görülür.

Amaç: Kognitif bozukluklar ve davranış sorunları gelişebileceğinden bu yönden izlenmesi ve antinöbet ilaç başlanması gerekebilmektedir.

Yöntem: Hastanemiz çocuk nöroloji polikliniklerinde Mart 2013-Eylül 2023 tarihleri arasında RE tanısı konmuş 16 hastanın verileri retrospektif incelenmiştir. Elde edilen veriler SPPS 26 programıyla değerlendirilmiştir.

Bulgular: Epilepsiyle takip edilen 683 hastanın 16'sı RE takipliydi(%2,3). Hastaların 10'u erkek(%62,5), 6 tanesi kızdı(%37,5). Yaş ortalaması 8-18 yaş (ortalama 13 yaş) arasındaydı. Anne baba arası akrabalık 2 hastada (%12,6), ailede epilepsi öyküsü 3 hastada mevcuttu (%18,8). Otizmle takipli 2 hasta (%12,5), Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğuyla takipli 1 hasta (%6,3) mevcuttu. İlk nöbet görülme yaşı minimum 36. ayda iken, maksimum 192 aydı (ort 100 ay). Hastaların 15'inde(%93,8) nöbetler fokal özellikteydi. Nöbet görülme sıklığı 3 hastada ayda 1 (%18,8) , 5 hastada yılda 1 (%31,3) ,8 hastada ise yaşam boyunca tek nöbetti (%50). Kranial görüntülemede 14 hastada(%87,5) patoloji saptanmazken 2 hastada araknoid kist mevcuttu. Hastaların 2'sinden epilepsi paneli gönderilerek SCN1A heterozigot mutasyonu saptandı. Tedavi öncesi EEG'lerinde 13 hastada sentrotemporal bölgeden kaynaklanan keskin dalgalar mevcuttu(%81,3), kalan 3 hastanın EEG'si normaldi. Tedavi sonrası kontrol EEG'de 9 hastanın EEG bulguları normalken (%56,3) 5 hastamızın EEG'si fokal (%31,3), 2 hastamızın EEG' si jeneralize epilepsiyle uyumlu saptandı. Tedavilerinde 8 hastada okskarbazepin (%50),7 hastada levetirasetam (%43,8), 1 hastadaysa lamotrijin(%6,3) kullanıldı. İzlemde ikinci ilaç olarak 2 hastaya karbamezepin (%12,6) başlandı. İzlemlerinde 9 hastada nöbet tekrarlamazken (%56,3) , 5 hastada ilaca >%50 yanıt (%31,3), 2 hastadaysa <%50 yanıt izlendi(%12,5). Tedaviye devam edilen süre 13 hastada (%81,3) >24 ay iken, 2 hastada(%12,5) 9-12 ay arası, 1 hastadaysa (%6,3) 12-24 aydı.

Sonuç: Az sayıda nöbet beklenmesine karşın konuşma, davranış ve kognitif fonksiyonlarda bozulma gelişebileceğinden RE'de hastaların takibi önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Epilepsi, Sentrotemporal Dikenli, Kognitif, Davranış Bozukluğu

SS28

İDİOPATİK İNTRAKRANIAL HİPERTANSIYON TANISI İLE DEĞERLENDİRİLEN HASTALAR

Özlem ATEŞ YAMAN[1], Yiğithan GÜZİN[2], Pınar GENÇPINAR[3], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk nörolojisi, izmir, Türkiye
[4]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, çocuk nörolojisi, izmir, Türkiye

Giriş: Kafa içi basınç artışı sendromu kliniğinin klasik triadı baş ağrısı, kusma ve papil ödemdir. Papil ödem, intrakranial basınç (İKB) artımı sonucu optik diskin şişmesi olup genellikle iki taraflı görülür. Normal İKB değerleri yenidoğanlarda 82 mmH20, 1-7 yaş arası çocuklarda 82-176 mmH20, adölesan dönemde 136-204 mmH20'dur. Genel olarak adölesan dönemde 250 mmH20'nun üzerindeki İKB değerleri anormal kabul edilmektedir.

Yöntem: Papil ödem ön tanısıyla kliniğimize yatırılan 39 hasta çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Hastaların 18'i kız (%46.2), 21'i (%53.8) erkek olup, yaş ortalaması 11.8±3.8 yıldır. En sık gözlemlenen semptomlar; 26 hastada (%66.6) baş ağrısı, 8 hastada (%20) bulanık görme, 5 hastada (%12.8) çift görme ve 1 hastada (%2.5) göz çevresinde ağrı şeklindedir. Tüm hastalara kranial MRG çekilmiş ve 15 hastada (%38.4) normal bulgular, 9 hastada (%23) sinüzit, 5 hastada (%12.8) kist, 5 hastada (12.8) optik sinirde tortüozite, 1 hastada (%2.5) lateral sinüs trombozu ve 1 hastada nörofibromatozis (NF) ile uyumlu non-spesifik talamik hiperintensite tespit edilmiştir. Tekrarlayan göz muayeneleri ve OCT incelemeleri sonucunda 5 hastada optik disk druzeni tespit edilmiştir. Papil ödem saptanan 29 hastaya uygulanan LP incelemelerinde, 23 hastada (%58.9) BOS basıncının yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu hastaların BOS basıncı ortalaması 32.3±3.3 cmH20 olarak ölçülmüştür (medyan 30 cmH20). BOS basıncı yüksek olan tüm hastalara asetazolamid tedavisi başlanmıştır. İzlem sürecinde semptomları gerilemeyen 6 hastanın tedavisine topiramat eklenmiştir. Bir hastada asetazolamid sonrası yan etki olduğu için topiramata geçilmiştir. Topiramat tedavisine rağmen bulguları gerilemeyen 2 hastaya optik disk fenestrasyonu uygulanmıştır.

Sonuç: Papil ödem erken dönemde asemptomatik olabilmekteyken, tedavi edilmemiş papil ödem ilerleyerek sekonder optik atrofi ve görme kaybına yol açabilir. Uygun tedavi ile önlenebilir bir durum olduğu için erken ve hızlı tanı önemlidir. Hastalar öncelikle nörogörüntüleme ile değerlendirilmelidir. Nörogörüntülemede bu durumu açıklayacak bir bulgu yoksa, hastalara LP yapılarak BOS basıncı bakılmalıdır. Optik diskin konjenital anomalileri papil ödem ile karışabilir, bu durumda papil ödem tanısı koymak zor olabilir. Optik disk druzeni açısından hastaların göz doktoru tarafından dikkatli değerlendirilmesi gerekmektedir. Tedavide ilk seçenek olarak asetazolamid tedavisi tercih edilmektedir.

Anahtar Kelimeler: papil ödem, optik disk druzen, lomber ponksiyon

SS29

FARKLI ETYOLOJİK NEDENLERLE KORPUS KALLOSUMDA GERİ DÖNÜŞÜMLÜ SPLENIAL LEZYON GELİŞEN HASTALARIN İRDELENMESİ

Fatih KURT[1], Sevim TÜRAY[2], Ömer ÖNBAŞ[3]

[1]Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Düzce, Türkiye
[2]Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, Düzce, Türkiye
[3]Düzce Üniversitesi, Düzce Tıp Fakültesi, Radyoloji, Düzce, Türkiye

Giriş: Son yıllarda bazı hastalıkların seyri sırasında ortaya çıkan, beyin magnetik rezonans (MR) görüntülerde korpus kallozumun spleniumunda (KKS) yer alan geri dönüşümlü lezyonların varlığı bildirilmiştir ve bu tablo reversible splenial lezyon sendromu (RESLES) olarak adlandırılır. En yaygın neden enfeksiyonlar olsa da, nöbetler, antiepileptik ilaç kesilmesi, metabolik bozukluklar, toksik nedenler, demiyelinizan hastalıklar ve diğer çeşitli durumlar benzer lezyonlara neden olmaktadır.

Amaç: Biz kliniğimize RESLES ile gelen olgularda altta yatan etyolojik faktörleri inceliyor ve kranyal mr görüntülerini paylaşarak sendromun tanınırlığını arttırmayı hedefliyoruz.

Yöntem ve Bulgular:
Olgu:1
Son 1 yıldır epilepsi tanısı ile dış merkezde takip edilen 17 yaşında kız hasta; geçtiğimiz ay ilaç değişimi yapılarak karbamazepin tedavisine geçilmişti.Doz artışı sonrası dahada artan cilt döküntüleri, son birkaç gündür halsizlik, uykuya meyil ve nöbetlerinin sıklaşması nedeniyle acilimize başvurdu. Hastanın yapılan klinik ve laboratuar tetkikleri sonucunda ilaç ilişkili hipersensitivte sendromu tanısı konuldu. Yapılan kranyal MR görüntülemede KKS'de diffüzyon kısıtlılığı görüldü. Karbamazepinin kesilmesi, uygun antiepileptik tedavisi ve destek tedavilerinin verilmesi, sonrasında hastanın klinik, radyolojik ve biyokimyasal bulgularının düzeldiği görüldü
Olgu: 2
Yüksek ateş, kusma, öksürük ve baş ağrısı şikayetleri ile acilimize gelen 6 yaşında kız hastanın uykuya meyilli olması ve nöbet geçirmesi üzerine yapılan kranyal mr görüntülemesinde KKS'de diffüzyon kısıtlılığı saptandı. Alınan orofarenks sürüntü örneğinde inluenza b pozitif bulundu. Hidrasyon, intravenöz immunglobulin ve oseltamivir tedavisi sonrası hastanın klinik ve radyolojik bulgularının düzeldiği görüldü
Olgu: 3
10 yaşında kız hasta, ateşli idrar yolu enfeksiyonu geçirdiği dönemde tekrarlayan nöbetler, ciddi baş ağrısı olması nedeniyle yapılan kranyal MR diffüzyon görüntülemesinde korpus kallosum spleniumda diffüzyon kısıtlılığı saptandı. Hastanın enfeksiyon tedavisi sonrası klinik bulguları düzeldi, tekrar nöbeti olmadı ve tekrarlanan kranyal MR'ında radyolojik bulgularının düzeldiği görüldü.

Sonuç: RESLES çoğu hastada klinik ve radyolojik olarak geri dönüşümlü, altta yatan ciddi bir hastalık olmadıkça iyi prognozlu bir durumdur. Sebep olan etyolojik faktörün saptanması ve tedavisi oldukça önemlidir. RESLES düşünülen olguların KKS'nin gerçek inmelerinden ayırt edilmesi gerektiği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: korpus kallozum, diffüzyon kısıtlılığı, etyoloji, çocukluk çağı, splenial lezyon

SS30

KONJENİTAL SEREBELLAR MALFORMASYONLARIN İLİŞKİLİ OLDUĞU SENDROMLAR: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Müge BAYKAN[1], Elif DİDİNMEZ TAŞKIRDI[2], Pınar GENÇPINAR[3], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[4]

[1]Tepecik Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Kâtip Celebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye

Amaç: Konjenital serebellar malformasyonlar, beynin motor koordinasyon, denge ve çeşitli nörolojik işlevlerini etkileyen doğuştan gelen yapısal bozukluklardır. Bu malformasyonlar, serebellumun gelişimi ile ilişkilidir ve genellikle karmaşık genetik ve dismorfik bulgularla ortaya çıkar. Genetik faktörler, bu malformasyonların birçoğunun temel nedenini oluşturur; genetik mutasyonlar ve kromozom anormallikleri, beyin yapılarındaki anormalliklere yol açabilir. Dismorfik bulgular, yüz ve vücut şekil bozuklukları gibi fiziksel anormallikleri içerir ve genellikle bu sendromlarla birlikte görülür. Bu sendromların doğru bir şekilde teşhis edilmesi ve anlaşılması, multidisipliner bir yaklaşım ve genetik analizler gerektirir. Çalışmamızda konjenital serebellar malformasyonları olan hastalarımızın genetik ve dismorfik bulgularını gözden geçirerek merkezimizin multidisipliner deneyimini paylaşmayı amaçladık.

Yöntem: 2021-2023 yılları arasında hastanemizin çocuk nöroloji polikliniğine başvuran beyin sapı ve serebellar malformasyon tanısı alan hastaları retrospektif olarak inceledik.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 131 hastanın 78'inde Arnold-Chiari Malformasyonu, 28'inde Dandy-Walker Malformasyonu, 19'unda Serebellar Hipoplazi, 6'inde Molar Kist Malformasyonu ve saptandı. Konjenital serebellar malformasyonları olan hastaların 24'ünde Spina Bifida, 6'sında Syringomiyeli, 3'ünde Tethered Kord Sendromu, 5 'inde Joubert sendromu, 2'sinde Poretti Boltshauser sendromu, 1'inde Patau Sendromu tanıları aldığı saptandı.

Sonuç: Konjenital serebellar malformasyonlar izole görülebildikleri gibi birçok sendromun bir komponenti olarak da görülebilmektedirler. Genellikle Dandy-Walker Malformasyonu ve Arnold-Chiari Malformasyonları sendromlarla ile birlikte görülürler ve çeşitli nörolojik ve gelişimsel sorunlara yol açabilirler. Teşhis ve tedavi yönetimi için genetik testler ve multidisipliner yaklaşımın bir arada olması gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: serebellum, malformasyon, joubert sendromu, kist, spina bifida

SS31

FEBRİL NÖBET İLE BAŞVURAN HASTALARIN KLİNİK ÖZELLİKLERİ VE NÖBET TEKRAR RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

İpek Burcu PARLAK İBİŞ[1], Pınar GENÇPINAR[2], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp fakültesi, Çocuk Nörolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş ve Amaç: Febril nöbetler çocuklarda en sık görülen nöbet tipidir. Febril nöbetlerin patogenezi henüz tam olarak açıklığa kavuşmamış olsa da genetik duyarlılığın etyopatogenezde önemli bir yer tuttuğu bilinmektedir. Çalışmamızda febril nöbetle başvuran hastaların klinik özelliklerini ve nöbet tekrarı gözlenen hastalardaki risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem: Ekim 2023-Ağustos 2024 tarihleri arasında febril nöbetle başvuran 38 hastanın hastane kayıtları geriye dönük olarak incelendi. Hastaların klinik, laboratuvar ve görüntüleme bulguları değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 21'i kız,17'si erkekti. Mevcut yaş ortanca değeri 28 aydı(±21,3)(14-82 ay).Başvuru nöbet yaşı ortanca değeri 20,5 ay(±21)(7-72 ay); ilk febril nöbet geçirme yaşı ortanca değeri 15,5 aydı(±18,3)(6-72 ay).Hastaların %15,8'inde(n=6) nöromotor gerilik mevcuttu. Hastaların %71,1(n=27)'inde nöbet süresi 5 dk ve altındaydı.Nöbet semiyolojisi değerlendirildiğinde %34.2(n=13)ü jeneralize tonik,%31,6(n=12)sı jeneralize tonik klonik nöbet geçirmişti. Onsekiz hastada(%47,4) ateş yüksekliği ile nöbet arasındaki süre 1-24 saatti. Yirmiyedi hastada(%71,1) nöbet esnasında ateş 38-39˚C aralığındaydı. Altı hastanın(%15,7) nöbeti tıbbi müdahaleyle sonlanmıştı.Hastaların %28,9'unda(n=11) aynı gün içinde nöbet tekrarı gözlendi. Dört hastaya lomber ponksiyon yapıldı.Bir hastada boğmaca aşı sonrası hipotonik hiporefleksif sendrom düşünüldü, bir hastada nöbetten iki gün önce meningokok aşısı uygulanmıştı. Altı hastada(%15,7) genetik inceleme yapıldı ve bir hastada SCN1A heterozigot c.4622A>G(p.Gln1541Arg) varyant saptandı.Üç hastada(%7,8) levetirasetam, bir hastada(%2,6) topiramat tedavisi başlandı.Beş hastanın(%13,1) ailesinde febril nöbet öyküsü vardı, ikisinde nöbet tekrarı görülmüştü. Bir hastaya takibinde hidrosefali nedeniyle V-P şant takıldı.

Tartışma ve Sonuç: Febril nöbet oluşumunda bir çok risk faktörü vardır.Yapılacak kapsamlı epidemiyolojik ve genetik çalışmalar sonucunda elde edilen verilerle,febril nöbet etyopatogenezinde genetik yatkınlığın rolünün aydınlatılacağı bir gerçektir.

Anahtar Kelimeler: Febril nöbet, Nöbet tekrar riski, Genetik etyoloji

Farklı zamanda febril nöbet tekrarı				P değeri
Var(n=14)	Yok (n=24)			
Cinsiyet	Kız (n=21) Erkek (n=17)	6 (%28,5) 8 (%47)	15 (%71,4) 9 (%52,9)	p=0,24
Eşlik eden nöromotor gerilik	Var (n=6) Yok (n=32)	3 (%50) 11 (%34,3)	3 (%50) 21(%65,6)	p=0,46
İlk nöbet yaşı <18 ay	Evet (n=24) Hayır (n=14)	11(%45,8) 3 (%21,4)	13 (%54,1) 11 (%78,5)	p=0.13
Ateş yüksekliği ve nöbet arası süre ≤ 1 saat	Evet (n=14) Hayır (n=24)	4 (%28,5) 10 (%41,6)	10 (%71,4) 14 (%58,3)	p=0,42
Subfebril ateşte nöbetin ortaya çıkma durumu	Evet (n=3) Hayır (n=35)	0 (%0) 14 (%40)	3 (%100) 21 (%60)	p=0,16
Ailede febril nöbet öyküsü	Evet (n=5) Hayır (n=33)	2 (%40) 12 (%36,3)	3 (%60) 21 (%63,6)	p=0,87
Ailede epilepsi öyküsü varlığı	Evet (n=8) Hayır (n=30)	5 (%62,5) 9 (%30)	3 (%37,5) 21 (%70)	p=0,09
Akut faz reaktanı bakılan hastalar (n=29)(%76,3)	AFR pozitif (n=19) AFR negatif (n=10)	9 (%47,3) 1 (%10)	10 (%52,6) 9 (%90)	p=0,12
EEG çekimi yapılan hastalar (n=22)(%57,8)	Eşlik eden EEG anormalliği var(n=3) Eşlik eden EEG anormalliği yok(n=19)	1 (%33,3) 8 (%42,1)	2 (%66,6) 11 (%57,8)	p=0.79
Kranial MRG çekimi yapılan hastalar (n=24)(%63,1)	Kranial MRG'da anormallik var(n=9) Kranial MRG'da anormallik yok(n=15)	3 (%33,3) 8 (%53,3)	6 (%66,6) 7 (%46,6)	p=0,19

SS32

MCARDLE TANILI HASTALARDA PYGM GEN MUTASYONLARININ KLİNİK İLE İLİŞKİSİNİN İNCELENMESİ

Safa Mete DAĞDAŞ[1], Yiğithan GÜZİN[2], Pınar GENÇPINAR[3], Nihal OLGAÇ DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye
[2]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Nöroloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Glikojen depo hastalığı tip V olarak da bilinen McArdle hastalığı, egzersiz intoleransı, yorgunluk, miyalji, kas krampları gibi semptomlarla kendini gösteren, kas miyofosforilaz aktivitesindeki kalıtsal bir eksiklikten kaynaklanan otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. PYGM geni üzerinde dünya çapında tanımlanan mutasyonlarda en sık görüleni p.R50X iken, Türk hastalar üzerine yapılan bir çalışmada en sık mutasyonun p.Met1Val olduğu gösterilmiştir.

Amaç ve Yöntem: Pediatrik yaş grubundaki McArdle tanılı hastalarımızda klinik, saptanan mutasyonlar, genotip-fenotip uyumu gibi çeşitli parametreler açısından inceleyerek Türk hastalardaki McArdle hastalığının özelliklerini belirlemeyi amaçladık. Genetik tetkikler ile McArdle tanısını almış hastalarımızı retrospektif olarak inceledik.

Bulgular: Mcardle hastalığı tanısı almış 3'ü erkek 5'i kadın 8 hasta saptadık. Bu hastalardan 6 tanesi çabuk yorulma, halsizlik, güçsüzlük gibi şikayetler ile başvurmuşken; hastaların 2 tanesi ise boy kısalığı nedeniyle takipliyken yapılan tetkiklerinde saptanan kreatin kinaz yüksekliği nedeniyle tetkik edilmeye başlanmıştı. 6 hastada PYGM geninde c.1A>G (p.Met1Val) homozigot mutasyon, 1 hastada c.1948C>T (p.Arg650Ter) homozigot mutasyon, 1 hastada c.772+2_772+3del homozigot mutasyonu olduğu görüldü. Tüm hastaların kreatin kinaz değerleri yüksek saptandı.

Tartışma ve Sonuç: Literatür ile uyumlu olarak bizim hastalarımızda da Türkiye'de en sık görülen mutasyon olan p.Met1Val varyantı en sık saptanmıştır(6/8). Dünyada en sık görülen p.R50X varyantı ise hastalarımızda saptanmamıştır. p.Met1Val mutasyonu olan bir hastamızın 2 kardeşinde ,annesinde ve babasında aynı mutasyonun heterozigot formu saptanmış fakat klinik bulguları olmaması nedeniyle taşıyıcı olarak düşünülmüştür. Hastalarımızın laboratuar ve klinik bulguları bildirilen vakalar ile uyumludur. Kas güçsüzlüğü, miyalji, yorgunluk, kreatin kinaz yüksekliği gibi bulgularla gelen hastalarda McArdle düşünülerek sırayla nöromuskuler panel, tüm ekzon analizi gibi genetik tetkikler istenebilir. Saptanan mutasyonların genotip-fenotip ilişkisinin ortaya koyulabilmesi için ile ilgili pediatrik hastalar ve Türk hastalar özelinde daha geniş çaplı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: McArdle, PYGM, pediyatrik

SS33

TIP 1 DIYABETES MELLITUSLU ÇOCUKLARDA İNSÜLİN İNFÜZYON POMPA UYGULAMASININ HBA1C ÜZERİNE ETKİSİ

Kürşat ÇETİN, Hale ÜNVER TUHAN, Mesut PARLAK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, Antalya, Türkiye

Giriş: Tip-1 Diyabetes Mellitus (Tip-1 DM), pankreasın beta hücrelerinin haraplanması sonucu insülinopeni ve hiperglisemiyle karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. İnsülinin fizyolojik salgılanmasıyla oldukça benzer bir tedavi yöntemi olan ve hastalara esnek bir yaşam tarzı sağlayan sürekli subkutan insülin infüzyon sistemlerinin (SSİİ) kullanımı her geçen gün artmaktadır.

Amaç: Tip-1 diyabetli çocuklarda farklı yaş gruplarında uygulanan SSİİ tedavisinin metabolik kontrol üzerine etkisini değerlendirmek.

Yöntem: Çalışmaya en az 2 yıldır SSİİ tedavisi alan Tip-1 DM tanılı 79 çocuk dahil edildi. Hastalar başlangıç yaşlarına göre üç gruba ayrıldı: grup-1 (5-9.9 yıl), grup-2 (10-14.9 yıl) ve grup-3 (15-17.9 yıl). SSİİ tedavisi öncesiyle tedavinin birinci ve ikinci yılındaki HbA1c düzeylerinin yaş gruplarına ve cinsiyete göre istatistiksel değerlendirmesi yapıldı.

Bulgular: Hastaların yaş ortalaması 11.7±3.4 yıl, ortalama diyabet süresi 2.9±2.7 yıldı ve %55.7'si kızdı. Yaş aralıklarına göre hastalardan 30'u grup-1, 33'ü grup-2, 16'sı ise grup-3 olarak sınıflandırıldı. Hem kız hem de erkek hastalarda HbA1c'nin birinci ve ikinci yıl kontrollerinde başlangıç HbA1c düzeylerine göre azalma saptanmıştır; ancak cinsiyetler arasında anlamlı fark bulunmamaktadır ($p>0.05$). Hastaların başlangıç HbA1c düzeylerine göre birinci ve ikinci yılın sonunda, ortalama HbA1c düzeylerinde azalma olmakla birlikte istatistiksel bir fark bulunamadı; ancak ilk yıl ile ikinci yıl HbA1c düzeyleri arasında anlamlı bir fark olup pompa takımından sonraki birinci yıl kontrolünde ortalama HbA1c düzeylerinin daha düşük olduğu yani diyabet kontrolünün daha iyi olduğu görüldü. Yaş gruplarına göre incelendiğinde özellikle bu anlamlı farklılığın grup-2'den kaynaklandığı anlaşıldı (%8.82±1.77'den %9.54±2.18'e; $p<0.05$).

Sonuç: Bu sonuçlara göre; SSİİ uygulaması çocukluk çağının tüm yaş gruplarında Tip-1 DM tedavisinde metabolik kontrolde olumlu bir etkiye sahiptir. Tüm yaş gruplarında bazal HbA1c'ye göre ilk yıl ve ikinci yıl HbA1c düzeylerinde azalma saptanmıştır. Ancak istatistiksel olarak anlamlı ve kalıcı metabolik iyilik halinin sürdürülebilirliği çocukluk döneminde zordur. Bunun hasta ve hasta dışı birçok nedeni olmakla birlikte daha büyük hasta serilerinde, uzun süreli takip verileriyle yapılacak çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk çağı, Hemoglobin A1c, İnsülin infüzyon pompası, Tip 1 diyabetes mellitus

SS35

OBEZ VE AŞIRI KİLOLU ERGENLERDE PATOLOJİK İNTERNET KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ VE KONTROL GRUBU ERGENLER İLE KARŞILAŞTIRILMASI

Cevat YILDIRIM[1], Beril BERBEROĞLU[2], **Büşra Nükhet PEHLİVANOĞLU[2]**, Emine TÜRKKAN[3], Hüseyin DAĞ[2]

[1]Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[2]Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye
[3]Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Ana Bilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş ve Amaç: Obezite enerji alımındaki artışa veya enerji harcanmasındaki azalmaya bağlı gelişen enerji dengesi bozukluğu sonucu oluşur. Ülkemizde yakın zamanda yapılan çalışmalar, çocuk ve adolesanlarda obezite sıklığının %20'ye yaklaştığını göstermektedir. Günümüzde teknolojinin ilerlemesiyle gelişen aşırı ekran maruziyeti ekran bağımlılığına neden olmaktadır. Ekran bağımlılığının getirdiği fiziksel aktivite azalması ve düzensiz beslenme alışkanlıkları obeziteye katkı sağlamaktadır. Bu çalışmada obez ve aşırı kilolu ergenlerde patolojik internet kullanımı kontrol grubu ergenler ile karşılaştırılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Bu çalışmamızda örneklem grubu Prof. Dr. Cemil Taşçıoğlu SUAM Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerinde 01.02.2023-30.04.2023 tarihleri arasında sağlık hizmeti alan 10-18 yaş arası ergen hastalardan oluşturuldu. Çalışma grubu 50 obez, 50 aşırı kilolu ve 50 kontrol grubu olmak üzere toplamda 150 hastadan oluşturuldu. Çalışmaya alınan ergenler ile yüz yüze görüşülerek daha önceden hazırlanmış olan anketler uygun poliklinik odalarında aile onamı alınarak doktor ve katılımcı ebeveynleri eşliğinde dolduruldu. İnternet bağımlılığı ölçeği olarak Young'un internet bağımlılığı 20 soruluk anketi kullanıldı. Katılımcılar aldıkları puanlara göre internet bağımlılık derecesi açısından sınıflandırıldı. Gruplar arası bağımlılık durumu ve demografik özellikler karşılaştırıldı.

Bulgular: Obez grupta bağımlık oranı %18 iken aşırı kilolularda %10 ve normal kilolu bireylerde %2'dir. Genel bağımlılık oranı %10,6'dır. Obezlerde riskli internet kullanıcısı olma oranı; aşırı kilolu bireyler ve normal kilolular ile karşılaştırıldığında daha yüksek saptanmıştır. Obez ergenlerin %20'sinin hem annesi hem de babası obezdir. Obez çocukların egzersiz yapma oranları kilolu ve normal kilolu çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı düşük saptanmıştır.

Sonuç: Obezler ve aşırı kilolu ergenlerde anket puanları ve internet bağımlılığı oranı daha yüksektir ve günlük egzersiz süresi daha azdır. Obez grupta anne ve baba obezitesi ise belirgin yüksektir.

Anahtar Kelimeler: Ergenler, Obezite, Aşırı Kilo, İnternet Bağımlılığı

SS37

B12 VITAMİNİ DEĞERLERİNİN COVID GEÇİRMİŞ OLAN ÇOCUKLAR İLE GEÇİRMEMİŞ OLAN SAĞLIKLI ÇOCUKLARDA KARŞILAŞTIRILMASI

Büşra Nükhet PEHLİVANOĞLU

Prof.Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul, Türkiye

Giriş: Covid ve uzamış covid enfeksiyonu sonrası erişkin hastalarda vitamin B12 eksiklikleri bildirilmiş olup, pediatrik popülasyonda bu durum ile ilgili yeterli veri bulunmamaktadır. Bu çalışmanın amacı, covid enfeksiyonu geçiren çocuklarda enfeksiyondan en az 5 ay sonraki vitamin B12 değerleri ile, geçirmeyen ve birbirine demografik özellikleri benzer çocukların değerlerini karşılaştırarak, yukardaki hipotezin geçerliliğinin sorgulanmasıdır.

Hastalar ve Metod: 32 adet ortalama yaşı 9.7, ortalama persantil değerleri benzer olan ve 2020-2024 yılları arasında covid tanısı almış olan, herhangi bir gastrointestinal ve/veya nörolojik patolojisi bulunmayan ve hali hazırda ayaktan sağlıklı çocuk polikliniğine başvuran hastalar çalışmaya alındı. Covid geçirmiş olan hastalar, hastanın elindeki eski PCR sonuçları ile konfirme edildi. Bu çocuklara demografik değerleri benzer (ortalama yaş: 9.4) olan, herhangi bir gastrointestinal ve/veya nörolojik patolojisi bulunmayıp, sağlam çocuk polikliniğine başvuran 32 çocuk da prospektif olarak, kontrol grubu tanımı ile çalışmaya alındı. Kontrol grubunun sağlık verilerinden, COVID pozitifliğine dair herhangi bir sonucu olmadığı teyit edildi.

Sonuçlar: Covid geçirmiş grubun ortalama vitamin B12 değeri <205 pg/ml , folat değeri ise %2 hastada <4.8 ng/ml idi. Tam kan sayımında ortalama hgb: 13.1 g/l, mcv: 72 fl, plt: 260 10^3 /UL olup megaloblastik anemi saptanmamıştır. Her iki grubun parametreleri karşılaştırıldığında istatistiksel anlamlı fark bulunmamış olup (p=0.27, p=0.41,), COVID geçiren hastalarda ortalama vitamin B12 değerlerinin kontrol grubuna göre daha düşük olduğu saptandı.

Tartışma ve Çıkarım: COVID enfeksiyonu geçiren erişkin kişilerde vitamin eksiklikleri literatürde sıklıkla bildirilmiş olup, pediatrik popülasyondaki veri çok sınırlıdır. Prospektif olarak yapılan çalışmamız göstermiştir ki, COVID enfeksiyonu geçiren ve üzerinden en az 3 ay geçen sağlam çocukların vitamin B12 ve bununla ilişkili hemogram değerleri, COVID geçirmemiş çocuklarla karşılaştırıldığında anlamlı fark elde edilmemiştir. Yine de, COVID geçiren grubun vitamin B12 değerlerinin geçirmeyenlerden daha düşük olduğu tespit edilmiş olup, bu konuda daha geniş prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: B12 eksikği, Folat düşüklüğü

SS38

NADİR BİR PUBERTAL JINEKOMASTI OLGUSU: UNILATERAL JINEKOMASTI

İbrahim ÖZGÜN[1], Gülçin ARSLAN[1], Gülümay VURAL TOPAKTAŞ[1], Hakan BİRİNCİ[1], Bumin Nuri DÜNDAR[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Jinekomasti, glandüler dokunun iyi huylu proliferasyonunun neden olduğu erkek memesinin büyümesini ifade eder. Fizyolojik (yenidoğan, pubertal, senil) veya patolojik, tek veya iki taraflı olabilir. Yumuşak, elastik, nodül benzeri bir retroareolar kitleden oluşur ve zaman zaman ağrı ile ilişkilidir. Literatürde pubertal jinekomasti genellikle bilateral olup, unilateral jinekomasti daha az sıklıkla görülmektedir. Unilateral jinekomasti çoğunlukla patolojik nedenlerde görülmektedir.

Amaç: Burada, unilateral jinekomasti ile başvuran pubertal bir olguyu sunmayı amaçladık.

Yöntem ve Bulgular: 16 yaş 4 ay erkek hasta, sol memede şişlik olması nedeniyle çocuk cerrahi hekimine başvurusu sonrası tarafımıza yönlendirildi. Şişliğin sol memede yaklaşık 1 yıldır var olduğu ve giderek büyüdüğü, akıntının olmadığı, dokunmakla ağrı olduğu belirtildi. Düzenli ilaç veya takviye gıda ürünü kullanımı, bilinen bir hastalık tariflenmedi. Eşlik eden erektil disfonksiyon, görme bulanıklığı, baş ağrısı semptomları yoktu. Miad 3500 gr doğan hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde dikkat çeken özellik yoktu. Fizik muayenede vücut ağırlığı boyu saptandı. Tanner evre 5 pubertesi olan hastanın sol memede yaklaşık 4 cm jinekomastisi mevcuttu. Sıkmakla ağrı tarifledi. Sol memenin altında 2 x 3 cm boyutlarında sütlü kahve lekesi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde FSH 1.6 U/L, LH: 7.1 U/L, total testosteron 577 ng/dl, östradiol 31.7 ng/L saptandı. Tiroid fonksiyon testleri, prolaktin olağan sınırlarda, AFP ve beta hcg negatifti. Skrotal ultrasonografi normal sonuçlandı. Meme ultrasonografisinde solda 15 mm fibroglandüler doku artışı izlendi. Hastaya plastik cerrahi kliniği tarafından operasyon planlandı. Patoloji sonucu benign fibroglandüler doku ile uyumlu saptandı.

Sonuç: Jinekomasti ile başvuran hastalarda idiyopatik jinekomasti, testis tümörleri, memeye travma, meme sarkomu ve karsinomu, klinefelter sendromu, hipogonadizm, tiroid fonksiyon bozuklukları akla gelmelidir. Bu vaka takdimi ile, fizyolojik jinekomastinin tek taraflı da görülebileceğini vurgulamayı amaçladık.

Anahtar Kelimeler: puberte, pubertal jinekomasti, meme büyümesi

SS39

AYNI GENETİK VARYANT VE FARKLI CİNSİYETLERDE YETİŞTİRİLEN İKİ 46, XX KARDEŞ OLGU: 11 BETA-HİDROKSİLAZ EKSİKLİĞİ

Gülümay VURAL TOPAKTAŞ[1], Rabia MERAL[2], Berna EROĞLU FİLİBELİ[3], Kadri Murat ERDOĞAN[4], Bumin Nuri DÜNDAR[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]Necip Fazıl Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, Kahramanmaraş, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[5]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: 11-β hidroksilaz eksikliği, konjenital adrenal hiperplazinin (KAH) ikinci sıklıkta görülen nedeni olup, kortizol ve kortikosteron sentezi bozukluğu ile giden otozomal resesif bir hastalıktır. Klasik formu, 46, XX infantta kuşkulu genital yapı, virilizasyon ve tuz retansiyonu ile karakterize olup hem virilizasyon derecesi hem de hipertansiyon aynı ailede bile değişkenlik gösterebilir. Bu raporda, birinin geç tanı ve daha fazla virilizasyon nedeniyle farklı cinsiyetlerde yetiştirilen ve 11-β hidroksilaz eksikliği tanısı alan 46, XX iki kardeş sunulmuştur.

Olgu 1: 5 yaşında erkek yetiştirilen hasta inmemiş testis nedeniyle çocuk endokrinoloji kliniğimize yönlendirildi. Miad, 2000 gr doğan hastanın prenatal- postnatal öyküsünde özellik saptanmadı. Anne babada 1.derece kuzen evliliği mevcuttu. 8 aylıkken sebebi bilinmeyen kardeş ölüm öyküsü mevcuttu. Fizik muayenesinde; ağırlık 1,9 SDS, boy 3,5 SDS, meme Tanner evre I, pubik kıllanma Tanner evre III, aksiller kıllanması yoktu ve tansiyonu 88/68 mmHg ile normaldi. Genital muayenede fallus 6 cm, bifid skrotumu olup yaygın hiperpigmentasyonu vardı. Vajinal açıklık yoktu. Bilateral testisler palpe edilmedi. Laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kemik yaşı,13 yaş(Greulich&Pyle) olup MR görüntülemesinde 27x15 mm uterus ve overler görüntülendi. Karyotipi 46, XX olan hastaya, laboratuvar tetkikleri ile 11-β hidroksilaz KAH tanısı konuldu ve hidrokortizon 10mg/m²/gün başlandı.

Olgu 2: Hastanın 8 aylık kardeşi muayeneye çağırıldı. Aile bu bebeği kız çocuk olarak benimsemişti. Miadında 3000 gram doğan hastanın natal- postnatal öyküde özellik yoktu. Fizik muayenesinde ağırlık 1,75 SDS, boy 0,11 SDS, prepubertal, fallus 2 cm olup, vajinal açıklığı mevcuttu. Labium majus içerisinde ya da ingüinal bölgede gonad palpe edilmedi. Laboratuvar tetkikleri Tablo 1'de gösterilmiştir. Kemik yaşı 2 yaş (Greulich&Pyle) ile uyumlu olup MR incelemesinde uterus görüntülendi. Karyotipi 46,XX olan hastaya, laboratuvar tetkikleri ile 11-β hidroksilaz KAH tanısı konuldu ve hidrokortizon 10mg/m²/gün başlandı.

Genetik sonuç ve izlem: Her iki hastada 46, XX cinsiyet gelişim bozukluğu genetik panelinde CYP11B1 geninde c.1179_1180dup (p.Asn394ArgfsTer37) homozigot varyantı saptanarak tanı genetik olarak da doğrulandı. İlk olgunun hidrokortizon tedavisinin 7. ayında meme gelişimi başladı ve hastaya puberte prekoks tanısı konularak tedaviye GnRH analoğu (3,75 mg/ay) eklendi. İzlemde her iki hastada hipertansiyon gelişmedi. Multidisipliner cinsiyet konseyinde değerlendirilen hastaların takip ve tedavileri devam etmektedir.

Sonuç: 11-β hidroksilaz eksikliğinin klasik formu, en sık görülen KAH tipi olan 21 hidroksilaz eksikliğindeki tuz kaybına yol açmadığından geç tanı alabilir. Olgularımızda olduğu gibi aynı genetik mutasyon farklı kliniklere sahip olabilir. Bu hastaların erken tespit ve tedavisi önem arz etmektedir ve hipertansiyon her zaman eşlik etmeyebilir.

Tablo 1. Olguların laboratuvar tetkikleri

TETKİK	1.OLGU	2.OLGU
ACTH (ng/L) (N,0-46)	1250	586
Kortizol (µg/dL) (N,5-25)	4,3	18,2
17-OH PG (N,<2 ng/ml)	15	20
FSH(U/L) (N, 1,27-19,2)	0,2	0,6
LH(U/L) (N, 1,24-8,6)	0,1	0,1
Total Testosteron (ng/dl) (N, Kız< 3–10) (N, Erkek< 3–10)	197	111
Estradiol (ng/L) (N, Kız<10) (N, Erkek<10)	19,9	4,3
DHEA-SO4 (ug/dL) (N, 5-57)	42	54
11-Deoksikortizol (LC-MS/MS) (N, <3440 ng/L)	35826	160241
11-Deoksikortikosteron (LC-MS/MS) (N, <34 ng/dL)	748	1245
Elektrolitler	Normal	Normal

Anahtar Kelimeler: beta hidroksilaz eksikliği, hipertansiyon, santral erken puberte

SS40

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ ÇOCUK ENDOKRİNOLOJİ KLİNİĞİNDE TAKİP EDİLEN ERKEK PUBERTE PREKOKS VAKALARI

Yasemin Funda BAHAR, **Kürşat ÇETİN**, Hale Ünver TUHAN, Mesut PARLAK

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatrik Endokrinoloji, Antalya, Türkiye

Giriş: Puberte prekoks (pp), erkeklerde dokuz yaşından önce ve kızlarda sekiz yaşından önce ikincil cinsiyet özelliklerin başlaması olarak tanımlanır. Puberte prekoksun yaygınlığı erkeklerde kızlardan yaklaşık 10 kat daha düşüktür. Hipotalamus hipofiz gonadal ekseninin aktivasyonuna dayanarak puberte prekoks, gonadotropin bağımlı (santral puberte prekoks) ve gonadotropin bağımsız (periferik puberte prekoks) olarak sınıflandırılabilir.

Amaç: Puberte prekoks tedavisi alan erkek hastaların klinik özelliklerini ve etiyolojisini değerlendirmek.

Yöntem: Çalışmaya Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalında pp tanısı alan ve tedavi başlanan hastalar alındı. Tanı anındaki kronolojik yaş, kemik yaşı, vücut ağırlığı, boy , hipofiz bezinin görüntüleme bulguları, bazal total testosteron, lüteinizan hormon (lh), folikül stimülan hormon (fsh) ve uyarılmış gonadotropin düzeyleri kaydedildi.

Bulgular: 22 puberte prekokslu erkek hastanın 18 tanesi santral, 4 tanesi periferik puberte prekoks tanısı almıştır. Periferik puberte prekoks tanısı alan hastaların ortalama yaşı 6,47±1,40 yaş; santral puberte prekoks tanılı hastaların ortalama başvuru yaşı 7,99±1,25 yaş olup başvuru yaşları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,040). Periferik puberte prekoks ile başvuran hastaların ortalama kemik yaşı 11,8; santral puberte prekoks hastalarının ortalama kemik yaşı 8,8 olup istatistiksel olarak anlamlı fark vardı (p=0,043). Diğer laboratuvar değerleri ve antropometrik ölçümlerde anlamlılı farklılık saptanmamıştır. Olguların MSS görüntülemelerinde %90 (20/22) oranında patolojik bulguya rastlanmadı, organik patolojisi olan olgulardan birinde hamartom, diğerinde de mikroadenom saptanmıştır.

Sonuç: Erkek çocuklarda erken puberte prekokstan şüphelenmeye sebep olan şikayetler çeşitlilik göstermektedir. Puberte prekoks vakaları gün geçtikçe farkındalığın artmasından dolayı artış göstermektedir. Puberte prekokslu kız çocuklarında olduğu gibi, erkek çocuklarında da kilo alımında artışın puberte prekoks gelişimi için risk teşkil ettiği birçok çalışmada saptanmıştır. İdiyopatik puberte prekoks vakalarında organik patoloji saptanma oranı çeşitli çalışmalarda farklılık göstermekte olup tanı alan hastalarda görüntüleme yapılmasında fayda bulunmaktadır.

Tablo 1. Hastaların kronolojik yaşları, antropometrik ölçümleri ve laboratuvar değerleri

n=22	Ortalama±SS
Tanı anındaki kronolojik yaş (yıl)	7,72±1,38
Kemik yaşı (yıl)	9,40±2,63
Ağırlık-SDS	1,72±1,75
Boy-SDS	1,63±1,41
Vücut Kitle İndeksi-SDS	1,47±1,33
Bazal LH (IU/L)	0,76±0,57
Bazal FSH (IU/L)	1,63±0,74
Bazal testosteron (ng/mL)	0,31±0,55
GnRH uyarımında LH tepe noktası (IU/L)	8,97±5,05

Bulgular n(%), ort±SS ile gösterilmiştir.

Tablo 2. Periferik ve santral puberte prekoks tanılı hastaların kronolojik yaşları, antropometrik ölçümleri ve laboratuvar değerleri

n=22	Santral (n=18)	Periferik (n=4)	P
Tanı anındaki kronolojik yaş (yıl)	7,99±1,25	6,47±1,40	0,040*
Kemik yaşı (yıl)	8,86±2,48	11,8±1,93	0,043*
Ağırlık-SDS	1,63±1,75	2,15±1,92	0,733
Boy-SDS	1,62±1,50	1,69±1,10	0,765
Vücut Kitle İndeksi-SDS	1,61±1,42	0,84±0,47	0,201
Bazal LH (IU/L)	0,85±0,58	0,40±0,38	0,136
Bazal FSH (IU/L)	1,73±0,69	1,20±0,90	0,303
Bazal testosteron (ng/mL)	0,28±0,54	0,47±0,64	0,194
GnRH uyarımında LH tepe noktası (IU/L)	8,61±3,89	10,80±10,23	0,859

Bulgular n(%), ort±SS ile gösterilmiştir. Student's t test.

Tablo 3. Periferik ve santral puberte prekoks tanılı hastaların başvuru şikayetleri

Başvuru şikayeti	Santral puberte prekoks	Periferik puberte prekoks
Pubik kıllanma	8	1
Testis büyümesi	5	2
Büyümede hızlanma	3	1
Aksiller kıllanma	1	
Ter kokusu	1	

Anahtar Kelimeler: Erkek çocuk, Puberte prekoks, Kemik yaşı, GnRH uyarı testi

SS41

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE VİTAMİN D DÜZEYİNİ VE KULLANIMINI ETKİLEYEN PARAMETRELER

Atilla ÇİFCİ[1], Mert TEMUÇİN[2]

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Ü. Tıp Fak, Sosyal Pediatri Bilim Dalı, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Yıldırım Beyazıt Ü. Tıp Fak, Tıp, Ankara, Türkiye

Giriş: D vitamini vücutta kalsiyum-fosfor metabolizmasını etkileyen steroid yapıda bir hormondur. Temel etkisini kemik doku üzerinde gösteren bu hormonun eksikliğinde kemik mineralizasyonu bozulur. Klinikte d vitamini eksikliği birçok semptoma yol açmakla beraber çocuklarda görülen rikets ve yetişkinlerde ise osteomalazi ciddi bir sorun olarak karşımıza çıkar. Ayrıca d vitamini eksikliğinde sadece kemik dokusundaki mineralizasyon bozulmakla kalmaz aynı zamanda otoimmun hastalıklar, diyabet, kardiyovasküler rahatsızlıklar, multipl skleroz, romatoid artrit ve kanser dahil birçok hastalığın gelişimine zemin hazırlayabilir. D vitamini eksikliğinin en bilinen sebebleri yetersiz güneş ışığı almak ve diyetle yeteri vitamin d almamaktır. Birçok endokrinoloji derneği tüm bebeklere doğumdan itibaren 12.aya kadar günlük 400 IU vitamin d verilmesini önermektedir. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından doğumdan itibaren bir yaşa kadar D vitamini profilaksisinin düzenli verilmesi önerilmektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, 6-24 ay arası çocuklarda Vitamin D düzeylerini etkileyen parametreleri belirlemek ve Vitamin D kullanımını etkileyen faktörleri incelemektir.

Yöntem: Çalışmamızda Kasım 2023-Şubat 2024 tarihleri arasındaki dört aylık süreçte Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniğine başvuran ve herhangi bir nedenle kanda 25-OHD düzeyi bakılmış olan 6-24 aylık çocukların aileleriyle yapılan yüz yüze anket ile veriler değerlendirilmiştir. Çocuğun; cinsiyeti, yaşı, anne yaşı, kardeş sayısı, aile tipi, gelir durumu, beslenme durumu, gebelikte vitamin d kullanımı, çocuğun vitamin d kullanımı, kullanılan vitamin d preparatı, vitamin d kullanım sıklığı ve düzeni parametreleri sorgulanmıştır. Elde edilen verilere yapılan istatistiksel analizler SPSS (IBM SPSS Statistics 27) adlı paket program kullanılarak yapılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya konu olan çocukların yaş ortalamasının 13,48±4,78 ay olduğu, cinsiyet dağılımının ise %52,8'i kız, %47,2'si erkek olduğu görüldü. Hastaların %68,9'unun 25-OHD düzeyi normal saptandı. Çocukların kan 25-OHD düzeylerinin; % 20,6'sı eksiklik, %10,5'unun ise yetersizlik düzeyinde olduğu görüldü. Başvuran 6-24 ay arası yaş grubunda olan 267 çocuğun aktif olarak 179'u düzenli (%64) 30 tanesi düzensiz (%11) kullanmakta olup; 58 tanesi (%25) ise aktif olarak vitamin d preparatı kullanmadığı görüldü. Düzensiz ve hiç vitamin d kullanmayan bebeklerin 25-OHD düzeyi, düzenli kullananlara oranla oldukça düşük saptandı. Çocukların yaşının büyümesiyle vitamin d preparatının kullanımının azaldığı, ayrıca 25-OHD düzeyinin düştüğü saptandı. Sosyoekonomik faktörlerin 25-OHD düzeyinde anlamlı bir fark oluşturmadığı görüldü. Gebelikte d vitamini kullanımının, çocukların d vitamini kullanımı ve düzeyiyle pozitif korelasyon saptandı.

Sonuç: Yapılan analizler sonucunda bu çalışmada d vitamini profilaksisi ve tedavisine özellikle bir yaşından sonra da uygun dozlarda devam edilmesi gerektiği, aile hekimlerine başvuran bebeklerin takiplerinde d vitamini devamlılığının sağlanması önerilmelidir. Uygun dozların yaş arttıkça mutlaka güncellenmesi gerektiği, olabildiğince erken dönemde vitamin d preparatının başlanması gerektiği görüldü.

Anahtar Kelimeler: Vitamin D, Profilaksi, Rikets, Kalsiyu

SS42

ULUSAL TİROİD TARAMA PROGRAMINDA TSH SONUÇLARINA GÖRE ETİYOLOJİNİN ARAŞTIRILMASI

Zeynep KUNDAKTEPE[1], **Yüksel YAŞARTEKİN**[2], Ayşe Derya BULUŞ[3]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim ve Araşltırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, Ankara, Türkiye
[3]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim ve Araşltırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi, Ankara, Türkiye

Giriş-Amaç: Konjenital hipotiroidi (KH), yenidoğan döneminde tiroid hormonu eksikliği ile kendini gösteren ve en sık görülen endokrinolojik tablodur. Tiroid bezinden salgılanan hormonlar fetal ve postnatal evrede santral sinir sisteminin gelişiminde ve fonksiyonunda kritik öneme sahiptir. Konjenital hipotiroidinin kalıcı zeka geriliğine neden olması sebebiyle erken tanı konularak hızlıca tedaviye başlanması hayati önem taşımaktadır. Yaptığımız bu çalışmada Ulusal tarama programı ışığında topuk kanında tiroid uyarıcı hormon (TSH) yüksekliği saptanarak konjenital hipotiroidi hastalığı şüphesiyle tarafımıza yönlendirilen olguların konjenital hipotiroidi tanı oranını belirlemeyi ve etiyolojik dağılımını değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç-Yöntem: Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Metabolik ve Endokrin Hastalık Tarama Programı (NTP) kapsamında topuk kanı örneği alınarak TSH yüksekliği saptanıp yönlendirilen ve 12.01.2023-31.04.2023 tarihleri arasında Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrin Polikliniği'ne başvuran olgularda konjenital hipotiroidi tanı oranı, konjenital hipotiroidi tanısı alan olguların tanı zamanı, klinik ve laboratuvar bulguları ve etiyolojik dağılımı prosptektif olarak incelendi.

Bulgular: Yenidoğan tarama programı kapsamında topuk kanında TSH yüksekliği saptanarak yönlendirilen 53 olgunun %35,8'i başvuruda konjenital hipotiroidi tanısı alarak tedaviye başlandı. Ailede konjenital hipotiroidi oranı TSH yüksekliği olan grupta %21,9, sağlıklı grupta %4,8 idi. TSH yüksekliği olan grubun annelerinde gebelikte %15,6 oranında tiroid hastalığı öyküsü pozitifti. Normal spontan vajinal yol ile doğumda pelvik bölgeye uygulanan batikon, sezaryen sırasında abdominal ve pelvik bölgeye uygulanan batikon öyküsü dışında tüm grupta olguların annelerinde doğum sırasında ek batikon maruziyeti öyküsü yoktu. TSH yüksekliği olan grupta topikal iyot maruziyeti hastaların %21,9'unda vardı. Başvuruda konjenital hipotiroidi tanısı alan 19 hastaya ortalama 8,7 mcg/kg/gün dozunda levotiroksin (LT4) tedavisi başlandı.

Sonuç: Ulusal yenidoğan tarama programı kapsamında alınan örneğin zamanında, doğru şekilde alınması hızlıca analiz edilerek sonuçların değerlendirilmesi ve hastalık şüphesi taşıyan olguların vakit kaybedilmeden çocuk endokrinoloji polikliniğine yönlendirilmesi hayati önem taşımaktadır. Yanlış negatif sonuçlar hala bir endişe kaynağıdır.

Anahtar Kelimeler: Ulusal Tarama Programı, Konjenital Hipotiroidi, Yenidoğan, Tiroid Stimüle Edici Hormon (TSH)

SS43

PEDİATRİDE ROBOTLAR VE ROBOT HEMŞİRELER ÇALIŞMALARININ BİBLİYOMETRİK ANALİZİ (1984-2024)

Fahriye PAZARCIKCI[1], Emine EFE[2]

[1]Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Uzaktan Eğitim MYO, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Isparta, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Antalya, Türkiye

Giriş: Teknolojinin hızla gelişmesi ve yaygınlaşmasıyla birlikte robotlar ve robot hemşirelerin pediatrik hasta bakımında kullanımları artmıştır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, bibliyometrik analiz kullanılarak pediatride robotlar ve robotik hemşireler çalışmalarının odağını, tematik eğilimlerini ve gelişimini belirlemektir.

Yöntem: Retrospektif ve tanımlayıcı özellikler taşıyan bu çalışma, 31 Temmuz 2024 tarihinde "Web of Science" veri tabanında "robot hemşire", "robotlar", "terapötik robotlar", "insansı robotlar" ve "çocuk" anahtar kelimeleri kullanılarak gerçekleştirilmiş ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 1.411 makalenin incelenmesiyle veri toplanmıştır. Veri analizinde, RStudio programı ve bir R uygulaması olan "biblioshiny" aracı kullanılmıştır. Her yayın, dergi, yazar, atıf, ülke, anahtar kelimeler ve konular açısından değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırma kapsamında 1984-2024 yılları arasında, 553 farklı kaynaktan, 4.773 yazar tarafından yayınlanan makalelere erişilmiştir. Makalelerin yaklaşık %60'ı (836 makale) 2019 yılından sonra yayınlanmıştır. En çekirdek ve en çok atıf alan dergi International Journal of Social Robotics'tir. Hiroshi Ishiguro (27 makale) en üretken yazardır. En çok atıf alan yazarlar Takayuki Kanda ve Hiroshi Ishiguro'dur. En çok yayın yapan ülkeler ABD, Birleşik Krallık ve Çin, en çok atıf alan ülkeler ise ABD, Birleşik Krallık ve Japonya'dır. Anahtar kelime analizi pediatride robotlar ve robot hemşireler konusunda öne çıkan konuların "insan-robot etkileşimi", "otizm", "çocuk-robot etkileşimi", "eğitim", "öğrenme", "teknoloji" ve "serebral palsi" olduğunu ortaya koymuştur. Niş konular arasında "sözsüz iletişim", "dil", "öğrenme", "oyun", "duygu" ve "telepresence robotlar" yer almaktadır. Anksiyete, gelecekte ilgi görebilecek bir tema olarak belirlenmiştir.

Sonuç: Pediatrik robotlar ve robot hemşireler üzerine yapılan çalışmaların sayısı giderek artmaktadır. Bu alan, çocuklara bakım sağlayan tüm sağlık profesyonelleri için aktif bir araştırma konusu sunmaktadır. Ancak, robot hemşirelerin ve robotik uygulamaların pediatrik bakımda nasıl kullanılacağına dair mevcut hemşirelik çalışmaları oldukça sınırlıdır. Gelecekte, robot hemşirelerin ve robotik uygulamaların pediatrik hasta bakımında daha yaygın bir şekilde kullanılacağı öngörülmektedir. Bu nedenle, robot hemşirelerin avantajlarından en iyi şekilde yararlanmak, olası riskleri belirlemek ve endişeleri gidermek amacıyla daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Robotlar, Robot hemşire, Çocuk, Pediatri, Bibliyometrik analiz

SS44

YAPAY ZEKA VE MAKİNE ÖĞRENİMİNİN TIP 1 DİYABETTE KULLANIMI

Emine ÇUBUKCU[1], **Duygu DEMİR[2]**

[1]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi Hastanesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü, Hatay, Türkiye
[2]Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Yalova, Türkiye

Amaç: Endokrin ve metabolik bozukluklardan biri olan Tip 1 diyabet, pankreas beta hücrelerinin yıkımı sonucu, insülin salınımında yetersizlik ve hiperglisemi ile sonuçlanan, bakım ve yönetimi dikkat ve özen gerektiren kronik bir hastalıktır. Dünya çapında 20 yaş altındaki 1.52 milyon çocuğu ve adolesanı etkilemektedir. Sosyal ve ekonomik bir sağlık sorunu olan Tip 1 diyabet; yaşam tarzında değişiklik gerektiren, uzun dönemde vücudun çeşitli organ ve sistemlerinde hasara ve fonksiyon kaybına neden olan, yaşam kalitesini düşüren, tedavi ve yüksek bakım maliyetine neden olan bir hastalıktır. Bu nedenle; hastaların yaşam kalitesini arttırmak için sağlık hizmetlerinde kullanımı giderek artan teknoloji, sağlık çalışanlarının da uygulamalarını şekillendirmektedir. Veri analizi yapabilen, kalıpları tanımlayabilen ve sonuçları tahmin edebilen yapay zekanın (artificial intelligence-AI) bir alt kümesi olan makine öğrenimi (machine learning-ML); hasta sağlığına ilişkin değerli içgörüler sağlayarak, tedavi kararlarını bildirerek ve hatta bir kişinin gelecekte hastalığa yakalanma riskini tahmin ederek, diyabet yönetiminde devrim yaratma potansiyeline sahiptir. Yapay zekanın oluşturduğu algoritmalar, diyabet yönetimindeki karmaşık görevlerin otomatikleştirilmesinde özellikle önem kazanmaktadır. Yapay zeka ve makine öğrenimi; Tip 1 diyabet varlığının tahmin edilmesinde, teşhis ve tedavi algoritmalarının oluşturulmasında, insülin dozajlarının hesaplanmasında geçmiş veri algoritmalarından faydalanmaktadır. Aynı zamanda insülin iletiminin otomatik yapılmasını, öğünün karbonhidrat içeriğinin, yapılan fiziksel aktivitenin yoğunluğunun ve süresinin tahmin edilmesini sağlayan sistemleri içermektedir. ML ve AI'nın tıptaki uygulamaları, diyabet gibi kronik hastalıkların tedavisini dönüştürmede ümit verici sonuçlar göstermektedir. AI algoritmaları geliştikçe, tıbbi verilerdeki kümeleri, kalıpları ve ilişkileri daha iyi tanımlayabileceklerdir. AI algoritmaları, kronik hastalıkları yönetme yükünü azaltacak ve hastaların yaşam kalitesini artıracaktır. Bu derlemenin amacı; yapay zeka ve makine öğreniminin Tip 1 diyabette kullanım alanlarını incelemek ve etkisine ilişkin sonuçları paylaşmaktır.

Sonuç: Konuyla ilgili çalışmaların derlenmesiyle pediatri alanında yapay zeka ve makine öğreniminin tip1 diyabette kullanımını değerlendiren az sayıda araştırma bulunmaktadır. Bu derlemenin, konuyla ilgili yapılacak araştırmalara katkıda bulunacağı düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diyabet, Yapay Zeka, Makine Öğrenimi, Çocuk

SS45

KANSERLİ ÇOCUKLARIN BAKIM VERİCİLERİNDE AİLE İŞLEVSELLİĞİ VE BAKIM YÜKLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Hamide Nur ÇEVİK ÖZDEMİR[1], Selmin ŞENOL[2]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Afyonkarahisar, Türkiye
[2]Kütahya Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Kütahya, Türkiye

Giriş: Kanser tanısı almak yalnızca çocuğu değil aileyi ve yakınlarını da önemli ölçüde etkilemektedir. Çocuğun kanser olması aile dinamiklerinde değişikliklere neden olmakta ve kanserin ailedeki etkilerini derinleştirmektedir. Bakım sürecinde aile üyelerinin işlevselliği, rollerin etkin sürdürülmesi bakım verenlerin yükünü de etkilemektedir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı kanserli çocukların bakım vericilerinde aile işlevselliği ve bakım yükü arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktır.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel tipte olan bu çalışma Mayıs 2018–Şubat 2019 tarihleri arasında İzmir'de bulunan üç hastanede gerçekleştirildi. Araştırmanın örneklemini kanser tanılı çocuğa bakım veren 217 bakım verici oluşturdu. Verilerin toplanmasında bakım verici bilgi formu, Kanserli Çocukların Aile Bakıcıları için Bakım Yükü Ölçeği ve Aile APGAR Ölçeği kullanıldı. Verilerin analizinde tanımlayıcı istatistikler, t testi ve varyans analizi, korelasyon analizi uygulandı.

Bulgular: Çalışmada, bakım vericilerin %91.7'si evliydi, yarısından fazlasının geliri giderinden azdı. Bakım vericilerin genel bakım yükleri orta düzeyde olup fiziksel yükleri daha fazlaydı. Bakım vericilerin aile ilişkilerinden memnuniyetleri oldukça yüksekti. Aile APGAR'ı ile genel bakım yükü arasında ($r = -0.479$) negatif yönlü ve orta düzeyde ilişki olduğu saptandı. Aile üyelerinin işlevselliği arttıkça bakım yükleri düşüyordu. Kadın, bekar ve geliri düşük olan bakım vericilerin algıladıkları bakım yükü daha fazlaydı ve aile ilişkileri daha zayıftı.

Sonuç: Kanserli çocukların bakım vericilerinin aile fonksiyonları ve aile işlevselliğinden duydukları memnuniyet arttıkça bakım yükleri azalmaktadır. Buna göre pediatri hemşirelerinin aile dinamiklerini ve bakım yüklerini göz önünde bulundurarak bakım süreçlerini planlaması önerilebilir.

Anahtar Kelimeler: Kanserli çocuk, Bakım yükü, Aile fonksiyonları, Bakım verici

SS46

ÇOCUK SAĞLIĞINI KORUMA VE GELİŞTİRMEDE HAYVAN DESTEKLİ MÜDAHALELER: KANIT TEMELLİ UYGULAMALAR

Ebru YAVUZ[1], Hamide Nur ÇEVİK ÖZDEMİR[2]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, Hemşirelik, Afyonkarahisar, Türkiye
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Afyonkarahisar, Türkiye

Giriş: Günümüzde giderek artan sayıda çocuk hafif ve orta düzeyde ruh sağlığı sorunları yaşamaktadır. Çocukları stresten uzak tutmak, hastane süreçlerini kolaylaştırmak ve ruh sağlıklarını iyileştirmek için hayvan destekli uygulamalar kullanılmaktadır. Bu tamamlayıcı, alternatif tedavi tekniği yurt dışında çocuk hastanelerinde ve okullarda yaygın olarak kullanılmakla birlikte ülkemizde kullanımı oldukça sınırlıdır.

Amaç: Bu literatür çalışmasında, çocuk sağlığında hayvan destekli uygulamaların rolü, kullanım alanları, kanıt temelli uygulamalar ele alınmıştır. Bunun yanı sıra hayvan destekli müdahale çalışmalarından örnekler sunularak, metodolojik hususlara yer verilmiştir.

Yöntem: Çalışmada PubMed, ScienceDirect ve Google Scholar gibi veri tabanları kullanılarak kaynaklar taranmıştır. Elde edilen çalışmaların içerikleri, metodolojik yaklaşımları ve sonuçları değerlendirilmiştir.

Bulgular: Literatür, hayvan destekli uygulamaların çocukların stresini azaltma, anksiyete ve depresyon semptomlarını hafifletme, sosyal becerilerini geliştirme gibi olumlu etkiler yarattığını ortaya koymaktadır. Hayvan besleme veya hayvanlarla birlikte olma çocukların ruhsal ve fiziksel sağlığını olumlu etkilemektedir. Hayvan destekli müdahalelerin çocukların vital bulgularını, iletişim becerilerini olumlu yönde etkilediği, ağrıyı ve stresi azalttığına ilişkin bulgular mevcuttur. Terapötik amaçlı sıklıkla kullanılan hayvanlar ise kedi, köpek, at, eşek, keçi, papağan ve balıklardır. Uygulama alanları çocuk hastaneleri, okullar ve özel eğitim merkezleridir. Uygulamalarla ilgili metodolojik yaklaşımlar çeşitlilik göstermekte, bazı riskler ve sınırlamalar ortaya çıkmaktadır.

Sonuç: Hayvan destekli uygulamalar çocuk sağlığını iyileştirme konusunda etkili bir yöntem olarak öne çıkmaktadır. Bu kapsamda, hayvan destekli müdahalelerin koruyucu uygulamalar olarak hemşirelik bakımlarına entegre edilmesi önem arz etmektedir. Uygulamaların ülkemizde daha geniş bir şekilde kullanılabilmesi için standartlaşmış protokollerin oluşturulması ve daha fazla araştırma yapılması önerilmektedir.

Anahtar kelimeler: Çocuk, hayvan destekli müdahale, kanıt temelli, hemşire.

SS47

RELAKTASYON VE EMZİRMENİN DESTEKLENMESİ: SİSTEMATİK DERLEME

Hüdanur TOPUZ[1], Gamze FIŞKIN SİYAHTAŞ[2]

[1]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ebelik, Bursa, Türkiye
[2]Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Ebelik, İstanbul, Türkiye

Giriş: Emzirmek yenidoğanın büyüme- gelişme göstermesinin yanı sıra anne-bebek açısından da duygusal ve sosyal bir bağ kurulmasını içerir. Adaptasyon süreçlerinde sıkıntı yaşayan annelerdeki yetersiz süt üretimi, mental değişimler, bebek tarafından emzirmenin reddedilmesi, anne ve bebekte var olan hastalıklar, evlat edinilmesi, zamansız sütten kesme, anne ölümü gibi durumlarda emzirme yeniden başlatılabilir.

Amaç: 0-2 yaş çocuklar dünya genelinde anne sütüne yeterli erişim konusunda sorun yaşamaktadır. Yenidoğanları ve çocukları olası beslenme sorunlarından korumak ya da bu sorunları en aza indirmek için yapılan çalışmaları sistematik olarak derlemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmanın evrenini Haziran- Ağustos 2024 tarihleri arasında Pubmed, EBSCO, TR dizin ve Google Scholar veri tabanları taranarak ulaşılan 51 araştırma makalesi oluşturmaktadır. İncelemede; Relactation (yeniden emzirme), breastfeeding (emzirme), lactation (süt salgılama) anahtar kelimeleri ile 2014-2024 yıllarında yayınlanmış ve tam metnine ulaşılan 31 araştırma makalesi seçilmiştir. İngilizce ve Türkçe dili haricindeki dillerde yazılan 20 araştırma makalesi dışlanmıştır.

Bulgular: İncelenen araştırmalarda 9 farklı ülkede toplamda 4300 kişi ve bebekle çalışıldığı; laktasyonla ilgili dokuz, prematürelerle bir, relaktasyonla dokuz, indüklenmiş emzirmeyle üç, dil bağı olan bebeklerde bir, evlat edinilmiş, taşıyıcı anne yoluyla doğmuş ve aynı cinsiyetten kadın partnerlerden doğmuş bebekleri için emzirme hakkında yedi ve son olarak transgender bireylerin emzirmesine ilişkin bir çalışma saptanmıştır. Çalışmalar olgu sunumu, tanımlayıcı, kesitsel, randomize kontrollü gibi çeşitli araştırma tiplerinden oluşmuştur. Emzirmede yaşanılan sorunlar; fiziksel problemler, destek eksikliği ve indüklenen laktasyon ve relaktasyon hakkında bilgiye erişimde güçlük olarak tanımlanmıştır. Relaktasyon ve laktasyonu sağlamada kullanılan yöntemler arasında parmak besleme modeli, metoklopramid kullanımı, danışmanlık verilmesi, sağma yöntemleri, papaya meyvesi kullanılması ve akran desteğinin olumlu etkileri olduğu saptanmıştır.

Sonuç: İlk altı ay sadece anne sütüyle emzirmenin ve beslemenin en az iki yaşa kadar devam edilmesinin bilinen çocuk sağlığı, kadın sağlığı, toplum sağlığı ve ekonomiye olumlu etkileri nedeniyle önerilmektedir. Profesyonel olarak desteklenen bireylerde ek süte ihtiyaç olmadığı, sağlık sorunlarıyla doğan bebeklerde emzirmenin başlatılmasının geciktiği sonucuna varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: relaktasyon, anne sütü, laktasyon

SS48

DOĞUM SONU DÖNEMDE GÖRÜLEN ANNE DEPRESYONU VE BENLİK SAYGISININ YENİDOĞAN EMZİRMESİNE ETKİSİ

Beste ÖZGÜVEN ÖZTORNACI[1], Dilek AYAKDAŞ DAĞLI[2], Ekin Dila TOPALOĞLU ÖREN[2]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik/Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Çiğli, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Çiğli, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada doğum sonu dönemde anne depresyonu ve benlik saygısının yenidoğan emzirmesine etkisinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Bu çalışma analitik ve kesitsel tiptedir. Çalışma Sağlık Bakanlığı bir eğitim araştırma hastanesinde kadın doğum polikliniklerine doğum sonu altıncı haftasını tamamlamış, rutin kontrol için gelen 231 anne ile Ekim 2022-Mayıs 2023 tarihleri arasında yürütülmüştür. Veriler, Birey Tanımlama Formu, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ), Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği (RBSÖ) ve Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği (EÖYÖ) kullanılarak yüz yüze anket yöntemiyle toplanmıştır. Kadınların sosyo-demografik, obstetrik ve emzirme süreçleri ile ilgili özelliklerine ilişkin veriler için tanımlayıcı istatistikler kullanılmıştır. Ölçekler arasındaki ilişkinin belirlenmesinde korelasyon analizi yapılmıştır. Annelerin depresyon ve benlik saygısı düzeyinin emzirme öz-yeterliliği üzerine etkisini belirlemek için regresyon analizi yapılmış, $p<0,05$ anlamlı kabul edilmiştir.

Bulgular: Annelerin yaş ortalaması 26.90±5.88 (17-43) olup %64.9'u lise ve üzerinde eğitim düzeyine sahip ve %87'si çalışmamaktadır. Annelerin çoğu gebeliğini planlamış (%64,9), istemiş (%74) ve sezaryen ile doğum yapmış (%79,2), bebeğini ilk olarak 31-60 dakika içerisinde emzirmiş (%35,1), sadece emzirmekte (%74), emzirme hakkında bilgi almamış (%76,6) ve kendini iyi hissetmektedir (%64,9). Annelerin EDSDÖ, RBSÖ ve EÖYÖ toplam puan ortalamaları sırasıyla 3.28±4.24 (0-30), 22.68±2.95 (0-30) ve 58.51±8.54 (14-70)'tür. Annelerin RBSÖ ve EÖYÖ toplam puan ortalamaları arasında pozitif yönde zayıf düzeyde anlamlı ilişki saptanmıştır ($r=0.346$; $p<0,05$). Annelerin depresyon düzeyinin 1 birim artması emzirme öz-yeterliliğini 0,3 birim ($B=0.262$; $p<0,05$); benlik saygısının bir birim artması emzirme öz-yeterliliğini 1,1 birim ($B=1,070$; $p<0,05$) arttırmaktadır ($R2=0,136$).

Sonuç ve Öneriler: Çalışmada annelerin depresyon düzeyinin düşük, benlik saygısı ve emzirme öz-yeterliliğinin iyi düzeyde olduğu; depresyon düzeyinin ve benlik saygısının emzirme öz-yeterliliğini etkilediği saptanmıştır. Doğum sonu dönemde annelerin depresyon ve benlik saygısı düzeyinin ve emzirme öz-yeterliliğinin sorgulanması ve annelere verilen doğum sonu dönemdeki hemşirelik eğitimine, danışmanlığa ve bakıma entegre edilmesi gerekmektedir. Ayrıca doğum sonu dönemde annelere ruh sağlığını iyileştirmek ve emzirme sürecini geliştirmek için eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Doğum sonu dönem, depresyon, benlik saygısı, emzirme

SS51

SAĞLIKLI BIR İÇECEK ALTERNATİFİ OLARAK KOMBUCHA: GÜÇLÜ BİR ANTİOKSİDAN MI?

Sabriye ARSLAN, Meryem SABAN GÜLER

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik, Ankara, Türkiye

Giriş: Kombucha, simbiyotik bir bakteri ve maya kolonisi kullanılarak, şekerin mikrobiyal fermantasyon için substrat olarak kullanıldığı, yeşil çay veya siyah çayın fermantasyonu yoluyla elde edilen bir içecektir. Kombucha, organik asitler ve amino asitler, vitaminler, probiyotikler, şekerler, polifenoller ve antioksidanlar gibi biyoaktif bileşiklerin kaynağıdır.

Amaç: Bu çalışmanın amacı Türkiye'de ticari olarak satılan bazı kombuchaların Total Antioksidan Seviyeleri (TAS), Toplam Oksidan Seviyeleri (TOS) ve Oksidatif Stres İndeksi (OSI) değerlerini belirlemektir.

Yöntem: Çalışmamıza ticari olarak üretilen 3 farklı markaya ait, cam ambalajda satılan toplam 25 farklı kombucha dahil edilmiştir. Kombuchaların etiket bilgileri kaydedilerek içindekiler ve besin öğesi bilgileri incelenmiştir. TAS, TOS ve OSI analizleri için numuneler ayrılmış ve analizler kolorimetrik yöntemle gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: İncelenen örneklerin enerji yoğunlukları ortalama 18,2 kkal/100 mL (max 35 kkal/100 mL; min 7,9 kkal/100 mL) olarak belirlenmiştir. Çayların karbonhidrat içeriği ortalama 3,4 g/100 mL, şeker içeriği 2,6 g/100 mL ve protein içeriği 0,1 g/100 mL olarak belirlenmiştir. Çayların ortalama TAS, TOS ve OSI değerleri sırasıyla 4,14±0,53 mmol/L, 2,82±2,41 µmol/L ve 0,07±0,05 olarak belirlenmiştir. TAS değeri en yüksek olan çay tarçın-karanfilli kombucha (4,49 mmol/L); en düşük olan çay ise lavantalı kombucha (2,38 mmol/L) olarak belirlenmiştir. En yüksek TOS değeri tarçın-karanfilli kombuchada (10,74 µmol/L); en düşük TOS değeri ise karadutlu kombuchada (0,22 µmol/L) tespit edilmiştir. OSI değeri en yüksek çay tarçın-karanfilli kombucha (0,24), en düşük çay ise zencefilli kombucha (0,01) olarak belirlenmiştir.
Sonuç: Yüksek antioksidan kapasiteye sahip içecekler olan kombuchaların oksidatif süreçlere karşı terapötik potansiyele sahip olduğu düşünülmektedir. Bu nedenle sağlıklı bir içecek alternatifi olan kombuchanın yaygın tüketilme potansiyeline sahip olabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: kombucha, antioksidan, içecek, çay, fermente

SS52

SÜT BENZERİ BİTKİSEL BAZLI İÇECEKLER HAYVAN SÜTLERİNE ALTERNATİF OLABİLİR Mİ?: ENERJİ/BESİN ÖGESİ DEĞERLERİ KARŞILAŞTIRMASI

Meryem SABAN GÜLER, **Sabriye ARSLAN**

Gazi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Beslenme ve Diyetetik, Ankara, Türkiye

Giriş: Günümüzde bitki bazlı içeceklerin tüketimi, yeni diyet trendleri ve hayvansal ürün tüketiminin azalması ile hızla artmaktadır. Bu eğilim, tüketicilerin sağlık, çevresel sürdürülebilirlik, hayvan refahı ve etik gibi çeşitli motivasyonlarına dayanmaktadır. Ayrıca, laktoz intoleransı ve süt alerjisi gibi sağlık sorunları da bitki bazlı içeceklerin tercih edilmesinde önemli bir rol oynamaktadır. Bitki bazlı bu içecekler genellikle süte alternatif olarak kabul edilmekte ve sıklıkla bitkisel bazlı sütler olarak adlandırılmaktadır.

Amaç: Bu çalışma, bitkisel bazlı olarak satışa sunulan içeceklerin etiket bilgilerini hayvansal sütlerle karşılaştırarak farklılıklarını belirlemek ve süte alternatif bir içecek olarak tercih edilebilirliğini araştırmak amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Türkiye'de satışa sunulan ve zorunlu etiket bilgilerini bulunduran 13 adet hayvansal süt, 45 adet bitkisel kökenli içecek dahil edilmiştir. Araştırmadan elde edilen veriler uygun istatistiksel yöntemlerle analiz edilmiştir.

Bulgular: Bitkisel kökenli içeceklerin %20'si baklagil, %66,7'si sert kabuklu meyve, %13,3'ü tahıl kökenlidir. Badem ve fındık kökenli içeceklerin enerji değeri inek sütüne göre daha az bulunmuştur ($p<0,05$). En yüksek doymuş yağ miktarı Hindistan cevizi kökenli sütlerde bulunmuştur ($p<0,05$). Tam yağlı inek sütünün protein içeriği soya bazlı içeceklerle benzer olup diğer bitkisel bazlı içeceklere göre daha yüksektir ($p<0,05$). Hayvansal sütler ve bitkisel bazlı içecekler olarak karşılaştırılma yapıldığında enerji, yağ, doymuş yağ, karbonhidrat, şeker ve protein değerleri, hayvansal sütlerde daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$). Zorunlu olmayan etiket bilgilerinden kalsiyum değeri içeceklerin %67,2'sinin etiketinde verilmiş olup, hayvansal sütler ile bitkisel kökenli içeceklerin kalsiyum değerleri benzer bulunmuştur ($p>0,05$). Ayrıca bitkisel kökenli sütlerin piyasa satış fiyatı, yarım yağlı ve tam yağlı inek sütüne göre daha yüksek bulunmuştur ($p<0,05$).

Sonuç: Bitkisel bazlı içeceklerin hayvansal sütlere alternatif olabilmesi için besin ögeleri içeriklerinin güçlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle sağlık nedenleri nedeniyle hayvansal süt tüketiminin mümkün olmadığı bireylerde bu güçlendirme çalışmaları oldukça önemlidir. Sağlıklı bireyler içinse bitkisel bazlı içecekler hayvansal sütlere bir alternatif olmaktan ziyade farklı besinsel ve işlevsel özellikleri ile farklı bir ürün olarak düşünülerek dengeli bir diyeti çeşitlendirmek için tüketilebilir.

Anahtar Kelimeler: bitkisel bazlı içecek, süt alternatifi, etiket bilgisi, enerji ve besin ögeleri, bitkisel sütler

SS53

YENİ DOĞUM YAPAN ANNELERDE MASAJ UYGULAMASININ FONKSİYONEL DURUM VE DEPRESYON ÜZERİNE ETKİSİ; RANDOMİZE KONTROLLÜ PİLOT ÇALIŞMA

Zeynep SAĞ, Gözde ACAR ARICA, Büşra KAYABINAR

Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Yalova, Türkiye

Giriş: Hamilelik ve doğum ile birlikte meydana gelen değişiklikler yeni doğum yapan kadınlarda doğum sonrası depresyon gelişimine sebep olabilir. Doğum sonrası depresyon, annelerde morbiditesi yüksek bir durumdur ve tüm aile ilişkilerini kötü yönde etkilemektedir. Henüz 2 aylıkken annedeki depresyonun bebek-anne arasındaki ilişkiyi olumsuz yönde etkilediği, depresyonda olan annelerin ve buna bağlı olarak bebeklerin daha olumsuz duygular içinde olduğu görülmüştür. Çoğunlukla doğum sonrası 2 veya 3. Haftadan itibaren semptomlar görülmeye başlar. Doğumdan sonraki süreçte yeni doğum yapmış olan kadının tam işlevselliği de etkilenir. Tam işlevsellik kişisel bakım, bebek bakımı, aile bakımı, sosyal ve mesleki aktiviteleri kapsayan çok boyutlu bir kavramdır.

Amaç: Çalışmamızın amacı postpaartum erken dönemde olan kadınlara fizyoterapist tarafından yapılan masaj uygulamasının depresyon ve fonksiyonel durum üzerine olan etkisinin araştırılmasıdır.

Yöntem: Çalışmaya müdahale ve kontrol gruplarına randomize edilmiş 20 kadın dahil edildi. Müdahale grubuna 4 hafta boyunca haftada 1 gün boyun, sırt ve bel masajı yapıldı, kontrol grubuna uygulama yapılmadı. Veriler 1. Ve 4. Haftalarada Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDSDÖ) ve Doğum Sonrası Fonksiyonel Durum Envanteri (DSFDE) ile toplandı.

Bulgular: Kontrol grubunda 4 hafta ara ile yapılan EDSDÖ ve DSFDE değerlendirmelerinde anlamlı değişiklik bulunmadı (p=0,293; p=0,183). Müdahale grubunda grubunda 4 hafta ara ile yapılan EDSDÖ ve DSFDE değerlendirmelerinde sadece depresyon puanında anlamlı azalma bulundu (p=0,012; p=0,156). **5. Sonuç** Yeni doğum yapan kadınlara 4 hafta boyunca fizyoterapist tarafından uygulanan masajın annelerin doğum sonrası depresyon puanını azaltıcı yönde anlamlı etkisi vardır.

Anahtar Kelimeler: Klasik masaj, Edinburgh, Postpartum, Doğum, Fizyoterapi

SS54

0-6 TERM BEBEKLERDE MASAJIN UYKU SÜRESİ VE ANNE-BEBEK BAĞI ÜZERİNE ETKİSİNİN İNCELENMESİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ PİLOT ÇALIŞMA

Gözde ACAR ARICA, Zeynep SAĞ, Büşra KAYABINAR

Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, Yalova, Türkiye

Giriş: Doğum sonrası dönemde annelerin sorumluluğunun artmasıyla birlikte uyku problemleri de artar. Bu süreçte bebeğe olan bağın artması anne ve bebeğin sağlıklı bir uykuya sahip olması ile mümkün olabilir. Bebeğin uykusunu kolaylaştıran yardımcılardan biri bebek masajıdır. Masaj bebeğin uyku kalitesini ve anne-bebek etkileşimini arttırır. Literatürde bebek masajı çalışmalarının çoğunda masaj tekniği anneye öğretilmiş ve anne uygulamıştır. Fizyoterapist tarafından uygulanan klasik masaj sonrası bebeğin uyku süresi ile anne-bebek arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Amaç: Fizyoterapist tarafından uygulanan bebek masajının bebeğin uyku süresi ve anne-bebek bağlılığı üzerine etkisini incelemek.

Yöntem: Çalışmaya müdahale ve kontrol gruplarına randomize edilmiş 21 term bebek dahil edildi. Müdahale grubuna 4 hafta boyunca haftada 1 kez 30 dakika süren bebek yağıyla tüm vücut klasik bebek masajı uygulandı. Bebeklerin uyku durumları Genişletilmiş Bebek Kısa Uyku Anketi ile (GBKUA), annenin bebeğe bağlanması Anne-Bebek Bağlanma Ölçeği (ABBÖ) ile değerlendirildi.

Bulgular: ABBÖ'de gruplar arası (p=0,197) sonuçlarda, müdahale ve kontrol gruplarının grup içi ölçümlerinde anlamlı fark bulunamamıştır (p=0.18, p=0.453). Müdahale grubunun GBKUA'nde bebeğin uyku kalitesini çok iyi olarak işaretleyen anne oranı artmıştır (%9,1'den %18,2ye yükselme). Kontrol grubunda çok iyi olarak işaretleyen anne oranı azalmıştır (%20'den %10'a). Müdahale grubunda bebeklerin toplam uyku süresinde % 90.9'u 9 saatten fazla uyurken müdahaleden sonra tamamı 9 saatten fazla uyumuştur. Kontrol grubunda ise toplam uyku süresi oranı değişmemiştir (% 80'i 9 saatten fazla). Annelerin uykuyu sorun olarak görüp görmediğini sorgulayan soruda müdahale grubunda değişiklik olmazken kontrol grubundaki anneler uykuyu daha ciddi bir sorun olarak görmeye başlamıştır (%10'dan %30'a çıkmıştır).

Sonuç: Bebek masajının anne-bebek bağlanması üzerinde etkisi görülmemiştir. Müdahale grubunda bebeğin toplam uyku süresi ve kalitesi artmış, annelerin uykuyu sorun olarak görmesi azalmıştır. Kontrol grubunda bebeğin toplam uyku süresi ve kalitesinde değişiklik görülmemiştir ancak anneler uykuyu daha ciddi bir sorun olarak görmeye başlamıştır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, ABBÖ, Uyku kalitesi, Bebek masajı

SS55

DUCHENNE MUSKULER DISTROFILI ÇOCUKLARIN ANNELERİNİN RUMINASYON DÜZEYLERİ İLE ANNELERİN MENTAL İYİ OLUŞLUK DÜZEYLERİ VE ÇOCUKLARIN FİZİKSEL FONKSİYONLARI ARASINDAKİ İLİŞKİ

Orhan ÖZTÜRK[1], Merve KURT AYDIN[1], Yiğithan GÜZİN[2], Figen BAYDAN[2], Pınar GENÇPINAR[2], **Nihal OLGAÇ DÜNDAR**[2], Derya ÖZER KAYA[1]

[1]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Fizyoterapi ve Rehabilitasyon, İzmir, Türkiye
[2]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş: Ruminasyon; yaşanılan olayların nedenleri, anlamı, sonuçları ile ilgili tekrarlayan düşünceler anlamında kullanılmaktadır. Yapılan araştırmalar genelde ruminasyonun olumsuz duygular ve depresyon ile ilgili olduğu yönündedir. Duchenne Muskuler Distrofi'nin (DMD) progresif ve yıkıcı ile bakım veren kişinin yükündeki artış düşünüldüğünde DMD'li çocukların ailelerinde ruminatif düşünce eğiliminde bir artış olabileceğini hipotezlemek şaşırtıcı değildir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı DMD'li çocukların annelerinin ruminasyon düzeyleri ile annelerin mental iyi oluşluk düzeyleri ve çocukların fiziksel fonksiyonları arasındaki ilişkiyi incelemektir.

Yöntem: DMD tanılı 41 çocuk (8.44 ± 2.53) ve annesi (yaş: 33.98 ± 5.3 yıl) çalışmaya dahil edilmiştir. Annelerin ruminasyon seviyeleri Ruminatif Tepkiler Ölçeği (RTÖ) kısa formu ve Pozitif ve Negatif Ruminasyon Ölçeği (PNRÖ) ile; mental iyi oluşluk düzeyleri Warwick-Edinburgh Mental İyi Oluş Ölçeği (WEMİOÖ) kısa formu ile değerlendirilmiştir. DMD'li çocukların fonksiyonel seviyeleri Motor Fonksiyon Ölçümü-32 (MFM-32) ile; denge yetenekleri Pediatrik Fonksiyonel Uzanma (PFUT) ile değerlendirilmiştir. Annelerin ruminasyon seviyeleri ile diğer testler arasındaki ilişki Spearman korelasyon testi ile değerlendirilmiştir. SPSS 26.0 versiyonu kullanılmıştır.

Bulgular: Yapılan test sonuçlarının ortalama değerleri Tablo 1'de gösterilmiştir. WEMİOÖ ile RTÖ'nün saplantılı düşünme ve toplam değeri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki gözlenirken, PNRÖ'nün pozitif toplam değeri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki gözlenmiştir ($p<0.05$, Tablo 2). PNRÖ-Mutluluğun Tadını Çıkarma alt değerlendirmesi ile hem PFUT hem de MFM-32 değerleri arasında pozitif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$, Tablo 2).

Sonuç: Çalışma sonucunda elde edilen bulgular, DMD'den etkilenen ailelerin desteklenmesinde bütüncül bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır. Tedavi yaklaşımları sadece çocuğun fiziksel ihtiyaçlarına odaklanmamalı, aynı zamanda annelerin psikolojik refahını da ele almalıdır. Ruminatif durumu hedef alan bilişsel-davranışçı müdahaleler, özellikle olumlu ruminasyonu teşvik etmek ve olumsuz atıfları azaltmak faydalı olabilir. Bu çalışma hem çocuğun fiziksel ihtiyaçlarını hem de bakım verenin psikolojik refahını ele alan kapsamlı bir tedaviye duyulan ihtiyacı vurgulamaktadır. Gelecekteki araştırmalar hem DMD'li çocukları hem de annelerini etkili bir şekilde destekleyebilecek müdahaleler geliştirmeyi amaçlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Duchenne Muskuler Distrofi, Ruminasyon, Bakım Veren

SS56

PLATELET İNDEKSLERİ: İNFANTİL HEMANJIOM TAKİBİNDE YENİ BİR ARAÇ

Şefika AKYOL, **Ayşe ÖZ**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Hematoloji ve Onkolojisi, Antalya, Türkiye

Giriş: Hemanjiom, infantil dönemde %5-12 ile en sık görülen vasküler tümördür (1). Hekimlerin hemanjiom olgularının başvuruda klinik bulguları, tedavi gerektiren durumlar, tedavi yöntemleri ve tedavinin takibi açısından bilgi sahibi olması gereklidir.

Amaç: Çalışmanın amacı, infantil hemanjiomların tedavisinde kullanılan propranololun etkinliğini değerlendirirken, platelet indekslerinin izlenebilir, yenilikçi ve non-invaziv bir biyomarker olarak kullanımını araştırmaktır.

Yöntem: Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği'ne Nisan 2023 ile Temmuz 2024 arasında başvuran 97 hastanın verileri retrospektif olarak incelendi. Tanı, sistemik tedavinin 1. ayı ve 2. ayında platelet sayısı (PLT), platelet dağılım genişliği (PDW), ortalama platelet hacmi (MPV) değerleri kayıt edildi ve karşılaştırıldı.

Bulgular: Doksan yedi hastanın %66'sı (n:64) kız ve %34'u (n:33) erkekti. Başvuru yaşı ortalama 5,9±6,2 aydı. Lezyonun fark edilme zamanı ortalama 1 ±0,8 ay olup, %82,4'ünde (n:80) 2 ay ve öncesindeydi. Olguların %48,4'ü (n:42) yüzeysel, %39,1'i (n:38) mikst ve %17,5'i (n:17) derin lezyondu. %51,5 hastada (n:50) hemanjiom baş-boyun, %27,8'inde (n:27) gövde ve %20,6'sında ekstremite (n:20) yerleşimliydi. 79 hasta (%81,4) sistemik tedavi, 18 hasta ise (%18,5) topikal tedavi aldı. Hastaların %61,8'ine (n:60) tedavi 5.ay ve öncesinde başlandı. Başvuruda ülsere ve enfekte lezyon %32,9 (n:32) hastada mevcuttu ve %18,5'i (n:18) genital bölge yerleşimliydi. Ortalama tedavi süresi 9±3,58 aydı. Halen 50 hasta (%51,5) tedavi almaktadır. Sistemik tedavi alan hasta grubunda tanı, 1. ay ve 2. aydaki PLT, PDW ve MPV'nin ortalama ve ortanca değerleri Tablo 1'de mevcuttur. PLT, MPV ve PDW değerlerinde tanıdan itibaren tedavinin 1. ve 2. aylarında istatistiksel olarak anlamlı düşme izlendi.

Sonuç: Hemanjiomlar genellikle spontan regresyona uğrarlar ancak %12-15'inde tedavi ihtiyacına sebep olabilecek komplikasyonlar gelişebilir (2). Gereksiz tedavi verilmesini ve yan etkileri engellemek amacıyla, tedavi ihtiyacı olan lezyonun belirlenmesi ve uygun sürede, uygun tedavi yönteminin kullanılması gereklidir (2,3). Çalışmamızda PLT, PDW ve MPV değerlerinin tedavi yanıtını değerlendirmede klinisyenlere yol gösterebileceği ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: topikal tedavi, sistemik tedavi, platelet indeksleri, Hemanjiom

SS57

BEBEKLERİN YAŞAMLARININ İLK YILINDA DEMİR TAKVİYESİNE UYUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve TOSYALI, **Feyza KOÇ**

Ege Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye

Giriş: Az gelişmiş ülkelerdeki çocuklar arasında başlıca besin eksikliği demir eksikliğidir (DE) ve sonucunda gelişen demir eksikliği anemisi(DEA) çocukluk çağındaki aneminin en yaygın nedenidir. DE prevalansının yüksek olduğu bir toplumda, demir takviyesine tam olarak uyulmaması DE/DEA için ciddi bir risk faktörüdür.

Amaç: Bu çalışma, bebeklerin yaşamlarının ilk yılında demir takviyesine uyum prevalansını ve eksik uyum için risk faktörlerini belirlemeyi amaçlamaktadır.

Yöntem: Bu kesitsel çalışmaya Ege Üniversitesi Çocuk Hastanesi Sosyal Pediatri polikliniğine başvuran 2-12 aylık toplam 511 bebek dahil edilmiştir. Çalışmaya katılmayı kabul eden annelerle yüz yüze görüşülmüş, bebeklerin ve ailenin sosyodemografik özellikleri yanı sıra demir takviyesine uyumlari ile ilgili soruları içeren kapsamlı bir anket uygulanmıştır. Analizler SPSS 25.0 ile gerçekleştirilmiştir. Tek değişkenli analiz için ki-kare testi ve demir takviyesine uyumla ilişkili bağımsız faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmaya katılan annelerin bebeklerinin 471'i(%92,2) demir takviyesi alıyordu. Demir takviyesi alan bebeklerin %58,3'üne tam uyumla demir takviyesi verilmişti. Demir takviyesine tam uyum yüzdesi 2-4 ay arasında %35,1, 5-8 ay arasında %66,3 ve 9-12 ay arasında %52,4 idi. Tek değişkenli analizde, bebek yaşı, doğum zamanı, aile geliri, anne eğitimi ve annenin çalışma durumu açısından demir takviyesine tam ve eksik uyum arasında istatistiksel olarak anlamlı farklar bulundu ($p< 0,001$). Lojistik regresyon analizi sonucunda, sadece anne eğitim düzeyi ve bebek yaş grubunun demir takviyesine uyum için istatistiksel olarak anlamlı bağımsız değişkenler olduğu saptandı ($p< 0,001$).

Sonuç: DE prevalansının yüksek olduğu toplumlarda, demir takviyesine tam olarak uyulmaması DE/DEA için ciddi bir risk faktörüdür. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı tarafından bebeklere rutin olarak demir takviyesi verilmesine rağmen, demir takviyesine tam uyum prevalansı düşüktür. Demir takviyesine tam uyum oranını artırmak için, bebeklerin demir takviyesi durumu her çocuk sağlığı izlem vizitinde ayrıntılı olarak gözden geçirilmeli ve aileler demir eksikliğini önlemek için takviyenin önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Bebek, Demir eksikliği, Demir takviyesi

SS58

ÇOCUK HASTALARDA IRRIGASYONLU CONTACT FORCE SENSING (ICFS)RADYOFREKANS ABLASYON (RFA) KATETERİ İLE ATRIOVENTRIKÜLER NODAL RE-ENTRAN TAŞIKARDI (AVNRT) ABLASYONU

Cem KARADENİZ[1], Rahmi ÖZDEMİR[2], Nazmi NARİN[3], **Tolga BACAK**[2], Berkay ALİMOĞLU[2], Muhammed Akif ATLAN[2], Sedef ÖKSÜZ[2], Hakan DEDECENGİZ[2], Engin GERÇEKER[2], Gözde Gürsoy ÇİRKİNOĞLU[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Katip Çelebi Üniversitesi, Pediatrik Kardiyoloji, Aritmi ve Elektrofizyolojik, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Kardiyolojisi, İzmir, Türkiye
[3]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Kardiyolojisi, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Anestezi Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: Atrioventriküler nodal re-entran taşikardinin (AVNRT) ablasyonu, radyofrekans (RF) ile yavaş yol modifikasyonu şeklinde yapılır ve geleneksel olarak 4 mm kuru RF ablasyon kateteri kullanılarak gerçekleştirilir. AVNRT'li çocuklarda kriyoablasyon güvenli ve uzun dönem başarı oranları yüksek olduğundan RFA'ya göre daha fazla tercih edilmektedir. ICFS- RFA kateteri kullanılarak yavaş yol modifikasyonunun sistematik değerlendirmesine ilişkin veriler oldukça azdır ve bugüne kadar yapılmış pediatrik çalışma yoktur. Bu çalışmada ICFS- RFA kateteri ile yaptığımız ablasyon olgularımızı değerlendirmeyi ve onları 8 mm uçlu kriyoablasyon kateter sonuçlarıyla karşılaştırmayı amaçladık.

Metot: ICFS- RFA kateteri ve 8 mm uçlu kriyo kateter ile yavaş yol modifikasyonu uygulanan AVNRT hastalarının akut işlem sonuçları analiz edildi. 3.5-mm ICFS-RFA kateteri (ThermoCool SmartTouch STSF, Biosense Webster, Inc.) 71 hastada, 8 mm uçlu 9 Fr kriyokateter (Freezor MAX, Medtronic Inc., Minneapolis, MN, USA) 142 hastada kullanıldı.

Sonuçlar: Her iki gruptaki başlangıç özellikleri (cinsiyet, ortalama yaş ve vücut ağırlığı) benzerdi. Toplam işlem süresi, lezyon sayısı ICFS- RFA kateteri kullanılan grubta kriyo gruba göre anlamlı daha düşüktü (92,53 ± 19,9,106,97±30,36 dakika, $p<0,01$; 3,14±1,52, 8,48±2,43, $p<0,01$). Hiçbir işlemde floroskopi kullanılmadı. Akut başarı oranlarında iki grup arasında fark yoktu. Rekürrens oranı kriyo grubunda daha yüksekti.

Tartışma: ICFS-RFA kateteri kullanılarak AVNRT'nin ablasyonu uygulanabilir ve güvenli bir metottur. Daha kısa süreli ablasyona olanak sağlayabilir. Ancak His bölgesine yakın ablasyondan kaçınmak gerekir.

Anahtar Kelimeler: ICFS-RFA katater, AVNRT, Radyofrekans Ablasyon

SS59

ORGANİK ASİDEMİ TANISI İLE İZLENEN HASTALARDA VİSSERAL ADİPOSİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Sabire GÖKALP, Halil Tuna AKAR, Asburçe OLGAÇ KILIÇKAYA

Etlik Şehir Hastanesi, Tıp, Çocuk Metabolizma, Ankara, Türkiye

Giriş: Metilmalonik asidemi (MMA) ve propiyonik asidemi, küçük moleküllerin birikimine bağlı gelişen ve organik asidemiler olarak adlandırılan intoksikasyon tipi metabolik hastalıklardır. Yenidoğan veya süt çocukluğu döneminde kusma, huzursuzluk ve beslenme güçlüğü gibi bulgular görülür. Bu klinik tabloya metabolik asidoz, hiperamonyemi ve ketozis eşlik edebilir. Acil tedavi gerektiren durumların düzeltilmesinin ardından hastalara proteinden kısıtlı diyet ve amonyak bağlayıcı ilaç tedavileri başlanmaktadır. Hastaların diyetlerinde yapılan protein kısıtlamasının sonucu olarak diyette artan karbohidrat ve yağ oranı, visseral yağlanmaya yol açabilir. Visseral adiposite indeksi; vücut kitle indeksi, lipit profili ve bel çevresiyle hesaplanan matematiksel bir formüldür.

Amaç: Bu çalışmada MMA ve PA hastalarında proteinden kısıtlı diyete bağlı olarak gelişebilecek visseral adipositenin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Metod: Organik asidemi (MMA ve PA) tanısıyla izlenen ve proteinden kısıtlı diyet verilen 10 hasta ile 10 sağlıklı kontrol grubu çalışmaya alındı. Hastaların lipit profillerine ve antropometrik ölçümlerine bakılarak visseral adiposite indeksleri hesaplandı. Vücut kitle indeksi 25'ten küçük hastalar çalışmaya dahil edildi. Abdominal ultrasonografi yapıldı ve her iki grup karşılaştırıldı.

Sonuç: Hastaların yaş ortalaması 6.9±3.3 yıl olup %75'i erkekti. Hastaların ortalama vücut kitle indeksi 18.1±2.4, kontrol grubunda 18.4±2.6 olarak hesaplandı (p:0.009). Vücut ağırlığı ve boy ölçümlerinde anlamlı fark saptanmadı. Tüm hastaların ve kontrol grubunun abdominal ultrasonografi incelemeleri normal olup yağlanma saptanmadı. Lipit profili ölçümleri arasında anlamlı fark yoktu. Visseral adiposite indeksi MMA VE PA hastalarında anlamlı olarak yüksek saptandı (hastalar: 0.55±0.46, kontrol grubu: 0.51±0.13, p: 0.003)

Tartışma: Visseral adiposite indeksi, visseral yağlanmayı değerlendirmek için kullanılan bir parametredir. Bu çalışmada, proteinden kısıtlı diyet uygulanan MMA ve PA hastalarında abdomen ultrasonografide yağlanma başlamadan visseral adiposite riskinin arttığı gösterildi. Tedavi amaçlı verilen diyetler düzenlenirken yağlanma riskinin göz önünde bulundurulup hastaların dikkatle takip edilmesi gerekmektedir.

Anahtar Kelimeler: metilmalonik asidemi, propiyonik asidemi, organik asidemi, visseral adiposite indeksi

SS60

DOĞUŞTAN METABOLİK HASTALIKLARDA GÖRÜLEN MALİGNİTELER

Sibel Burçak ŞAHİN UYAR[1], Ayşe Ergül BOZACI[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş ve Amaç: Metabolik yollarda temel rol oynayan genlerdeki mutasyonların tümör gelişiminde ve kansere yatkınlıkta da rol oynadığı bilinmektedir. Birçok sebep olmakla birlikte özellikle toksik maddelerin birikimi, mitokondriyal fonksiyon bozukluğu ana sebepler arasında gösterilmektedir. Bu çalışmada, kliniğimizde doğuştan metabolik hastalık tanısı ile takipli hastalarda kanser gelişen vakaların sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem ve Bulgular: İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Metabolizma bölümünde doğuştan metabolik hastası tanısı olan 50 hasta bulunmaktadır. Hastaların klinik ve laboratuvar bilgileri dosya notlarından elde edildi. Tanı alan hastalardan karsinogenezise yatkınlık ile izlenen olgular L2 Hidroksiglutarik asidüri, tirozinemi tip 1, gliserol 3 fosfat dehidrogenaz tanılı olgulardı. 2 hastada tümör gelişimi mevcuttu. Tirozinemi tip 1 olgusu olan 26 aylık kız hastada başvuru anında karaciğer enzim yüksekliği ve karaciğer parankim tutulumu mevcuttu. Hastanın takibinin 5. ayında karaciğer görüntülemesinde hepatoselüler karsinom bulgusu tespit edildi ve karaciğer nakli önerildi. L2 hidroksiglutarik asidüri tanılı hasta, 10 yaş kız hastada başvuru anında öğrenme güçlüğü ve beyin görüntülemesinde dentat nükleus tutulumu mevcuttu. Hastanın takibinin 6. Ayında nöbet bulgusu gelişmesi üzerine çekilen kontrol beyin görüntülemesinde pineal tümör tespit edildi. İlk olguda kanser gelişimi hastalığa sekonder izlenmiş olup ikinci olguda teorik bilgilerde yer alsa da kanser gelişiminin patofizyolojisi net değildir. Hastaların klinik takibi metabolizma polikliniğimizde devam etmektedir.

Sonuç: Karsinogenezisle ilişkili diğer metabolik hastalıklar arasında gaucher tip 1, nieman pick tip b, glikojen depo tip 1-3-4, hemakromatozis, akut intermitant porfiri, sitrin eksikliği, MPV 17 eksikliği, deoksiguanozin kinaz eksikliği (DGUOK) vardır. Doğuştan metabolik hastalıkların uzun dönem takibinde malign hastalıkların gelişimi akılda tutulmalı ve bu hastalıklara yönelik taramalar düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karsinogenezis, tirozinemi

SS61

KLİNİĞİMİZDE İZLENEN MOZAİK TURNER OLGULARININ KLİNİK ÖZELLİKLERİ

Benay TURAN[1], Gülçin ARSLAN[2], Berna EROĞLU FİLİBELİ[2], Tayfun CİNLETİ[3], Özge ÖZER KAYA[4], Bumin Nuri DÜNDAR[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi,-, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi,-, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi,-, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi,-, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[5]Katip Çelebi Üniversitesi, Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Turner Sendromu (TS), X kromozomunun yokluğu/yapısal anormalliği nedeniyle oluşan cinsiyet kromozom bozukluğu olup 100000 kızda 25-50 oranında görülmektedir. Boy kısalığı, gonadal yetmezlik en önemli bulguları olup kardiyak, renal anomaliler, otoimmun bozukluklar, işitme kaybı gibi bulgular görülebilmektedir. Olguların yarısı 45 X0, %24'ü mozaik, %17'si izokromozom Xq, %7'si ring X ve %2'si Xp delesyonudur.
Amaç: Burada, mozaik karyotipi bulunan 5 farklı TS'li olgunun sunulması amaçlanmıştır.
Yöntem: Çocuk Endokrinoloji Kliniği'ne başvuran 5 farklı mozaik TS klinik özellikleri ve genetik bulguları kaydedilmiştir.
Bulgular: Büyüme geriliği nedeniyle başvuran 9 yaşında kız olgunun boyu 126.8 cm (-1.91 SDS) ,vücut ağırlığı (VA) 27.7 (-0.92 SDS) idi. Muayenesi olağan, pubertesi evre 2'ydi. Karyotipi 46,XX,t(18;20)(q21.3;p13)dn saptandı.11 yaşında menarş görülen hastada ek patolojiye rastlanmadı.
İkinci olgu, menometroraji nedeniyle başvuran 13.5 yaşında kız hastaydı. Boyu 135.8 cm (-3.9SDS), VA 43 kg (-1.3 SDS) saptandı. Muayenesi olağan, pubertesi evre 4'tü. Karyotipi 46,XX(43)/45,X(7) idi. FISH analizinde %50 tek X kromozomu,%50 çift X kromozomu gözlendi.
Üçüncü olgu, düşük kulak ve dismorfik yüz görünümü saptanan 9 aylık kız hastaydı. VA 6.2 kg (-2.42 SDS), boyu 70.5 cm (-1.2 SDS); muayenesi ve dış genitali olağandı. Karyotipinde marker kromozomu olan hastada (45,X,i(X)(p10)) FISH çalışmasında SRY pozitif saptandı. Tetikleri olağan olan hastanın gonadoblastom riski nedeniyle bakılan tümör belirteçleri normaldi.
Dördüncü olgu, boy kısalığı nedeniyle başvuran 11 yaşında kız olguydu. VA 35 kg (-1.14 SDS), boyu 135 cm (-2.45 SDS) idi. TS fenotipi saptanmadı. Tetikleri olağandı. Karyotipi 45,X(42)/45,X + mar(8), FISH analizi ise monozomi X olarak değerlendirildi.
Beşinci olgu, boy kısalığı nedeniyle tetkik edilen 10 yaşında kız hastaydı. VA 31 kg (-0.85 SDS) boyu 130 cm (-1.98 SDS) ölçüldü. Muayenesi ve tetkikleri olağandı. Karyotipi 46 XX olan olgunun annesinin, tekrarlayan düşük öyküsü olması nedeniyle bakılan karyotipi 45X, 46XX, 47XXX,48XXX olarak sonuçlandı.
Sonuç: Turner Sendromu kız cinsiyette en sık görülen kromozom anomalisi olup, değişik genotipte ve farklı fenotipik özelliklerde görülebilmektedir. Bu olgu sunumunda 5 farklı karyotip saptanmış olan ve klinik özellikleri birbirinden farklı olan hastalar sunulmuştur.
Anahtar Kelimeler: boy kısalığı, turner sendromu, mozaik

SS62

PRADER WILLI SENDROMLU OLGULARIN TANI-TEDAVI SÜRECI: TEK MERKEZ DENEYIMI

Sibel Tuğçe AYGÜN, Gözde GÜRPINAR, Gizem BÖKE KOÇER, Esra KOÇYİĞİT, Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER, Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES

Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye

Giriş ve Amaç: Prader-Willi sendromu (PWS), 15q11.2-q.13 gen bölgesinin paternal delesyonları (%65-70), maternal unipaternal dizomisi (%20-30) veya imprinting bozukluğu (%1-3) sonucunda ortaya çıkan ve sıklığı 1/10.000-1/30.000 arasında olan nörogelişimsel endokrin bir bozukluktur. Fenotipik özellikleri yaşa göre değişkenlik göstermektedir. Genetik analizler sendromun yaşamın ilk dönemlerinde tanımlanmasına yardımcı olsa da bazı durumlarda hala geç tanı konulabilmektedir. Bu çalışmanın amacı, pediatri, yenidoğan, çocuk nöroloji, jinekoloji uzmanları arasında PWS farkındalığını artırarak, erken tanı ve tedavinin önemini vurgulamaktır.

Yöntem: Çalışmaya 2000-2024 yılları arasında genetik olarak doğrulanmış PWS tanısı konmuş 10 hasta dahil edildi. Olguların demografik verileri, klinik özellikleri, laboratuvar, genetik sonuçları, aldıkları tedaviler retrospektif olarak değerlendirildi. 24 yılda toplam 625.000 doğumdan PWS olgu sayısı hesaplandı.

Bulgular: Kocaeli ilindeki 3. basamak merkezimizce tanısı konup takip edilen hasta oranı 1.6/100.000 olup beklenen insidanstan düşüktür. Toplam 10 olgunun n:2'si kız, n:8'i erkekti. Başvuru yaşları ortanca 5.8 (0.3-12.8) yıl olup, hastaların n:5'i 5 yaşın üzerindeydi. Olguların takip süresi ortanca 72 (7-163) aydı. Hastaların tamamında SNRP lokusunda metilasyon bozukluğu saptandı. En sık karşılaşılan başvuru semptomları hipotoni, obeziteydi. Hipotoni ile başvuran olguların ortanca yaşları 2.6 yıl (0.3-3.9), boyları-0.76 SDS (-2.21-1.36), vücut kitle indeksleri (VKİ) -0.43 SDS (-3.14-1.16) idi. Obezite ile başvuranların ortanca yaşları 10.75 (7.7-12.8) yıl olup, bu hastaların hepsi 5 yaşın üzerindeydi, olguların ortanca boyları-0.9 SDS (-2.2-0.9), ortanca VKİ'leri 3.22 SDS (2.7-3.79) idi. Hepsi SGA olarak doğmuştu. Büyüme hormonu replasman tedavisi (BHRT) n:2 olguya başlandı ve 4 aylık olgu tedavi sonrasında motor becerilerde ve kognitif fonksiyonlarda iyileşme görülerken 8 yaşında olgu VKİ gerileme görüldü

Sonuç: FISHi, MLPA analizinin birlikte yapılması erken tanı şansının artıracağını düşününmekteyiz. Neonatal hipotoni, beslenme güçlüğü olan tüm olgularda erken MLPA, fetal hareketlerde azalma polihidroamnioz olan tüm olgularda ise FİSH ile noenatal tarama yapılması tanı ve tedavi şansı artıracak , mortalite morbidite azalmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Prader Willi Sendromu, Hipotoni, Obezite

SS63

HIPOFOSFATEMIK RIKESTSIN METABOLİK NEDENLERİ

Esra KOÇYİĞİT[1], Gözde GÜRPINAR[2], Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER[3], Gizem BÖKE KOÇER[4], Sibel Tuğçe AYGÜN[5], Özlem ÜNAL UZUN[5], Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES[6]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk endokrinoloji ve Diyabet Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
[2K]ocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk endokrinoloji ve Diyabet Bilim Dalı, Kocaeli, Türkiye
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye
[4]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye
[5]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültes, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye
[6]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Hstanesi, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye

Giriş: Raşitizim, önleyici tedavilere rağmen hala tüm dünya sık görülen bir hastalıktır; nutrisyonel raşitizm en yaygın form olmaya devam etmesine rağmen son yıllarda renal tübül disfonskiyonu, malabsorbsiyon bozuklukları, ilaçlara bağlı fosfat eksikliği ve bozulmuş fosfat reabsorpsiyonu nedeniyle gelişen hipofosfatemik raşitizim çok nadir olarak görülse de sıklığı giderek artmaktadır.

Amaç: Metabolik hastalıklarla takip edilirken hipofosfatemi gelişip hipofosfatemik riktes tanısı alan hastaların tanı süreci etyolojisi hakkında multidisipliner farkındalığın artırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Metabolik hastalıklara bağlı hipofosfatemik riktes tanısı alan olguların tanısal süreçteki bulguları, tanı ve izlemde klinik/laboratuvar bulguları, aldıkları tedaviler retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Yedi olgunun n:4'ü erkek olup tanı sırasında ortanca yaşı 5,5 yaş (0,6-12 yaş), boy ortanca değeri -2,83 SDS (-4,36, -0,72)idi. P:1 nefrotik sendrom, P:2 pearson sendromu P:3 medulloblastom P:4,6 sistinozis, P:5 ,7 bilier atrezi nedeniyle takipli , tanı konulduktan n:24,5 (1-48 ay) ay sonra hipofosfatemik rikets gelişmişti. P3 tanı sonrası cisplatin kemoterapisiyle tübülopati sonucunda hipofosfatemi gelişmişti. P5,7'de bilier atreziye bağlı gelişen siroz sonucundaki inflamatuar süreç FEGF'nin yapısını bozarak hipofostatemi geliştiği düşünüldü. P3 hariç hepsinde akraba evliliği vardı. Olguların demografik özellikleri tabloda özetlenmiştir. Tüm olgulara oral fosfat replasmanı ve rocatrol tedavisi başlandı. Fizik muayenelerinde frontal bossing ve kostokondral eklem genişleme, çekilen direkt grafilerde metafizlerde genişleme, metafiz-epifiz sınırında düzensizlikle uyumlu bulgular vardı. Hiçbir olgunun kemik kırığı yoktu. Olgulardan n:3'ü kemik ve kas ağrıları olup, yürüme bozukluğu, geno valgum deformitesi, tedavi sonrası geriledi. Tüm olgularda Proksimal renal tübüler disfonksiyonun karakteristik bulguları glukozüri, fosfatüri ve bikarbonat kaybı vardı. P2, P5, P7 de fosfat düzeyini normal aralıkta tutabilmek için fosfat ve rocatrol dozu normal aralığın çok üstüne çıkarılmak zorunda kalındı.

Sonuç: Metabolik hastalıklara sonucunda renal tübüler hasara bağlı hipofosfatemik raşitizme daha fazla dikkat çekmek ve yakın izlemenin önemini vurgulamak istiyoruz Bu da multidispliner, birincil hastalığına bağlı takip eden bölümün farkındalığı ile mümkündür. Erken tanı ve uygun tedavi, kemik sağlığı korunabilir ve yaşam kalitesi artırılabilir.

Tablo:1 Hastaların laboratuvar özellikleri

Hasta	P1	P2	P3	P4	P5	P6	P7
Tanı	Nefrotik Sendrom	Pearson Sendromu	Medulloblastom	Sistinozis Sendromu	Bilier atrezi	Sistinozzis Sendromu	Bilier atrezi
P(mg/dL)	1,86	0,51	1,93	2,64	1,6	1,6	1,9
Ca(mg/dL)	9,09	6,61	9,9	9,72	9,14	8,8	8,3
ALP(U/L)	1103	133	204	254	646	352	780
PTH (qg/ml)	17,3	89,1	17,5	58,7	69,4	27,2	214
25OHD (pq/ml)	12,6	8,32	13	19,6	<4	9,44	<4
TMP/GFR	0,23	0,25	2,5	0,33	1,2	1,4	1,88
TRP	31	66,85	77,1	13,68	77	38	54
Oral Fosfor(mgr/kg/gün)	20	45	50	47	50	30	120
Rocatrol(mcg/kg/gün)	10	130	10		35	20	22
Devit		1200		800	2000	40	5000
Oral Ca(mgr/kg/gün)		130	50		25	4800	100

Anahtar Kelimeler: Hipofosfatemi, Rikets, Fankoni Sendrom

SS64

TİP 1 DİABETES MELLİTUS TANISI İLE İZLENEN ÇOCUK VE ADÖLESANLARIN HAYAT KALİTESİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Merve TÜLÜ ŞAHİN[1], **Tuba KASAP**[2], Arif İsmet ÇATAK[2], Ali GÜL[2], Ergün SÖNMEZGÖZ[2]

[1]Tokat Devlet Hastanesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, Tokat, Türkiye
[2]Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat Gaziosmanpaşa Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, Tokat, Türkiye

Giriş: Tip 1 Diabetes Mellitus (DM); çocukluk yaş grubunda pankreasın β hücrelerinin harap olması sonucu gelişen insülin eksikliği ve hiperglisemi ile karakterize kronik metabolik bir hastalıktır. Temelde endokrin sisteme ait bir hastalık olmakla birlikte, hastalar için sosyal ve psikolojik boyutları olan bir durumdur.

Amaç: Bu çalışmada; Tip 1 DM tanılı çocuk ve adölesanların yaşam kalitesi ve depresyon düzeylerinin değerlendirilmesi ve bu sonuçların sosyodemografik özellikler ile ilişkisinin incelenmesi amaçlandı.

Yöntem: Bu çalışmaya Tip 1 DM tanısıyla izlenen ve 05.07.2021-01.01.2022 tarihleri arasında XXX Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği'ne başvuran, 8-17 yaş arası 83 hasta ile aynı yaş grubunda 86 sağlıklı çocuk dahil edildi. Yaşam kalitesi ölçümü için; çocuklara Çocuklar İçin Yaşam Kalitesi Ölçeği (ÇİYKÖ), ebeveynlere de çocuklarının yaşam kalitesini değerlendirdikleri ebeveyn-ÇİYKÖ uygulandı. Depresyon açısından değerlendirme için Çocuklar için Depresyon Ölçeği (ÇDÖ) kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları yaş ve cinsiyet açısından benzerdi. Ebeveyn tarafından tanımlanan ÇİYKÖ Fiziksel Sağlık Toplam Puanı (FSTP), Psikososyal Sağlık Toplam Puanı (PSTP) ve Ölçek Toplam Puanının (ÖTP) hasta grubunda kontrol grubuna göre daha düşük olduğu görüldü (p değerleri sırasıyla 0,003, 0,010, 0,004). ÇDÖ puanı ve ÇDÖ puan düzeyi ise hasta grubunda kontrol grubuna göre daha yüksekti (p değerleri sırasıyla <0,001, <0,001). Tip 1 DM tanılı hastaların sağlıklı çocuklara kıyasla daha yüksek depresyon düzeyine ve depresyon açısından 12,5 kat artmış riske sahip olduğu bulundu.

Sonuç: Çalışmamız, Tip 1 DM'de psikososyal desteğin ve çocuk-ergen izleminde ekip olarak çalışmanın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Tanı anından itibaren hasta ve ailelerinin psikososyal açıdan desteklenmesi, hastaların çocuk-ergen ruh sağlığı ile ilgilenen uzman kişilerin de dahil edildiği iş birliği ile takip edilerek yaşam kalitelerinin yükseltilmesi, depresyon ve benzeri psikopatolojiler açısından aralıklı taranması ile oluşabilecek komplikasyonların engellenmesi sağlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tip 1 Diabetes Mellitus, çocuk, yaşam kalitesi, depresyon

SS66

MENINGOENSEFALIT KLİNİĞİ İLE BAŞVURAN HASTALARIN BEYİN OMURİLİK SIVISINDA MULTIPLEKS PCR YÖNTEMİ KULLANILARAK ELDE EDİLEN SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Şilem ÖZDEM ALATAŞ [1], İrem Ceren ERBAŞ[1], Ayşe ÇAKIL GÜZİN [1], **Damla SEYHANLI** [1], Esma Tuğba KAŞIKÇI MERMER[1], Özgür APPAK[2], Eda KARADAĞ ÖNCEL[1], Nurşen BELET [3]

[1]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]Dokuz Eylül Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye

Giriş: Santral sinir sistemi (SSS) enfeksiyonları tüm dünyada önemli mortalite ve morbidite nedenidir ve menenjit, ensefalit, ensefalomiyelit, beyin apsesi, subdural ampiyem, epidural apse gibi değişik tablolarla seyredebilir. SSS enfeksiyonuna neden olan etkenler; virüsler, bakteriler, mantarlar, parazitler ve mikobakterilerdir. Günümüzde meningoensefalit tanısında beyin omurilik sıvısı (BOS) kültürüne ek olarak duyarlılığı ve özgüllüğü yüksek, kısa sürede ve az miktarda BOS örneğinden hızlı tanı sağlayan moleküler yöntemler kullanılmaktadır

Amaç: 2021-2024 tarihleri arasında hastanemizde kullanılan Multipleks PCR'ın hastaların tanı ve tedavisiye katkısını belirtmeyi hedefledik.

Yöntem: Ocak 2021-Temmuz 2024 arasında menenjit/ensefalit paneli istenen 196 BOS örneği dahil edildi. Hastaların; yaş, cinsiyet, BOS lökosit, eritrosit, glukoz ve protein değerleri, BOS kültür ve PCR sonuçları, klinik ve laboratuvar bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Toplam 196 BOS örneğinin 87'si (%44,4) kız,109'u (%55,6) erkek hastaya aitti. Hastaların yaş ortancası 55 (min-maks: 7 gün -204) aydı. En sık görülen semptom (%41,8) ateş iken, ikinci sırada (%26,5) ateş ile birlikte konvülsiyon saptanmıştı. En sık başvuru ilkbahar aylarında (%34,2) olmuştu. BOS PCR pozitif saptanan hasta sayısı 8'di ve BOS PCR çalışılması için gönderilen örneklerde pozitiflik oranı %4.1 saptanmıştı. Pozitiflik saptanan vakaların çoğunda Enterovirüs (%87,5 n=7), bir hastada (%12,5) HHV-6 tespit edilmişti. Enterovirüs saptanan vakaların tümü 2 ay altındaydı ve bu hastalar sepsis kliniği ile başvurmuştu ve tamamında ateş vardı, BOS direk bakısında lökosit görülmemişti ve BOS kültürlerinde üreme olmamıştı. Bu hastaların hiçbirinde nörolojik semptom (konvülsiyon gibi) yoktu. Enterovirüs tespit edilen hastalarda klinik bulgular hızlı bir şekilde gerilemişti ve komlikasyonsuz olarak taburcu edilmişlerdi.

Sonuç: Santral sinir sistemi enfeksiyonları ciddi kalıcı sekellere, hatta ölüme yol açabilmesi nedeniyle, hızlı tanı gerektiren hastalıklardandır. Klinik şüphe durumunda alınan BOS örneklerinin mikrobiyolojik, biyokimyasal olarak değerlendirilmesi hastaların daha önceden aldıkları tedavilerden etkilenebilmektedir. Ancak PCR temelli tetkikler hızlı tanı konulması, önceden kullanılan tedavilerden etkilenmemesi ve duyarlılığının yüksek olması açısından ön plana çıkmaktadır.Ayrıca gereksiz antibiyotik veya antiviral kullanımını, ek test yapılmasını önlenmekte ve hastanede kalış süresinin azalmasını sağlamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Menenjit, Ensefalit, Çocuk, BOS menenjit paneli, PCR

SS67

ÇOCUKLUK ÇAĞI DERİN BOYUN ENFEKSİYONLARINDA ÇOCUK ENFEKSİYON İZLEMİ

Sevgi KUŞ, **Dilek YILMAZ**

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon, İzmir, Türkiye

Giriş: Derin boyun enfeksiyonları, boyundaki fasya tabakaları arasında gelişen enfeksiyonlardır. Erken aşamalarda selülit veya miyozit şeklinde başlayan bu enfeksiyonlar, ilerledikçe flegmon veya apseye dönüşebilir. Geç tanı ve hızlı ilerleme riskleri nedeniyle derin boyun enfeksiyonları ciddi bir tehdit oluşturur.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, Ekim 2023'ten Ağustos 2024'e kadar üçüncü basamak hastanemizdeki derin boyun enfeksiyonu verilerini klinik ve laboratuvar özelliklerine göre sunmaktır.

Yöntemler: İzmir Şehir Hastanesi Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği'nde Ekim 2023'ten Ağustos 2024'e kadar derin boyun enfeksiyonu tanısıyla yatırılan 11 hastanın anamnez, fizik muayene bulguları, laboratuvar ve görüntüleme sonuçları, medikal ve cerrahi tedavileri ile klinik seyirleri geriye dönük olarak incelendi. Hastalara öykü, fizik muayene ve radyolojik bulgularına göre retrofarengeal, parafarengeal veya peritonsiller abse tanısı konuldu.

Bulgular: Çalışmaya alınan hastaların 8'i (% 72) kız cinsiyette idi. Hastaların yaş ortalaması 7,8±2,4 yıldı. En sık başvuru şikayetleri boyunda ağrı ve hareket kısıtlılığı (%72), ateş (%63) ve boğaz ağrısıydı (%54). Ortalama hastanede yatış süresi 12±3,3 gün olarak bulundu. Boyun ultrasonografi bulgularına göre en sık servikal bölgenin (%54) tutulduğu görüldü. Etiyolojide en sık tonsillofarenjit (%72) saptandı. Akut otit (%36) ve geçirilmiş cerrahi operasyon sonrası komplikasyon tespit edilen diğer etiyolojik faktörlerdi. Bütün hastalara ampirik olarak parenteral antibiyotik tedavisi başlandı. En sık verilen antibiyotik sulbaktam ampisilinin-klindamisin kombinasyonudu. Hastalardan 7'sinde (%63) tek başına medikal tedavi ile iyileşme sağlanırken 4 (%36) hastaya cerrahi drenaj uygulandı. Bu hastalardan alınan drenaj materyalinde herhangi bir etken saptanamadı. Çalışmamızda morbidite ve mortalite görülen hasta olmadı.

Sonuç: Derin boyun enfeksiyonları, potansiyel olarak hayatı tehdit edebilecek komplikasyonlara yol açabilen ciddi klinik durumlar olup, erken tanı ve uygun antibiyotik tedavisi ile yüksek başarı oranıyla tedavi edilebilir ancak, bazı olgularda, enfeksiyonun kontrol altına alınabilmesi için cerrahi drenajın gecikmeden uygulanması gerektiği unutulmamalıdır. Bu cerrahi müdahale, enfeksiyonun yayılmasını engellemeye ve hastanın iyileşme sürecini hızlandırmaya yardımcı olabilir.

Anahtar Kelimeler: Derin boyun enfeksiyonu, Cerrahi, Abse, Antibiyoterapi, Drenaj

SS68

BİLDİRİ GERİ ÇEKİLMİŞTİR.

SS69

İKİ FARKLI ETNİK NÜFUSTA ANNELERİN GEBELİK ÖNCESİ VÜCUT KİTLE İNDEKSLERİNE GÖRE GEBELİK SIRASINDA KİLO ALMA EĞİLİMLERİ-YENİDOĞAN SONUÇLARI AÇISINDAN BİR FARK VAR MI?

Sezgin GÜNEŞ[1], **Suzan ŞAHİN**[2], Meltem KOYUNCU ARSLAN[3], Nurhan KORKMAZ[4], Özlem KARACA DAĞ[4], Emir GÖKALP[5], Uğur Hazal SABAN[5], Mehmet Yekta ÖNCEL[6]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp, Neonatoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp, Neonatoloji, İzmir, Türkiye
[3]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp, Neonatoloji, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[5]İzmir Demokrasi Üniversitesi, Tıp, Tıp Fakültesi, İzmir, Türkiye
[6]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp, Neonatoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Aşırı kilo ve obezite, özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar arasında küresel bir pandemidir. Gebelik öncesi obezite; erken doğum, makrozomi, ölü doğum ve yenidoğan ölümü gibi olumsuz anne ve yenidoğan sonuçlarıyla ilişkilidir. Bu riskler, anne yaşı, ırk ve etnik kökene göre değişiklik gösterir ve göçmen ve azınlık kadınlar arasında artan oranlarda görülmektedir.

Amaç: Türk ve Suriyeli göçmen kadınları karşılaştırarak hamile kadınlarda aşırı kilo ve obezite oranlarını, gebelik sırasında kilo alımını, yönergelere uyumu ve olası yenidoğan sonuçlarını araştırmak.

Yöntem: Bu retrospektif tek merkezli çalışma, Türkiye'nin İzmir ilinde bulunan bir eğitim araştırma hastanesinde, bir yıllık sürede gerçekleştirildi. Demografik bilgiler, gebelik komplikasyonları, doğum şekilleri, anne ve yenidoğan antropometrik ölçümleri ile yenidoğan morbidite ve mortalitesi kaydedildi. Gebelik öncesi vücut kitle endeksi kategorileri düşük kilolu, normal kilolu ve fazla kilolu/obez olarak belirlendi. Çalışma, tam tıbbi kayıtlara sahip Türk ve Suriyeli kadınları içermektedir.

Bulgular: 1353 anne-bebek çiftinden 323'ü analize dahil edildi. Fazla kilolu/obez annelerin bebeklerinin doğum ağırlıkları daha yüksek ve sezaryen oranları daha fazlaydı. Suriyeli anneler, uluslararası yönergelere göre önerilen miktardan daha az kilo alma eğilimindeydi. Yenidoğanlarda hastaneye yatış ve SGA (small for gestational age=gestasyonel haftaya göre düşük kilolu) veya LGA (large for gestational age=gestasyonel haftaya göre yüksek kilolu) doğum oranları gruplar arasında benzerdi. Kilo alma yönergelerine uyum değişiklik göstermekteydi ve fazla kilolu/obez gruptaki birçok anne önerilen aralıkların dışında kilo almıştı.

Sonuç: Hamile kadınlar arasında fazla kilo ve obezite oranları yüksektir ve bu durum önemli etnik farklılıklar göstermektedir. Anne ve yenidoğan sağlık sonuçlarını iyileştirmek için özel doğum öncesi bakım ve kültüre özgü müdahaleler, özellikle göçmen nüfuslar barındıran ülkeler için büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Maternal obezite, yenidoğan sonuçları, gebelikte kilo alımı, göçmen, Suriyeli, Türk.

SS70

YENİ AÇILAN 3. BASAMAK BİR HASTANEDE CANDIDA PARAPSILOSIS'E BAĞLI KATATER İLİŞKİLİ KAN AKIMI ENFEKSİYONU OLAN PEDİATRİK OLGULARIN KLİNİK BULGULARI VE ANTIFUNGAL DİRENÇ PATERNLERİ

Ümit Aslan SARITAŞ[1], **Dilek YILMAZ[2]**

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi

Giriş: Candida parapsilosis (C. parapsilosis), sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlarda önemli bir etken olup, önemli bir morbidite ve mortalite nedenidir. Global olarak günümüzün en önemli sorunları arasında, katater ilişkili kan akımı enfeksiyonları (KİKAE) ve bu hastalar içerinde de kandidemi yer almaktadır. Kandidemili olgulara bakıldığında da, birçok olgu serisinde C. parapsilosis'in son yıllarda en sık saptanan kandida türü olduğu görülmektedir.

Amaç: Bu çalışmada, yeni açılan 3. basamak bir hastanede C. parapsilosis'e bağlı KİKAE gelişen çocuk olgularda klinik verilerin ve antifungal duyarlılık verilerini irdelemek amaçlanmıştır.

Yöntemler: Bu çalışmada; Ocak 2024-Temmuz 2024 tarihleri arasında merkezimizde C. parapsilosis'e bağlı KİKAE tanısı alan 25 hastanın kan kültür üremeleri, antifungal duyarlılık sonuçları, kateter kullanımı, antibiyotik kullanımı ve altta yatan hastalık tanıları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: Olguların 13'ü (%52) kız ve 12'si (%48) erkek cinsiyetindeydi. Hastaların yaş ortalaması 57,92(1- 196) ay olarak hesaplanmıştır. İncelenen hastaların 23'ünde (%92) 14 günden uzun süre antibiyotik kullanımı öyküsü bulunurken, 24 hastada (%96) bir ya da birden fazla kateter kullanımı tespit edilmiştir. Mekanik ventilatör ile solunum desteği alan hasta sayısı 16 (%64) olarak belirlenmiştir. Ayrıca, 5 hastanın (%20) kardiyak patolojileri, 4 hastanın (%16) travma öyküsü, 3 hastanın (%12) intestinal patolojileri ve 3 hastada (%12) malignite gibi ciddi altta yatan patolojiler saptanmıştır. Antifungal duyarlılık sonuçları incelenen 25 hastanın14'ünde (%56) flukonazol direnci tespit edilmiştir. Bu 14 hastanın 8'inde (%32) sadece flukonazol direnci mevcutken, 6 hastada (%24) hem flukonazol hem de vorikonazol direnci saptanmıştır. Olguların hiçbirinde amfoterisin B ve ekinokandin direnci saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışma, C. parapsilosis'e bağlı KİKAE pediatrik olgularda merkezimizde flukonazol direncinin önemli bir sorun olduğunu ortaya koymaktadır. Flukonazol direnci, olguların yarısından fazlasında mevcuttu. Direnç oranlarındaki bu artış, merkezimizde ampirik antifungal tedavi stratejilerini belirlemede oldukça önemli olmuştur. Bu nedenle her merkez lokal kandidemi epidemiyolojisini belirlemeli ve bu veriler ışığında ampirik antifungal tedavi rejimlerini planlamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Kandidemi, Kateter, Antifungal Duyarlılık

SS71

EBEVEYNLERİN ANTİBİYOTİK KULLANIMI KONUSUNDAKI BİLGİ TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ: YALOVA DEVLET HASTANESİ ÖRNEĞİ

Gülsüm KAYA[1], Burcu GÜRER GİRAY[1], Zeynep ERGENÇ[2], Taner ADIGÜZEL[3], Hasan ERGENÇ[2], Vefik ARICA[3]

[1]Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye
[2]Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, İç Hastalıkları Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye
[3]Yalova Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye

Giriş: Antibiyotik kullanımı konusunda hem kendisi hem de çocuklarından sorumlu olan ebeveynler, toplumda ilaç kullanımıyla ilgili önemli sorumluluğa sahiptir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı ebeveynlerin antibiyotik kullanımı konusundaki bilgi tutum ve davranışlarını incelemektir.

Yöntem: Çalışma Yalova Devlet Hastanesi çocuk sağlığı ve hastalıkları polikliniğinde 15 Temmuz-15 Ağustos 2024 arasında yürütüldü. Çalışmanın etik kurul onayı Yalova Üniversitesi Etik Kurullar Koordinatörlüğünden alındı (2024/113 protokol numarası). Çalışmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden sosyodemografik özellikleri ve antibiyotik kullanımına yönelik bilgi-tutum-davranışlarını içeren görüşme formunu cevaplamaları istendi.

Bulgular: Ebeveylerin (n:200) %70,00'i kadın, %30'u erkek, %47,50'si 30-39 yaş aralığında, %90,00'ı evli ve %34,00'ü lise mezunu olup; %62,50'si şehir merkezinde yaşamaktaydı. Katılımcıların %63,00'ü aktif çalıştığını ve %61,50'si gelirinin gidere eşit olduğunu bildirdi (Tablo 1). Ebeveynlerin %62,00'si çocuğunun ateşli hastalık geçirdiğini, %41,00'i çocuğunun son 1 yılda enfeksiyon geçirdiğini ve %43,00'ü ise çocuğunun son 1 yılda antibiyotik kullandığını bildirdi. Katılımcıların %85,00'i her hastalıkta antibiyotik kullanılmaması gerektiğini belirtirken; %15,00'i evde yedek antibiyotik bulundurmaktaydı. Ebeveynlerin %75,00'i antibiyotikleri doktor önerisiyle çocuğuna verirken; %25,00'i ateşi olduğunda antibiyotik vermekteydi. Antibiyotikleri çoğunlukla (%95,00) doktorun belirttiği şekilde kullanmaktaydı. Katılımcıların %75,00'si soğuk algınlığının antibiyotiksiz düzeleceğini, %25,00'i ise soğuk algınlığında antibiyotik kullandığını bildirdi. Ebeveynlerin %72,50'si antibiyotikleri kan ve idrar testlerinden sonra; %27,50'si ise test yapılmadan muayene sonu reçete edildiğini belirtti. Antibiyotiklerin zamanında eczaneden alım durumu değerlendirildiğinde; katılımcıların %90,00'ı reçete edildiği gün ve %10,00'u ise ertesi gün eczaneden aldığını bildirdi. Katılımcıların %55,00'i tedavi bitince çocuğunu doktor kontrolüne götürdüğünü, %45,00'i bilinçsiz antibiyotik kullanımının vücuda hasar verebileceğini ve %20,00'si ise antibiyotiklerin diğer ilaçlarla etkileşimde bulunabileceğini belirtti. Antibiyotik kullanımıyla ilgili bilgi kaynakları Şekil 1'de gösterildi.

Sonuç: Çalışmamızda ebeveynlerin antibiyotik kullanımına yönelik bilgiyi doktorlardan aldığı, antibiyotikleri doktor önerisiyle çocuğuna verdiği, doktorun belirttiği şekilde kullandığı ve evde yedek antibiyotik bulundurma oranlarının düşük olduğu görülmüştür. Ebeveynlere çocuklarda antibiyotik kullanımına yönelik farkındalıklarının arttırılması için düzenli olarak eğitim ve danışmanlık verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Antibiyotik, Ebeveyn, Çocuk, Davranış, Bilgi

Tablo 1: Ebevenylerin sosyodemografik bilgilerine ilişkin veriler

Özellikler	n (%)	
Yaşınız	20 yaş ve altı	11 (5,50)
21-29 yaş	34 (17,00)	
30-39 yaş	95 (47,50)	
40-49 yaş	53 (26,50)	
50 yaş ve üzeri	7 (3,50)	
Cinsiyet	Kadın	140 (70,00)
Erkek	60 (30,00)	
Eğitim durumu	İlköğretim	20 (10,00)
Lise	68 (34,00)	
Önlisans	60 (30,00)	
Lisans	46 (23,00)	
Yüksek lisans	6 (3,00)	
Medeni durum	Evli	180 (90,00)
Boşanmış/ Ayrı yaşıyor	20 (10,00)	
Ailede yaşayan kişi sayısı	4,03±0,96 (3-8)	
Yaşanılan yer	Şehir merkezi	125 (62,50)
İlçe	53 (26,50)	
Köy	22 (11,00)	
Çalışıyor musunuz?	Evet	126 (63,00)
Hayır	74 (37,00)	
Ortalama gelir durumu	Gelir giderden az	43 (21,50)
Gelir gidere eşit	123 (61,50)	
Gelir giderden fazla	34 (17,00)	

SS73

PEDİATRİ HEMŞİRESİNİN GÖZÜNDEN YAŞAMSAL GEÇİŞLER: MELEIS GEÇİŞ KURAMI

Gülay BAŞ, Hatice YILDIRIM SARI

İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, İzmir, Türkiye

Geçiş, insanoğlunun yaşamı boyunca etkilendiği olay ve durumlar karşısında meydana getirdiği tepkilerin tümünü barındıran bir süreçtir. Bireyin geçişe uyumu veya uyumsuzluğu iyi olma halinin oluşmasında etkendir. Çocukluk çağını ele aldığımızda, çocuklar yaşamı boyunca farklı gelişimsel dönemler içerinde bulunmaktadırlar. Çocuğun sağlık ve hastalık hali, bu gelişimsel dönemlerin yönetilmesinde etkilidir. Meleis, geçişin insanoğlu için sağlıklı bir şekilde yönetilmesinde hemşirelerin bilim ve sanat yönüyle güçlenmesinin ve bireylerde farkındalığın artırılmasının önemini geçiş kuramında öne çıkarmaktadır. Geçiş kuramında ele alınan gelişimsel, durumsal, sağlık-hastalık ve kurumsal geçişler incelendiğinde çocukların gelişimsel dönemleri içerisinde yaşadığı değişimler karşısında iyi olma halinin oluşturulmasındaki bakım, geçiş kuramının öncülleri ile örtüşmektedir. Çocuklar, farklı gelişimsel dönemleri içerisinde biyopsikososyal açıdan değişimler yaşamaktadırlar ve bu değişimlere gösterdikleri uyum iyi olma halinin oluşmasında etkendir. Çocuğun ve ebeveynlerin, fiziksel, psikolojik, sosyal ve spiritüel olarak değerlendirilmesi ve bütüncül sağlığın oluşturulmasında geçiş kuramının kullanımı literatürde yer almaktadır. Anneliğe geçiş ve yenidoğan bakımına uyum, adölesan döneme uyum, kronik hastalığı olan adölesanlarda yetişkin bakımına geçiş, özel gereksinimi olan çocuklarda taburculuk ve sonrasındaki bakıma uyum krize sebep olabilecek durumları beraberinde getirmektedir. Bu durumlar karşısında kriz yönetimi ve iyi oluşun sağlanmasında pediatri hemşirelerinin vaka yönetim becerileri ve profesyonellikleri öne çıkmaktadır. Bu bildiride, pediatri hemşirelerinin yaşamsal geçişlerin yönetimi ve çocuk sağlığında iyi oluş bakımlarının Meleis'in geçiş kuramı ile etkinliği değerlendirilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Geçiş Kuramı, Hemşirelik Bakımı, Pediatri Hemşiresi, Çocuk Sağlığı

SS74

İNTERAKTİF ROBOTUN ÇOCUKLARIN AMELİYAT ÖNCESİ KORKU VE ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ETKİSİ: RANDOMİZE KONTROLLÜ ÇALIŞMA

Mehtap ÇİL[1], Tuba ARPACI[2]

[1]Karaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, , Hemşirelik-Ameliyathane, Karaman, Türkiye
[2]Karamanoğlu Mehmetbey Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Karaman, Türkiye

Giriş: Cerrahi planlanan çocuklarda terapötik yaklaşımların cerrahi işlemlere hazırlıkta uygulanması, çocuk ve ailesinin stresinin azalması ve anksiyete- korkularla baş etmelerini kolaylaştırabilmektedir.

Amaç: Bu çalışma interaktif robotun çocukların ameliyat öncesi korku ve anksiyete düzeylerine etkisini belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Randomize kontrollü türdeki bu araştırma cerrahi planlanan 5-10 yaş arası çocuklar ve ebeveynleriyle 18 Eylül- 18 Kasım tarihleri arasında yürütülmüştür (Girişim grubu = 37, Kontrol grubu = 37). Girişim grubuna interaktif robot aracılığıyla cerrahi öncesi hazırlık programı uygulanmıştır. Girişim grubunda çocuklar ameliyat öncesinde interaktif oyuncak robot ile tanışmış, robotun teknik özellikleri dahilinde vakit geçirmiş ve ameliyathaneye robot eşliğinde transfer edilmiştir. Kontrol grubu ise rutin hazırlık bakımı almıştır. Veri toplama araçları olarak Çocuk ve Ebeveyn Tanıtıcı Bilgi Formu, Çocuk Anksiyete Skalası- Durumluluk (ÇAS-D) ve Çocuk Korku Ölçeği (ÇKÖ) kullanılmıştır. Veriler tanımlayıcı istatistikler, Shapiro Wilk normallik testi, Bağımsız Örneklem t Test, ki-kare, Anova, Bonferroni düzeltmesi kullanılarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Çocukların yaş ortalamaları girişim grubunda 6,95 ± 1,79 yıl, kontrol grubunda 7,03 ± 1,54 yıldır. Çocukların ölçüm zamanlarında anksiyete ve korku puan ortalamaları açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (p>0,05). Girişim grubunda çocukların değerlendirmesine göre ön test ve son test anksiyete (F=1,251 p=0,267) ve korku puan ortalamaları (F=0,086 p=0,770) açısından grup içi istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır. Ebeveyn ve araştırmacı değerlendirmesine göre çocukların anksiyete ve korku puanları arasında fark bulunmamıştır (p>0,05).

Sonuç: Sonuç olarak interaktif robot ile yapılan hazırlığın ameliyat öncesi anksiyete ve korku düzeyine etkisi bulunmamıştır. Hemşireler tarafından bu yaş grubunda interaktif robot eşliğinde uzun süreli ve kapsamlı hazırlık prosedürleriyle araştırmaların planlanması yararlı olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ameliyat öncesi hazırlık, Anksiyete, Çocuk, İnteraktif robot, Korku

SS75

DİJİTAL EBEVEYNLİK FARKINDALIĞININ "YÖK-TEZ" ÖRNEKLEMİNDE BİBLİYOMETRİK VE İÇERİK ANALİZİ

Fahriye PAZARCIKCI [1], Nevin USLU[2]

[1]Isparta Uygulamalı Bilimler Üniversitesi, Uzaktan Eğitim Meslek Yüksekokulu, Tıbbi Hizmetler ve Teknikler Bölümü, Isparta, Türkiye
[2]Burdur Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik, Burdur, Türkiye

Giriş: Dijital araçlar ve internet, günümüz yaşamında vazgeçilmez bir yer edinmiştir. Ancak problemli kullanımları özellikle çocuklar için başta dijital bağımlılıklar olmak üzere olumsuz etkiler oluşturabilmektedir. Dijital riskler karşısında çocukların kendilerini koruma yeteneği sınırlıdır. Bu nedenle, ebeveynlerin dijital ebeveynlik farkındalıklarını artırmak, çocukları dijital risklerden korumada etkili bir strateji olabilir.

Amaç: Bu çalışmanın amacı, 2014-2024 yılları arasında Türkiye'de dijital ebeveynlik farkındalığına dair YÖK Tez Merkezi'nde yayımlanan lisansüstü tezleri niceliksel ve içerik açısından incelenmesidir.

Yöntem: Araştırma, retrospektif ve tanımlayıcı özellikler taşımaktadır. Türkçe 'dijital ebeveynlik', 'dijital ebeveynlik farkındalığı' ve 'dijital farkındalık' anahtar kelimeleri kullanılarak, Ulusal Tez Merkezi'nde Şubat-Mart 2024 tarihleri arasında tarama yapılmış, bibliyometrik analiz yöntemiyle 16 lisansüstü tez incelenmiş ve bu tezlerin içerik analizi gerçekleştirilmiştir.

Bulgular: Araştırma sonuçları, dijital ebeveynlik farkındalığı kavramının Türkiye literatüründe 2020 yılından itibaren kullanılmaya başlandığını, yayınların yaklaşık %70'inin 2023 yılında yapıldığını ve %75'inin yüksek lisans tezi olduğunu, kavramın Tıp ve Sağlık, Psikoloji, Bağımlılık ve Rehabilitasyon, Eğitim ve Teknoloji Bilimleri gibi çeşitli bilim alanlarının ilgisini çektiğini ortaya koymuştur. Çalışmalar genellikle 'dijital ebeveynlik ve dijital bağımlılık' konusuna odaklanırken, 'internet bağımlılığı', 'dijital oyun bağımlılığı', 'ekran bağımlılığı', 'akıllı telefon bağımlılığı' ve 'problemli medya kullanımı' gibi konular öne çıkan trendler arasında yer almaktadır. Yayınların örneklemleri çoğunlukla okul öncesi, ilkokul veya ortaokula giden çocuk ve ebeveynlerinden oluşmaktadır. Çalışma deseni olarak sadece iki tezde deneysel yöntemin kullanıldığı belirlenmiştir.

Sonuç: Dijital ebeveynlik farkındalığı kavramı, Batı ülkelerine göre Türkiye'de kullanılmaya bir nebze geç başlamış olsa da ülkemizdeki yayın sayısında düzenli bir artış olduğu görülmektedir. Ancak konu ile ilgili deneysel çalışmaların sınırlı sayıda olması dikkat çekicidir. Bu çalışmanın, dijital ebeveynlik farkındalığı konusunda çalışma yapılan alanların tespitinde, genel eğilimlerin, henüz çalışılmamış alanların, değişkenlerin ve uygulamaların belirlenmesinde yol gösterici olması ve araştırmacılar için bir veri havuzu oluşturulmasına katkı sağlaması beklenmektedir. Gelecekte boylamsal ve deneysel çalışmaların yapılması, konu ile ilgili kanıt sayısının ve kanıt düzeyinin artırılması önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Dijital Ebeveynlik, Farkındalık, Bağımlılık, Bibliyometrik Analiz, Çocuk

SS76

ÇOCUKLARDA PERIFERIK İNTRAVENÖZ KATETER YERLEŞTİRMEDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Meltem GÜRCAN, **Sevcan ATAY TURAN**

Akdeniz Üniversitesi, Hemşirelik Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Antalya, Türkiye

Giriş: Periferik intravenöz kateter (PİVK) yerleştirilmesi hastane ortamlarında dünya çapında en yaygın kullanılan invaziv işlemlerden biridir. PİVK yerleştirilmesi, sıvı ve ilaçların uygulanması dahil olmak üzere çeşitli intravenöz tedaviler için gereklidir. Bununla birlikte, pediatrik hastalarda geleneksel yöntemler kullanılarak PİVK yerleştirmenin ilk denemedeki başarı oranı %24-%52 arasında değişmektedir. Çocuklarda yağ dokusundaki damarların çapının küçük olması nedeniyle periferik venöz erişim son derece zordur. Kateterin başarılı bir şekilde yerleştirilmesinde yaş, cinsiyet, vücut kitle indeksi, cilt rengi, kateter boyutu, yerleştirme yeri ve sağlık profesyonelinin deneyimi gibi çok sayıda faktör etkilidir. Özellikle, kronik hastalığı olan çocuklarda tekrarlı denemelere bağlı işleme bağlı ağrı, hastaların ve ebeveynlerinin kaygısını, korkusunu ve stresini artırmaya neden olur. Bazı çalışmalarda; yakın kızılötesi ışık görüntüleme, transilluminatörler ve ultrason cihazları gibi teknolojik yöntemler pediatrik zor intravenöz erişimlerde ilk seferde başarılı olmak ya da yerleştirme süresini kısaltmak için kullanılmıştır. Transilluminatörler, bir ışık kaynağı aracılığıyla ışığın hastanın cildine nüfuz etmesini ve damarların açığa çıkmasını sağlar. Ancak, literatürde yakın kızılötesi ışık görüntüleme cihazlarının üstünlüğünü destekleyecek yeterli kanıt olmadığı ve heterojen sonuçlar gösterdiği belirtilmiştir. Yapılan randomize kontrolü bir çalışmada; zor periferik venöz erişime sahip pediatrik hematoloji ve onkoloji hastalarında, serum fizyolojik ile ilerleme tekniğinin ilk seferde periferik kateter yerleştirme başarısını artırdığı, işlem süresini kısalttığı ve işleme bağlı görülen komplikasyonları azalttığı belirlenmiştir.

Sonuç: Çocuklarda PİV erişim zorlukları hala yaşanmaya devam etmektedir. Bu nedenle pediatrik hastalarda mümkün olan en kısa sürede optimum PİVK yerleştirme başarısına ulaşmak ve yeni stratejik yollar bulmak için daha fazla çalışma yapılması son derece önemlidir.

Anahtar Kelimeler: periferik intrevenöz kateter yerleştirme, periferik intravenöz erişim, çocuk

SS77

PEDİATRİK HERNİ AMELİYATI SIRASINDA ANNELERİN ANKSİYETE DÜZEYLERİNE ÖRGÜ ÖRMENİN ETKİSİ

Güzide ÖZDEN AKCAN[1], **Rabiye GÜNEY**[2], Zekeriya İLÇE[3]

[1]Sultan 2. Abdülhamid Han Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Göğüs Servisi, İstanbul, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Hamidiye Hemşirelik Fakültesi, Hemşirelik, İstanbul, Türkiye
[3]Emsey Hospital, Çocuk Cerrahisi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Cerrahi girişimin türü ne olursa olsun herhangi bir operasyon çocuk ve ailenin tüm üyeleri için olumsuz bir deneyimdir. Bu deneyim hemen hemen tüm bireylerde anksiyeteye yol açmaktadır. Literatür incelendiğinde çocukları ameliyat olan annelerin ameliyat esnasında anksiyetelerini azaltmada örgü örmenin etkisini inceleyen bir çalışmaya rastlanmamıştır.

Amaç: Herni ameliyatı olan çocukların annelerinin ameliyat sırasında örgü örmelerinin anksiyete, yaşam bulguları ve oksijen satürasyonu üzerindeki etkisini değerlendirmektir.

Yöntem: Çalışma çocuk cerrahisi yatan hasta servisinde yürütülmüştür. Çalışmaya alınan annelerin anksiyete seviyelerini belirlemek amacı ile demografik verileri, Durumluk Sürekli Kaygı Envanteri skor sonuçları, yaşam bulguları ölçüm sonuçları ve SPO2 düzeyi kaydedilmiştir. Randomizasyonla deney grubuna 44 anne, kontrol grubuna 46 anne alınmıştır. Deney grubunda bulunan anneler çocuk ameliyatta olduğu sürece örgü örmüştür. İstatistiksel analizler için Number Cruncher Statistical System 2007 programı kullanılmıştır. Nicel verilerin değerlendirilmesinde Bağımsız gruplar t, Bağımlı gruplar t, Mann-Whitney U, Wilcoxon signed-ranks testleri kullanıldı. Nitel verilerin değerlendirilmesinde Pearson ki-kare, Fisher's exact ve Fisher-Freeman-Halton exact testleri kullanıldı.

Bulgular: Deney grubu olguların ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası Durumluk Kaygı puanındaki ortalama 2,11±6,16 puanlık düşüş istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($p=0,028$; $p<0,05$). Deney grubundaki olguların ameliyat öncesine göre ameliyat sonrası Durumluk Kaygı puanındaki değişim, kontrol grubundaki olgulara göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde yüksek saptanmıştır ($p=0,003$; $p<0,01$). Deney grubu annelerin ameliyat sonrası nabız değerleri, kontrol grubu annelere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde düşük saptanmıştır ($p=0,010$; $p<0,05$).

Sonuç: Herni operasyonu geçiren çocukların annelerine uygulatılan örgü örme girişiminin Durumluk Kaygı seviyelerini azalttığı ve kalp atım hızlarında azalmaya neden olduğu görüldü.

Anahtar Kelimeler: Anksiyete, Günübirlik Cerrahi, Herni, Intraoperatif Dönem, Sanat

SS78

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM HEMŞİRELERİNDE KARŞILANAMAYAN BAKIM, NEDENLERİ VE AHLAKİ SIKINTIYA ETKİLERİ

Burcu BAKIRLIOĞLU, Bengü ÇETİNKAYA, Rabia Nur TEKİ

Pamukkale Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği, Denizli, Türkiye

Giriş: Yenidoğan Yoğun Bakım Üniteleri'nde (YYBÜ) yaşanan karmaşık tedavi planı, iş gücü kaynaklarının eksikliği ve iletişim problemleri yüzünden hemşirelerin tedavi planlarında eksiklikler oluşmaktadır. Tedavi planlarında meydana gelen eksiklikler mesleki etik ilkelerin yerine getirilememesine bağlı hemşirelerde ahlaki sıkıntının ortaya çıkmasına yol açmaktadır.

Amaç: Bu araştırmada YYBÜ'nde kaçırılan hemşirelik bakımını, nedenlerini ve bunların hemşirelerde yaşanan ahlaki sıkıntıya etkisini incelemek amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel olarak yürütülen bu araştırmanın örneklem grubunu 153 yenidoğan hemşiresi oluşturmaktadır. Veriler "Tanımlayıcı Bilgi Formu", "Karşılanamayan Bakım Anketi- Pediatrik Formu" ve "Pediatri Hemşireleri için Güncellenmiş Ahlaki Sıkıntı Ölçeği" ile online olarak Ocak-Mayıs 2024 tarihleri arasında toplanmıştır.

Bulgular: Katılımcıların yaş ortalaması 31.22±7.6 (min 23- max 53) olup bir günde bakım verdiği hasta sayısı ortalaması 3.42± 0.96 (min 2- max 7) olarak bulunmuştur. En sık karşılanamayan bakım "çağrı ışığına, müdahale talebine veya alarma beş dakika içinde yanıt verme" (her zaman; n=56, %36.6) en az sıklıkla karşılanamayan bakım ise "el yıkama" (asla n=73, %47.7) olarak tespit edilmiştir. Bakım verilen çocuğun tıbbi durumu (t=2.954 p= 0.00), YYBÜ'nde çalışma süresi (F=15.901 p=0.00), hemşire sayısının yetersizliği (F=3.626 p=0.029), iş memnuniyeti (F=3.359 p=0.037) karşılanamayan hemşirelik bakımının nedenlerini etkileyen değişenler olarak sıralanmaktadır. Aynı zamanda çoklu doğrusal regresyon analizi sonucuna göre karşılanamayan hemşirelik bakımı nedenleri alt boyutlarından iletişim (β=0.275, p=0.018) ve iş gücü kaynakları (β=0.216, p=0.021) ahlaki sıkıntıyı pozitif etkileyen yordayıcı faktörler olarak bulunmuştur.

Sonuç: Ahlaki sıkıntıyı azaltma stratejileri olarak karşılanamayan bakım nedenlerine odaklanılması gerekir. Etkili iletişim tekniklerinin hemşirelik bakımına entegre edilmesi ve yöneticiler tarafından iş gücü kaynaklarının artırılması karşılanamayan hemşirelik bakımının azaltılmasını ve böylelikle ahlaki sıkıntı düzeylerinde iyileşmelerin yaşanmasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ahlaki Sıkıntı, Etik, Karşılanamayan Bakım, Yenidoğan Hemşiresi, Yenidoğan Yoğun Bakım

SS79

PEDİATRİK CERRAHI HEMŞİRELERİNİN TERAPÖTİK OYUN İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE DENEYİMLERİ: NİTELİKSEL BİR ÇALIŞMA

Duygu DEMİR[1], Emine ÇUBUKCU[2]

[1]Yalova Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Yalova, Türkiye
[2]Hatay Mustafa Kemal Üniversitesi, Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Eğitim Koordinatörlüğü, Hatay, Türkiye

Giriş: Hastalık ve hastanede yatma her yaş grubu çocuk ve ailesi için stresli, hoş olmayan bir durumdur. Hastaneye yatan çocuklarda travmayı azaltmak, uygulanacak tedavi ve işlemlere karşı çocuğun duygularını ve yanlış anladığı noktaları değerlendirmek, çocuğa olumlu bir baş etme metodu geliştirmek amaçlı terapötik oyun tekniği kullanılmaktadır.

Amaç: Bu araştırma, pediatrik cerrahi hemşirelerinin terapötik oyun ile ilgili görüş ve deneyimlerini değerlendirmek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Araştırma, nitel araştırma yöntemlerinden fenomenoloji deseni ile yarı yapılandırılmış açık uçlu sorulardan oluşan derinlemesine görüşme yöntemi kullanılarak gerçekleştirmiştir. Kodlama ve veri analizi için MAXQDA programı kullanılmıştır.

Bulgular: Tematik analiz doğrultusunda "terapötik oyunun uygulanma amacı", "terapötik oyun uygulamaları" ve "terapötik oyun uygulamama nedenleri" olmak üzere üç ana tema belirlenmiştir. Araştırmada, hemşirelerin terapötik oyun, etkileri ve çeşitleri hakkında yeterli bilgilerinin olmadığı, daha çok iletişim kurarak çocukların hastaneye yatış sürecine uyum sağlamalarına yardımcı oldukları belirlenmiştir. Yine hemşireler çalışan sayısının yetersizliği, iş yükü, pandemi ve uzun çalışma saatleri nedeniyle terapötik oyun uygulayamadıklarını ifade etmişlerdir.

Sonuç: Hemşireler çocuğun gelişiminde etkili olan terapötik oyunun önemi ve çeşitleri konusunda eğitim programları aracılığıyla bilgilendirilmeli ve edinilen bilgilerin kliniğe aktarmaları için desteklenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Hastanede yatan çocuk, Hemşire, Terapötik oyun

SS80

ÇOCUKLARDA GİRİŞİMSEL AĞRININ YÖNETİMİNDE KULLANILAN NONFARMAKOLOJİK UYGULAMALARIN İNCELENMESİ

Yağmur ŞANCI[1], Didem TANIK[1], Amine DURMAZ[2], Kardelen ÇİÇEK[1], Ebru AYDIN[1]

[1]Fenerbahçe Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, Türkiye
[2]Medicana Kadıköy Hastanesi, Hemşirelik Hizmetleri, Cerrahi Servisi, İstanbul, Türkiye

Giriş: Ağrı yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik uygulamalar, çocukların psikolojik ve fiziksel iyilik hallerini koruyarak ağrıyı en aza indirmeyi amaçlayan atravmatik bakım yaklaşımıdır.

Amaç: Araştırma, girişimsel ağrıyı azaltmak için hemşirelerin çocuklarda kullandıkları nonfarmakolojik uygulamaların belirlenmesi amacıyla yapılmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı nitelikte olan araştırma 2023-2024 yılları arasında özel bir sağlık grubunda çalışan 138 çocuk hemşiresi ile gerçekleştirilmiştir. Etik kurul izni, kurum izni ve bilgilendirilmiş onam alınmıştır. Veriler araştırmacılar tarafından oluşturulan sosyodemografik bilgi formu ve çocuklarda girişimsel ağrının yönetiminde kullanılan nonfarmakolojik uygulamaların incelenmesi formu ile yüz yüze görüşülerek toplanmıştır. Verilerin değerlendirilmesinde tanımlayıcı istatistiksel yöntemlerden sayı ve yüzde kullanılmıştır.

Bulgular: Araştırmaya katılan hemşirelerin %65.9'u yirmi beş yaş altında, %77.5'i kadın cinsiyetinde ve %39.1'i beş yıldan uzun süredir meslekte görev yapmaktadır. Ağrı konusunda %58.7'si hizmet içi eğitim aldığını ve %7.2'si herhangi bir eğitim almadığını belirtmiştir. Çocuklara yaptıkları ağrılı işlemler sorgulandığında hemşirelerin %98.6'sı flaster çıkarma, %88.4'ü intramusküler enjeksiyon uygulama, %87.7'si venöz kan alma işlemi yaptığını ifade etmiştir. Bunları sırasıyla periferal damar yolu açma, subkutan enjeksiyon uygulama, kapiller kan alma, aspirasyon uygulama, topuk kanı alma, intradermal enjeksiyon, arteriyel kan alma, üriner katater takma, yara bakımı işlemleri takip etmektedir. Çocukta ağrı değerlendirmesinde hemşirelerin %76.8'i Wong Baker, %18.1'i FLACC, %2.9'u VAS, %1.4'ü CRIES ölçeklerini kullandığını belirtmiştir. Hemşirelerin çocuk hastalarda kullandığını ifade ettiği nonfarmakolojik uygulamaların dağılımı şekil 1'de verilmiştir.

Sonuç: Araştırma sonucuna göre hemşirelerin gün içerisinde sıklıkla uyguladıkları temel ağrılı girişimlerde çeşitli nonfarmakolojik yöntemlerden yararlandıkları, fakat aspirasyon uygulaması, yara bakımı ve port girişimi gibi daha özelleşmiş ağrılı girişimlerde nonfarmakolojik yöntemlerden nadiren yararlandıkları gözlenmektedir. Ağrılı girişimlerde çocukların yaşına özgü kullanılması önerilen nonfarmakolojik uygulamaların hizmet içi eğitimlerde örnekleriyle birlikte tüm hemşirelere zorunlu olacak şekilde verilmesi ve lisans müfredatında bu konuya yer verilmesi önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: Pediatri, Hemşire, Ağrı Yönetimi, Nonfarmakolojik Yöntemler

SS83

ORTA VE AĞIR COVID-19 ENFEKSİYONU GEÇİREN ÇOCUKLARDA UZUN DÖNEM PULMONER FONKSİYONUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Zeynep TERZİ[1], Muhammet Furkan KORKMAZ[2], Gülsüm Elif ÖMER[3], Şefika Elmas BOZDEMİR[4], Merve KORKMAZ [5], İbrahim KOÇ[6], Behiye ORAL[7]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sağlık Bilimleri, Pediatri, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Pediatri, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Pediatri, Bursa, Türkiye
[4]Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pediatri, Bursa, Türkiye
[5]Uludağ Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatrik Pulmonoloji, Bursa, Türkiye
[6]Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pulmonoloji, Bursa, Türkiye
[7]Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Radyoloji, Bursa, Türkiye

Giriş: Yeni koronavirüs hastalığı (COVID-19) uzun süreli etkileri bilinmeyen yeni bir koronavirüstür. COVID-19 çocuklarda daha hafif semptomlar gösterme eğiliminde olsa da, bazı vakalarda ciddi solunum yetmezliği bildirilmiştir. Bununla birlikte, COVID-19'un akciğerler üzerindeki kısa ve uzun vadeli etkilerinin hala tam olarak anlaşılmadığı bilinmektedir.

Amaç: Bu çalışmada yeni koronavirüs hastalığını (COVID-19) orta-ağır geçiren çocuklarda uzun süreli takip sırasında akciğerde oluşabilecek değişiklikleri sunmayı amaçladık.

Yöntem: Prospektif gözlemsel bir kohort çalışması 34 kişiyle yürütüldü. COVID-19 enfeksiyonu ile hastaneye yatırılan pediatrik hastalar (7-18 yaş arası) yaklaşık 2 yıl boyunca takip edildi. Solunum fonksiyon testleri spirometri kullanılarak yapıldı.

Bulgular: Hastanede yatış dönemine ait veriler değerlendirildiğinde, şiddet grupları arasında demografik, klinik, laboratuvar, radyolojik, tedavi ve sonuç verileri açısından anlamlı farklılık görülmedi. COVID-19 enfeksiyonu ile spirometri arasındaki ortalama süre 15 aydı ve şiddet grupları arasında bu açıdan anlamlı fark yoktu. Anormal akciğer bulguları olan sekiz hastanın yedisinde obstrüktif patern ve birinde restriktif patern vardı. Ancak ağır şiddetli geçirenlerde zorlu ekspirasyonun 1. saniyesinde atılan volüm (%FEV1), % FEV1/FVC (zorlu vital kapasite) ve vital kapasitenin %25-%75 arasındaki zorlu ekspiratuar akım (FEF %25-75) daha düşük iken Z skorları benzerdi. Hastalar arasında poliklinik takibine devam edenlerin %41'inde spirometri öncesi kalıcı solunum semptomları mevcuttu. Poliklinik takibine devam eden hastaların %41'inde spirometri öncesi kalıcı solunum semptomları mevcut olmasına rağmen semptomların varlığına göre karşılaştırıldığında spirometri sonuçlarında herhangi bir farklılık gözlenmedi.

Sonuç: Çalışmamızda hastalığın ciddiyetinin ve devam eden solunum semptomlarının varlığının, COVID-19 enfeksiyonundan sonra çocuk hastalarda solunum fonksiyonlarında değişikliklere yol açmadığını gözlemlenmiştir. Pediatrik yaş grubunda COVID-19'un uzun vadeli solunum sonuçlarını açıklığa kavuşturmak için, daha büyük ve daha temsili kohortlarla daha kapsamlı çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: COVID-19, çocuk, pulmoner fonksiyon

SS84

ÇOCUK İSTİSMARI: TOPLUMSAL BİR KRİZ: 2014-2019 YILLARI ARASINDA ÇOCUK İZLEM MERKEZİ'NE BAŞVURAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice Ece GÜMÜŞ[1], **Zehra NEŞELİ**[2], Gülşen YALÇIN[3], Murat ANIL[4]

[1]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Demokrasi Üniversitesi Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi, TIP FAKÜLTESİ, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[3]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim Araştırma Hastanesi, İzmir Demokrasi Üniversitesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[4]Buca Seyfi Demirsoy Eğitim

Giriş: Çocuk istismarı; ebeveyn veya bakım veren kişiler ve yabancı kişiler tarafından gerçekleştirilen, çocuğa zarar veren, çocuğun gelişimini engelleyen her türlü kötü muamele olarak nitelendirilmektedir. Çocuk istismarı, dünya genelinde hem bireyler hem de toplumlar için derin etkiler bırakan, karmaşık ve acil bir sorundur. Çocukluk dönemi, insan yaşamının travmalardan en çok etkilenen ve bu travmalara göre tüm yaşamının şekillenmesine sebep olabilecek kritik bir dönemidir. Bu nedenle çocukluk döneminde yaşanmış olan istismar, bırakacağı kalıcı hasar açısından oldukça önemlidir. Fiziksel şiddet, duygusal ihmal, cinsel istismar ve sömürü gibi çeşitli biçimlerde kendini gösterebilen bu problem, çocuğun sağlığını ve geleceğini derinden etkiler. Bu bağlamda istismar olayları sadece bireyi etkileyen bir olay olmaktan çıkarak tüm toplumu etkiler ve toplumsal kriz olarak değendirilebilir.
Amaç: Çalışmamızda amacımız 2014-2019 yılları arasında Çocuk İstismar Merkezi'ne başvurmuş olan cinsel istismar vakalarını değerlendirerek, vakaların demografik özelliklerini ortaya koymaktır.
Yöntem: Bu çalışmada çocuk istismarının çeşitli yönlerini incelemek amacıyla kesitsel bir araştırma tasarımı kullanılmıştır. Araştırmanın örneklemi, 3-18 yaş arası cinsel istismar nedeniyle Çocuk İzlem Merkezi'ne başvuran çocuklardan oluşmaktadır. Çocuk İzlem Merkezi tarafından toplanan veriler çocuk isimlerine ulaşılmadan retrospektif olarak dosya üzerinden taranmıştır. Toplanan veriler, SPSS 25.0 yazılımı kullanılarak analiz edilmiştir. Analiz sürecinde betimsel istatistikler, t-testi ve ki-kare testleri uygulanmıştır.
Bulgular: Çalışmamızda istismar nedeniyle Çocuk İzlem Merkezi'ne başvuran olguların en küçüğü 3 yaş, en büyüğü 18 yaşındaydı ve ortalama yaş 14 olarak saptandı. Şüpheli yaş ortalaması ise 23 olarak saptadı. İstismarı bildiren kişi (anne-baba, kendisi, öğretmeni, doktor-sağlık personeli, polis tespiti, diğer) incelendiğinde ise %24,6 ile en yüksek bildirimin öğretmenler tarafından yapıldığı, bunu %20,7 anne-baba, %20,4 kendisi tarafından bildirimlerin izlediği görüldü. Kanıtlanmış istismar oranı %60, 6 olarak saptanırken istismara uğrayan çocukların %82'sinin kız olduğu görüldü. Şüpheli kimliği %24,9 oranla en yüksek "yabancı biri" olarak tanımlanırken, bunu %16,5 "tanıdık", %15,0 "arkadaş/sevgili" tarafından istismara uğrandığı saptandı. İstismar tipinin %48,8 oranında "penetrasyon içermeyen dokunma" şeklinde olduğu saptanırken çocukların %81,3'üne herhangi bir adli değerlendirme ve konsültasyon istenmediği ve %82,5'ine herhangi bir ileri işlem (kurum bakımı, sosyal inceleme, okul değişikliği gibi) yapılmadığı görüldü.
Sonuç: Çocuk istismarı toplumun en savunmasız ve travmaya en açık kesiminin korunamadığının gösterilmesi açısından çok önemlidir. Eğitim, sağlık ve sosyal hizmet sistemleri gibi çeşitli toplumsal yapılar, bu sorunun önlenmesi ve etkilerinin azaltılması için kritik bir rol oynamaktadır. Bu anlamda çalışmamız istismar ile mücadelede istismara uğrayan çocukların demografik özelliklerini göstermesi açısından değerlidir.
Anahtar Kelimeler: çocuk istismarı, çocuk izlem merkezi, cinsel istismar

SS85

ÇOCUK ACİL SERVİSİ'NDE YÜKSEK AKIŞ NAZAL KANÜL OKSİJEN TEDAVİSİ BAŞLANAN HASTALARIN İZLEMİ NEREDE DEVAM ETMELİ?

Şefika BARDAK[1], **Tuğçe NALBANT**[2], Yüksel BICILIOĞLU[2], Gamze GÖKALP[2], Elif Gökçe ÜNAL[1], Fatih DURAK[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Servisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Acil Bilim Dalı, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, İzmir, Türkiye

Giriş: Yüksek Akış Nazal Kanül Oksijen Tedavisi (YANKOT) kullanımı giderek artan bir oksijen verme yöntemidir. Kullanımı başlangıçta yoğun bakım ünitelerinde sınırlı iken, günümüzde acil servislerde ve yataklı hasta servislerinde kullanımı da giderek artmaktadır.
Amaç: Çalışmanın birincil amacı acil serviste YANKOT başlanan hastaların klinik ve demografik özelliklerini belirlemektir. İkincil amacımız ise acil serviste değerlendirme sonrası YANKO tedavisi devamının sağlandığı ünitelerde klinik gidişatı değerlendirmektir.
Yöntem: Çalışma üçüncü basamak eğitim ve araştırma hastanesinde geriye dönük olarak yürütüldü. Çalışmaya 01.11.2023-29.02.2024 tarihleri arasında 1 ay-18 yaş aralığında Çocuk Acil Servisi'ne başvuruda bulunan ve YANKO tedavisi başlanan hastalar dahil edildi. Hastaların yaşı, cinsiyeti, yatışı verilen ünite, yattığı kliniklerdeki aldığı solunum desteği yöntemi, kronik hastalık varlığı ve klinik sonuçları kayıt altına alındı.
Bulgular: Çalışmaya 46 (%53,6)'sı kız, 40 (%46,5)'ı erkek olmak üzere ortanca yaşı 16 ay olan toplam 86 hasta dahil edildi. Hastalarda en sık tanılar pnömoni (38;%44,2), akut bronşiolit (25;%29,1) ve reaktif havayolu hastalığı (16;%18,6) idi. Hastaların 67 (%77,9)'sinde bilinen kronik hastalık yoktu. Hastaların 10 (%11.6)'unda nörometabolik hastalık, 6 (%7)'sında kardiyak anormallik ve 3 (%3.5)'ünde prematüre doğum öyküsü mevcuttu. Acil serviste değerlendirme sonrası hastaların 30 (%34.9)'u servis, 56 (%65.1)'sı yoğun bakım ünitesine yatırılmıştı. Servis ve yoğun bakım ünitesine yatırılan hasta gruplarının arasında yaş, cinsiyet, tanı ve kronik hastalık varlığı açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. YANKO tedavisi altında servise yatırılan 30 hastanın 2'sinin takibi sırasında yoğun bakım ünitesine transfer edildiği, bu iki hastanın bir tanesinde YANKOT haricinde başka bir non invaziv ventilasyon (NIV) desteğine ihtiyaç olduğu belirlendi. Acil servisten doğrudan yoğun bakım ünitesine yatırılan hastaların 46 (%82.1)'sında mevcut solunum desteğine devam edildiği, 10 (%17.9)'unda YANKOT dışında solunum desteği (NIV, MV) sağlandığı öğrenildi. Yoğun bakım ünitesinde ek solunum desteğine ihtiyaç duyulan hasta (12 hasta) ile YANKO ile tedavisi tamamlanan (35 hasta) hasta grupları arasında kronik hastalık varlığı karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. Hastaların hiçbirinde YANKO tedavisine bağlı gelişen komplikasyon saptanmadı. Toplam hasta grubunun 85 (%98,8)'inin tedavileri tamamlandıktan sonra eve taburcu edildikleri, kalp yetmezliği nedeniyle takip edilen ve acil servisten doğrudan yoğun bakım ünitesine yatırılmış olan bir hastanın eksitus olduğu belirlendi.
Sonuç: Çalışmamızın sonuçlarına göre serviste takibi yapılan hastaların çok az oranında yoğun bakım ihtiyacı gelişmesi ve yoğun bakımda takibi yapılan hastaların çoğunluğunda mevcut tedavinin yeterli olması YANKOT alan hastaların yoğun bakım yatağı kısıtlı olan hastanelerde servislerde de takip edilebileceğini düşündürmektedir.
Anahtar Kelimeler: Çocuk, Oksijen Tedavisi, Acil Servis, Solunum Sıkıntısı

SS86

KÜLTÜR KANITLI HEMORAJİK SİSTİT TANILI OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Gonca GÖKMEN ÖZEL[1], Özgür ÖZDEMİR ŞİMŞEK[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Bakırçay Üniversitesi, Çocuk Nefrolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş: Hemorajik sistit mesane mukozasında yaygın ödem ve inlamasyon ile karakterizedir. Enfeksiyöz etkenler (bakteriler, virüsler, parazitler), ilaçlar, toksinler, radyasyon ve çeşitli hastalıklara sekonder gelişebilir. Bakteriyel etkenler sık görülse de kanıtlanması zordur.

Amaç: Hemorajik sistit tanısı alan olguların değerlendirilmesidir.

Yöntem: İzmir Bakırçay Üniversitesi Çiğli Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefrolojisi bölümünde, son 1 yılda makroskobik hematüri ile başvurarak hemorajik sistit tanısı alan ve idrar kültüründe bakteri üremesi olan olgular çalışmaya dahil edildi. Olguların cinsiyetleri, başvuru yaşları, bilinen ürolojik hastalık öyküsü varlığı, üretilen bakteriyolojik etkenler ve mesane barsak disfonksiyonu açısından bulguları kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 52 hastanın 41'i kız hasta idi. Başvuru yaşı 127 (38-214) ay idi. Olguların 8 tanesi 5 yaş altında olup, kalan 44'ü 5 yaş üzerinde idi. Tüm olguların başvuruda makroskobik hematürisi mevcuttu. 37 hastada karın ağrısı, 14 hastada dizüri, 1 hastada ise idrar kaçırma eşlik etmekteydi. Hiçbir hastanın başvuru anında ateşi yoktu. Hastaların tamamının akut faz reaktanları negatif idi. Başvuru anındaki idrar bakılarında 2 hastada nitrit pozitif idi. Olgulara ampirik olarak sefalosporin grubu antibiyotik başlanmış olup, ilk dozdan 24saat sonra 47 hastanın idrar renginin normale döndüğü, 72saat sonunda 52hastanın idrarında hematüri ya da piyüri olmadığı gözlendi. İdrar kültürlerinde 47 hastanın E.coli, kalan 5 hastada ise E.faecalis üremesi olduğu görüldü. 6'sı erkek olmak 7 hasta ürolojik anomali (5 hasta unilateral düşük dereceli vezikoüreteral reflü, 1 hasta opere üreterosel, 1 hasta ise atrofik böbrek) nedenli takipli idi. 5 yaşüstü 44 hastanın beslenme alışkanlıkları sorgulandığında tüm olguların aburcubur tüketiminin olduğu, 26 tanesinin hergün tükettiği; bu 26hastanın da konstipe olduğu, 6tanesinin ise kabızlık nedeniyle tedavi aldığı öğrenildi. Olguların mesane barsak semptom skorları 17 (9-25) idi. 44 hastanın 38'inde idrar tutma olduğu belirlendi.

Sonuç: Hemorajik sistit tanısı alan olguların mutlaka mesane barsak disfonksiyonu açısından değerlendirilmelidir. Altta yatan ürolojik hastalık mutlaka ekarte edilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Enfeksiyon, Makroskobik hematüri, Hemorajik sistit

SS87

13-16 YAŞ GRUBU ÇOCUKLARDA KAN BASINCI FENOTİPLERİNİN ZAMANLA DEĞİŞİMİ

Cemaliye BAŞARAN, Belde KASAP DEMİR

İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, Bayraklı, Türkiye

Giriş: Amerikan Pediatri Akademisi tarafınca 2017 yılında hazırlanan kılavuzda ofis kan basıncı değerlendirilmesinde 13 yaş üzeri çocuklarda erişkin eşik değerlerinin kullanılmaya başlanması ile ofis hipertansiyon saptanma oranı artmıştır. Yine bu yaş grubu çocuklarda 2022 yılındaki kılavuzda yaşam içi kan basıncı ölçümünün değerlendirilmesinde de persantil eğrileri yerine erişkin eşik değerlerin kullanılmasıyla ambulatuar hipertansiyon saptanma oranı artmıştır.

Amaç:13-16 yaş arasındaki çocukların yaşam içi kan basıncı ölçümlerinin değerlendirilmesinde erişkin eşik değerlerinin kullanılmasıyla ortaya çıkan kan basıncı fenotiplerindeki değişiklikleri saptamayı amaçladık.

Yöntem: Bu çalışmaya 2022-2024 yılları arasında Çocuk Nefroloji Polikliniğine hipertansiyon ön tanısıyla sevkedilen ve yaşam içi kan basıncı ölçümü yapılan çocuklar alınmış olup obez hastalar ve kronik hastalığı bulunan çocuklar çalışma dışı bırakılmıştır. Ofis hipertansiyonu için 2004, 2016 ve 2017 de farklı kılavuzlar, ABPM için ise 2002, 2014, 2016 ve 2022 de farklı kılavuzlar önerilmiştir. Her bir hastanın kan basıncı fenotipi bu kılavuzların kombinasyonlarına göre tekrar değerlendirilmiştir.

Bulgular: Toplam 197 hasta dahil edilmiştir. Çalışmaya ilişkin sonuçlar tabloda belirtilmiştir.

Sonuç: Yıllar içerisinde değişen kılavuzlarla birlikte hastaların normal kan basıncından maskeli hipertansiyon kategorisine, beyaz önlük hipertansiyondan ambulatuar hipertansiyon grubuna kayma gösterdiği saptandı. Böylece son kılavuzların kullanılması hipertansiyon konusunda daha hassas karar verilmesini sağlayacaktır.

Anahtar Kelimeler: Ofis Kan Basıncı, Yaşam İçi Kan Basıncı, Kan Basıncı Fenotipi

SS88

ÇOCUK ACİL POLİKLİNİĞİNE BAŞVURAN HASTALARIN BAŞVURU VE İZLEMLERİNDE STRES HİPERGLİSEMİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aslan Ali KIRGIN[1], **Yüksel YAŞARTEKİN**[2], Ayşe Derya BULUŞ[2], Uğur Ufuk IŞIN[3]

[1]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim ve Araşltırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Türkiye
[2]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Eğitim ve Araşltırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi, Ankara, Türkiye
[3]Ankara Atatürk Sanatoryum Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara, Türkiye

Amaç: Bu çalışmanın amacı, çocuk acil servisine başvuran stres hiperglisemili (SH) hastaların demografik ve klinik özelliklerini incelemek ve SH'li hastaların takibinde diyabet gelişip gelişmediğini araştırmaktır.

Gereç ve Yöntem: 2017-2022 yılları arasında Çocuk Acil Servise başvuran, 1ay -18 yaşları arasında kan glukoz seviyesi 200 mg/dl üzerinde olan hastaların kayıtları retrospektif olarak incelendi. Diyabet tanısı veya öyküsü olan hastalar çalışmadan dışlandı. Yaş, cinsiyet, beyaz küre sayısı (WBC), C reaktif protein (CRP), pH, laktat seviyesi, hastaneye yatış oranları ve Çocuk Acil Servisteki tanıları ile ilgili veriler kaydedildi. Hastaların takiplerinde diyabet gelişimi açısından insülin, C-peptid ve HbA1c seviyeleri incelendi. Tüm analizlerde p değeri 0,05'in altındaki değerlerde anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Son beş yıl içerisinde acil servise başvuran 818 hastada SH izlenmişti. Hastaların median yaşı 22 aydı (1-214 ay). Hastaların %51,2'sinin yaşı 1-23 ay arasındaydı. Hastaların %57,2'si erkek, %42,9'u kadın idi. Çalışmada erkek/kadın oranı 1,3/1 idi. SH hastalarının acil serviste aldığı en sık tanılar alt solunum yolu enfeksiyonu (%59,5), tonsillit (%11,1) ve akut gastroenteritti (%10,5). Hastaların median glukoz seviyesi 232 mg/dl (201-438 mg/dl) idi. Hastaların %9,3'ünün kan glukoz seviyesi 300 mg/dl üzerindeydi. SH hastalarının %15,7'si hastaneye yatişi yapılmıştır. Takipleri sırasında HbA1c tetkiki olan (n=45) hastaların hiçbirinde HbA1c seviyesi %5,5'in üzerinde değildi. Acil serviste salbutamol (p=0,013) veya kortikosteroid (p=0,004) alan hastaların kan glukoz seviyesi daha yüksek, sıvı tedavisi alan (p=0,001) alan hastaların ise daha düşüktü. Hastaneye yatışı verilen ve verilmeyen hastaların kan glukoz seviyesi benzer düzeydeydi (233 mg/dl & 227 mg/dl, p=0,536). ROC analizinde, CRP (p<0,001), WBC (p<0,001) ve yaş (p<0,001) yatış oranında belirleyici iken, kan glukoz seviyesi (p=0,548) belirleyici değildi.

Sonuç: Çocuk Acil Serviste değerlendirilen hastalarda SH sık izlenen bir bulgudur. SH izlenen çocuklarla ilgili bulgularımız, SH'nin diyabet gelişim riskini artırmadığına işaret etmekteydi.

Anahtar Kelimeler: Çocuk, Diyabet, Stres Hiperglisemi

SS89

KONJENİTAL BATIN ÖN DUVAR DEFEKTLERİ: 3 YILLIK TEK MERKEZ DENEYİMİ

Hüseyin ŞİMŞEK, Mustafa AKÇALI

Mersin Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimler Fakültesi Tıp Fakültesi, Yenidoğan, Mersin, Türkiye

Giriş: Konjenital batın ön duvarı defektleri nadir görülen, benzersiz anatomik yapıları ile birbirinden ayrılan konjenital yapısal anomalilerdir. Omfalosel, batın orta hattında yer alan ve üzeri bir membran ile kaplı karın duvarı defektidir. Omfalosel kesesinin içinde sıklıkla ince barsaklar ile beraber karaciğer bulunur; daha nadiren mesane, dalak, mide, uterus ve overler de bulunabilir. Gastroşizis, umbilikal kordun sağında, rektus kaslarının korunduğu, yarık şeklinde bir defektten karın içi organlarının protrüze olmasıdır.

Amaç: Konjenital batın ön duvar defektlerinin ve eşlik eden anomalilerin erken saptanması, bebeklerin doğumdan sonra yatırılarak izleminin ve bakımlarının erken başlanması prognozu etkilemektedir. 2 yıllık süre içinde yenidoğan yoğun bakım ünitemizde takip edilmiş batın ön duvarı defekti tanılı olguların canlı doğumlar içindeki sıklığını, prenatal tanı oranlarını, demografik ve klinik verilerini incelemektir.

Yöntem: Hastanemiz Yoğun Bakım Ünitesinde Ocak 2021 ile Aralık 2023 tarihleri arasında batın ön duvarı defekti tanısı ile yatırılarak izlenen 18 hastanın demografik ve klinik verileri, retrospektif olarak hasta dosyalarından oluşturulan form alınarak incelendi

Bulgular: Bu çalışmaya alınan 18 bebeğin 16 tanesi hastanemizde doğmuştu, 2 bebek il dışından acil servisimize 112 vasıtasıyla sınırdan gelen bebekti. Çalışma süresince hastanemizde toplam 32650 canlı doğum gerçekleşmişti. Buna göre batın ön duvarı defekti görülme sıklığı 1000 canlı doğumda 0.5 saptandı. On sekiz hastanın 10'unde (%55.5) omfalosel, 5'inde (%27,7) gastroşizis, 3'ünde (%16,6) umblikal kord hernisi saptandı. Olguların birinci dakika ortanca APGAR skoru 6 (3-8), 5. dakika APGAR skoru 8 (5-9) idi. 7 hastaya doğum sonrası resüsitasyon uygulanmıştı. Hastaların ortalama doğum ağırlığı 2758±827 (1200-3900) gram. Olguların yalnızca 4'ünde (%22,2) , prenatal tanı ve antenatal takip mevcuttu. Prenatal tanı konulma zamanı ortanca 29 gebelik haftasıydı (22-32). Toplam mortalite oranı %26.1 idi. Olgularımızın 6'sında (%26,1) konjenital kalp hastalığı,10'unda (%43,5) ek konjenital anomali vardı.

Sonuç: Antenatal takip ve 3.-4. düzey yenidoğan yoğun bakım ünitelerinin olduğu merkezlerde doğum yaptırılmasının sağlanması, mortalite ve morbiditeyi azaltmada etkili olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gastroşizis, Omfalosel, Yenioğan

SS92

DOWN SENDROMLU OLGULARIN KLİNİK VE LABORATUVAR ÖZELLİKLERİNİN İZLEMİNDE ANAHTAR NOKTALAR

Gökcen KARAMIK, Zeynep DONBALOĞLU

Antalya Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik Hastalıkları Bölümü, Antalya, Türkiye

Giriş: Toplumda entellektüel yetersizliğin en sık görülen kromozomal nedeni olan Down sendromu, 21.kromozomun tamamının veya bir kısmının trizomisinden kaynaklanır. Sıklığı yaklaşık 1/800 canlı doğumdur. Çeşitli anomalilerin sendroma eşlik etmesi, bazı ek hastalıkların riskinin artmış olması nedeniyle hastaların, çocuk hekimleri başta olmak üzere multidisipliner takibinin yapılması gerekmektedir.

Amaç: Bu çalışmada Down sendromu tanılı olguların demografik bilgileri, prenatal, postnatal dönem takipleri, klinik ve laboratuvar özelliklerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmaya Ağustos 2023-Temmuz 2024 tarihleri arasında Çocuk Genetik Polikliniği'ne başvurup genetik tanısı doğrulanmış 20 Down sendromu tanılı olgu dahil edildi.

Bulgular: Yaş ortalaması 1,9 yıl (1 gün-11 yaş) olan 20 olgunun 11'i (%55) kızdı. Annelerin gebelik yaş ortalaması 34±6,8 yıl olup; %60'ı ileri anne yaş gebeliğiydi. Annelerin %10'unda ek hastalık öyküsü mevcuttu. Olguların %65'inde prenatal dönem tarama testlerinde yükseklik ve/veya ultrason bulgusu mevcuttu ancak %15'i prenatal tanı almıştı. %95'i Regüler grup Trizomi 21'di. %40'ı preterm doğumdu, doğum ağırlıkları ortalaması 2,66±0,67 kg'dı. Yenidoğan yoğunbakım ünitesinde ortalama yatış süreleri 19,8±21,1 gündü. Down sendromu büyüme eğrilerine göre değerlendirildiğinde (Zemel); vücut ağırlığı standart deviasyon skoru (SDS) ortalama -0,62±1,35, boy SDS -0,63±1,76 ve baş çevresi SDS -1,09±1,78'di. Olguların en az %60'ının bir ek hastalığı ve konjenital anomalisi bulunmaktaydı. %30'unda operasyon gerektirecek konjenital kalp hastalığı öyküsü mevcuttu (en sık VSD, ASD nedenli). İnmemiş testis ve anal atrezi en sık görülen anomalilerdendi (%10, %10). %25'inde abdomen ultrason bulgusu vardı (hidronefroz, hepatosteatoz, safra çamuru). %10'unda görme anomalisi vardı (katarakt, nistagmus). %40'ı hipotiroidi nedeni ile Levotiroksin tedavisi almaktaydı. Ortalama tiroid stimulan hormon ve serbest tetraiodotironin düzeyleri 5,35±2,83 Mu/ml ve 1,38±1,08 ng/dl'ydi. En az %50'sinde nutrisyonel eksiklik vardı ve ek hastalıklarına bağlı ilaç kullanımları mevcuttu.

Sonuç: Down sendromlu olgularda büyümenin takibi, olası ek anomalilerin ve morbidite nedenlerinin erken dönemde tespit edilip tedavi edilmesi; yaş ve gelişim basamaklarına göre düzenli izlem yapılması önem arz etmektedir. Bu yaklaşım, olguların sağlık durumlarının optimize edilmesine ve yaşam kalitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır.

Anahtar Kelimeler: Down sendromu, Trizomi 21, Hipotiroidi, Ventriküler septal defekt

SS93

ÇOCUKLUK ÇAĞI İNFLAMATUVAR BAĞIRSAK HASTALIĞINDA GENETİK MUTASYONLAR VE ÖNEMİ

Gözde ÇELİKSÖZ[1], Serenay ÇETİNOĞLU[1], İlksen DEMİR[1], Celal ÖZKAYA[1], Betül AKSOY[1], Sinem KAHVECİ[1], Berk ÖZYILMAZ[2], Özgür KIRBIYIK[2], Yeliz ÇAĞAN APPAK[1], Maşallah BARAN[1]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye

Giriş: İnflamatuvar bağırsak hastalığı (İBH), genetik yatkınlık taşıyan bireylerde çevresel etmenlerle birlikte immün mekanizmaların disregülasyonu sonucu oluşan bağırsağın kronik, inflamatuvar bir hastalığıdır. Pediatrik İBH insidansında yıllar içerisinde artma ve tanı mediyan yaşta azalma olduğu görülmektedir. İBH'nin en yaygın formu, genetik faktörlerin klinik özelliklerin ve komplikasyonların gelişimi üzerinde etkili olabildiği poligenik formudur. İBH'nin monogenik formları ise erken başlangıçlı, konvansiyonel tedavilere dirençli, şiddetli bir seyir ile karakterize bir hastalık grubu olarak tanımlanmaktadır. Bu nedenle çocuklarda İBH'de genetik nedenlerin belirlenmesi hastalık yönetimi ve tedavi uygulamaları açısından önemlidir.

Amaç: Çalışmamızda İBH olgularımızın genetik özelliklerini klinik verileri ile beraber değerlendirmeyi amaçladık.
Yöntem: Çocuk gastroenteroloji kliniğimizde İBH tanısı ile izlediğimiz hastalarımızdan Yeni Nesil Dizileme yöntemi ile gen dizi analizi yapılan hastalar çalışmaya dahil edildi. Saptanan genetik mutasyonlar hastaların klinik bulguları eşliğinde değerlendirildi.

Bulgular: İBH tanısı ile izlediğimiz 249 hastanın 136'sında (%54) gen dizi analizi yapıldığı görüldü. Gen dizi analizi yapılanların da 102'sinde (%91) patojenik varyant saptanmadı, 23 hastada (%9) ise genetik mutasyon belirlendi. Bu hastaların 21'inde MEFV geninde homozigot ve heterozigot mutasyonlar saptandı (Şekil1). İki hastada NOD 2 geninde mutasyon olup, bir hastada IL10 heterozigot, M694V homozigot ve R202Q heterozigot mutasyon birlikteliği görüldü. Bir hastada ise sadece IL-10 mutasyonu heterozigot saptandı. Çok erken başlangıçlı İBH olan bir hastamızda yapılan tüm ekzom dizilemede NFAT5 ve RECQL4 heterozigot mutasyon tespit edildi ve immün disregülasyon lehine değerlendirildi.

Sonuç: İnflamatuvar bağırsak hastalığı ile ailesel Akdeniz ateşi (AAA) birlikteliği mevcuttur ve AAA tedavisinin İBH tedavi etkinliğini arttırdığı bilinmektedir. Özellikle çok erken başlangıçlı İBH olan hastalarda monogenik İBH açısından genetik değerlendirme önemlidir. İBH'deki genetik ve klinik değerlendirmenin birlikte yapılması hastalık yönetiminde tedavi ve izlem açısından oldukça faydalıdır.

Anahtar Kelimeler: inflamatuvar bağırsak hastalığı, genetik, ailesel akdeniz ateşi, MEFV

SS94

EOZİNOFİLİK ÖZOFAJİT TANILI ÇOCUKLARDA İNHALAN ALERJEN DUYARLILIĞININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Celal ÖZKAYA[1], Kardelen AKIN[2], Betül AKSOY[2], Sanem EREN AKARCAN[3], Yeliz ÇAĞAN APPAK[4], Tuğba TUNCEL[3], Maşallah BARAN[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji Ve Beslenme Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji Ve Beslenme Kliniği, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Alerji Ve İmmünoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji Ve Beslenme Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: Son yıllarda çocuklarda prevelansı giderek artan eozinofilik özofajit, klinik olarak kusma, yutma güçlüğü ve yutarken takılma gibi özofageal disfonksiyonla ilişkili semptomlarla karakterize kronik antijen aracılı bir hastalıktır. Besin ve inhalan allerjenlere karşı ani, IgE aracılı ve IgE aracılı olmayan reaksiyonların bir kombinasyonunun hastalığın patogenezine katkıda bulunduğu düşünülmektedir. Kesin tanı endoskopik özofagus biyopsilerinde histopatolojik olarak bir büyütme alanında en az 15 ve daha fazla eozinofil görülmesi ile konulur. Tedavisinde sık görülen besin alerjenlerine yönelik diyet eleminasyonu kullanılabilmektedir.

Amaç: Çalışmamızın amacı eozinofilik özofajit olan çocuklarda etiyolojide inhalan alerjen duyarlılığının ve inhalan alerjenlerle ilişkili diğer alerjik hastalıkların değerlendirilmesidir.

Yöntem: Bu çalışmaya kliniğimizde son 5 yılda eozinofilik özofajit tanısı ile izlenen 37 hasta dahil edildi. Hastaların demografik verileri, laboratuvar bulguları, deri testi sonuçları ve ek alerjik hastalıkları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 29 (%78,4) hasta erkekti. Hastaların tanı yaş ortalaması 8.4±3.6 idi. Deri prick testi hastaların %54'üne (n=20) yapılmıştı. Yirmialtı (%69) hastada besin spesifik IgE pozitifliği ve/veya deri prick testinde herhangi bir besin duyarlılığı pozitif saptandı. Dokuz (%24) hastada inhalan alerjen duyarlılığı saptandı. Dört (%10,8) hastada ise hem besin hem de inhalan alerjen duyarlılığı mevcuttu.

Deri prick testinde inhalan alerjenlere duyarlılığı olanlar ve olmayanların tanı aldığı mevsimler tablo 1'de gösterilmiştir.

	İnhalan alerjen duyarlılığı olanlar n (%)	İnhalan alerjen duyarlılığı olmayanlar n (%)	
Ek alerjik hastalık varlığı	6 (66)	13 (46)	p=0,44
Ailede alerjik hastalık öyküsü	2 (22)	9 (32)	
İnhaler tedavi ihtiyacı	6 (66)	10 (35)	p=0,13
Kan Eozinofil sayısı (Ortalama)(/µL)	603	405	p=0,55
Tanı yaşı (Ortalama)(yıl)	9±2.6	8.3±3.9	p=0,15
IgE düzeyleri (Ortanca)(UI/ml)	195	126	p=0,35
Dokudaki eozinofil sayısı (Ortalama)(/hbb)	41	32	p=0,82

İnhalan alerjen duyarlılığı olan ve olamayan hastaların klinik ve laboratuvar özellikleri tablo 2'de gösterilmiştir.

İnhalan alerjenlere duyarlılık	Kış	İlkbahar	Yaz	Sonbahar	Toplam
Var n (%)	2 (22)	3 (34)	2 (22)	2(22)	9
Yok n (%)	7 (25)	8 (28)	7 (25)	6 (22)	28
Toplam	9 (24)	11 (30)	9 (24)	8 (22)	37

Sonuç: Bu çalışmada eozinofilik özofajitli çocuklarda besin alerjen duyarlılığı olduğu gibi inhalan alerjen duyarlılığı da olduğu gösterilmiştir. Özellikle besin eliminasyon tedavisine yanıt vermeyen hastalarda inhalan alerjen duyarlılığı olabileceği akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır. İnhalan alerjen duyarlılığı olan hastaların klinik özellik ve yanıtlarının değerlendirilebilmesi için daha geniş çaplı prospektif çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Eozinofilik özofajit, inhalan alerjen duyarlılığı, besin alerjen duyarlılığı

SS95

PRİMER İMMÜN YETMEZLİK TANILI HASTALARIN KLİNİK BAŞVURU ŞEKİLLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ: TEK MERKEZ DENEYİMİ

İdil AKAY HACI, İlke TAŞKIRDI

İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bölümü, İzmir, Türkiye

Giriş: Primer immün yetmezlikler, immün sistemin değişik komponentlerinin gelişim ve fonksiyonlarını etkileyen defektler sonucu ortaya çıkan, heterojen, kalıtsal bir hastalık grubudur. Olgular tekrarlayan, fırsatçı enfeksiyonlar dışında otoimmünite, otoinflamasyon, lenfoproliferasyon, alerji ve malignite bulguları ile başvurabilmektedir.

Amaç: Çalışmanın amacı, primer immün yetmezlik (PİY) hastalarımızın başvuru şekillerini ve izlemlerinde görülen tabloları ortaya koyarak hastalığın değişken klinik prezentasyonuna dikkat çekmektir. Yöntem: Kliniğimizde 2023-2024 yılları arasında izlenen ve yeni tanı alan primer immün yetmezlikli toplam 49 hastanın kayıtları retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Hastalarımızın %53,1'i (n=26) kız olup semptomlarının başladığı ortanca yaş 15,0 (7,5-36,0) ay, tanı konulma yaşı 38,0 (15,0-73,5) ay ve semptomların başlangıcından tanı konulana kadar geçen süre 17,0 (5,2-39,0) ay idi. Başvuru sebepleri sırasıyla; %51'inde (n=25) tekrarlayan üst solunum yolu enfeksiyonu, %24,5'inde (n=12) pnömoni, %32,6'sında (n=16) hışıltı/astım, %26,5'inde (n=13) rinit, %12,2'sinde (n=6) büyüme geriliği, %8,2'sinde (n=4) besin alerjisi, %8,2'sinde (n=4) atopik dermatit, %6,1'inde (n=3) cilt bulguları (telenjiektazi/eritema multiforme/derin cilt absesi), %6,1'inde (n=3) PFAPA/artrit/artralji, %4,1'inde (n=2) ilaç alerjisi, %4,1'inde (n=2) malignite, %4,1'inde (n=2) kronik ishal/erken başlangıçlı inflamatuar bağırsak hastalığı, %4,1'inde (n=2) persistan viral enfeksiyon (yaygın varicella, EBV), %2'sinde (n=1) persistan oral mukozit/ülser, %2'sinde (n=1) kronik İTP/bisitopeni idi. Olguların %85,7'si antikor eksiklikleri, %6,1'i immündisregülasyon, %4,1'i hücresel ve humoral immüniteyi etkileyen immün yetmezlikler, %2'si sendromik özelliklerle ilişkili kombine immün yetmezlikler ve %2'si otoinflamatuar bozukluklar grubundaydı. Hastaların %16,8'inin ebeveynleri arasında akraba evliliği mevcuttu. İzlemde hastaların %10,2'sinde CMV enfeksiyonu gelişti, %38,8'ine immünglobulin replasman tedavisi verildi, %4,1'ine hematopoetik kök hücre nakli uygulandı.

Sonuç: Enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz komplikasyonlara yatkınlığın arttığı PİY'lerin içinde en sık gördüğümüz grup antikor eksiklikleri, en sık başvuru nedeni solunum yolu enfeksiyonlarıdır. Ayrıca alerji, özellikle erken başlangıçlı inflamatuar bağırsak hastalıkları, romatizmal hastalıklar, rekurren veya tedaviye dirençli EBV/CMV enfeksiyonları, otoimmün sitopeniler, malignite, telenjiektazi gibi bulguların varlığı da PİY tanısı için ipucu olabilir. Uygun tedavilerin hızlıca başlanması, komplikasyonların azaltılabilmesi için immün yetmezliklerin ayırıcı tanıda düşünülmesi ve erken dönemde immünolojik değerlendirmenin yapılması önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: Primer immün yetmezlik, antikor eksikliği, enfeksiyon, çocukluk çağı

SS96

ÇOCUKLARDA KOLELITIAZIS OLGULARININ İNCELENMESİ; TEK MERKEZ 6 YILLIK DENEYİM

Hilal KOYUNCU[1], Ayşe OFLU[2], Ayşe GÜNGÖR[2], Ayşegül BÜKÜLMEZ[3]

[1]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniveristesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Gastroenteroloji Ana Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Afyonkarahisar, Türkiye
[2]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniveristesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar, Türkiye
[3]Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniveristesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniveristesi Tıp fakültesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Afyonkarahisar, Türkiye

Amaç: Kolelitiazisli çocukların demografik ve klinik özellikleri, risk faktörleri, komplikasyonları ve tedaviye cevaplarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Materyal-Metod: Çalışmaya merkezimizde 2017-2023 yılları arasında kolelitiazis tanısı alan 0-18 yaş aralığında çocuklar dahil edildi. Olguların yaş, cinsiyet, antopometrik ölçümleri, başvuru yakınması, laboratuvar ve görüntüleme bulguları kaydedildi. Yaş grupları infant (0-2 yaş), çocuk (2-11 yaş) ve adölesan (11 yaş ve üzeri) olarak belirlendi. Tedavi ve takip süresi kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 65 hastanın yaş ortalaması 10.8(±5.3) ve %55,4(36)'ü kız idi. Olguların%20(13)'sinin infant, %12.3(8)'ünün çocuk, %67.7(44)'sinin, adölesan olduğu tespit edildi. Başvuruda en sık yakınmanın karın ağrısı %60(39) idi. Olguların %33.8'i idiopatik kabul edildi. Obezite en sık (%26.2) belirlenebilen neden olup adölesan yaş grubunda; ilaç kullanımı ikinci en sık(%20) neden olup infant yaş grubunda anlamlı olarak yüksek idi($p<0.005$). Olguların %69,2(45)'si semptomatik, %15.3(10)'ü asemptomatik, %15.3(10)'ü komplike idi. Komplike olguların 5'i kolesistit, 4'ü koledokolitiazis(2 olgu eş zamanlı akut bilier pankreatit) ve 1'i kolestaz idi. Asemptomatik olguların laboratuvar bulgularının normal olduğu saptandı. Tedavide 54(%83.1) hastaya ursodeoksikolikasit (UDKA) (15-20 mg/kg/gün), 8 hastaya kolesistektomi, 3 hastaya ERCP uygulandığı tespit edildi. Takip süresi ortalama 9,2±6.7(min-max:3-28) ay olup UDKA tedavi süresi ortalama 5.6(±3.8) ay idi.

Sonuç: Yaş arttıkça kolelitiazis sıklığında artış olduğu; adölesan dönemde obezitenin, infant dönemde seftriakson kullanımı önemli risk faktörlerindendir. Adölesan dönemde komplikasyon riskinin artmakta ve cerrahi tedavi çok geciktirilmemelidir. Tartışmalı olan UDKA tedavisinin semptomatik hastalarda da kullanılabileceği söylenebilir.

Anahtar Kelimeler: Kolelitiazis, Obezite, Adölesan, Çocuk, Risk faktörü

SS97

ÇOCUKLUK ÇAĞI OBEZİTESİNDE YAŞAM STİLİ DAVRANIŞLARININ COVID-19 ÖNCESİ, KAPANMA DÖNEMİ VE POST-COVID DÖNEMİNDE KARŞILAŞTIRILMASI

Jülide Gülizar YILDIRIM[1], Irmak TUNA[1], Bumin Nuri DÜNDAR[2], **Hakan BİRİNCİ**[3]

[1]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş-Amaç: Çağımızda Covid-19 gibi bulaşıcı hastalıklar yaşam şeklini değiştirdiğinden çocukluk çağında obezitenin artışına neden olarak yaşam şekillerinin değişmesinde önemli bir etkisi olmuştur. Bu çalışma, covid-19 öncesi, covid-19 kapanma dönemi ve post-covid-19 dönemde çocukluk çağı obezitesinde yaşam stili davranışlarının karşılaştırılması amacıyla yürütüldü.

Gereç-Yöntem: Vaka kontrol türünde yürütülen araştırmanın örneklemini İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Çocuk Endokrinoloji Polikliniğine Covid-19 dönemi öncesi herhangi bir nedenle çocuk endokrin polikliniğine sevk edilen ve herhangi bir ilaç tedavisi başlanmayan 256 normal kilolu (n=126), fazla kilolu ve obez (n=130) çocuklar oluşturdu. Veriler Uluk ve Yıldırım (2020) tarafından geçerlik güvenirlik çalışması yapılan Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi, antropometrik ölçümler ve laboratuvar verileri ile toplandı.

Bulgular: Çocukların yaş ortalaması 10.72 ±2.66 (dağılım, 6-15 yıl) idi. Covid-19 kapanma dönemi persentil ortalaması 77.93±2.45 (dağılım, 30->95th) kilo, VKİ (vücut kütle indeksi) ve persentil açısından ise benzer olmadığı saptandı ($p<0.05$). Covid-19 kapanma dönemi sırasında tüm çocukların "Yaşam Stili Davranışları Kontrol Listesi" puanları (54,22±14,17) arttı. Fazla kilolu-obez çocukların ve normal kilolu çocukların BKİ değerleri önemli ölçüde arttı ($p<0.005$). Tüm çocukların post-covid-19 dönem, kapanma dönemi ve post-covid dönem ileri varyans karşılaştırmalarında yaşam stili davranışları kontrol listesi puan ortalaması, percentil ortalamaları, HOMAIR, insülin, açısından istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptandı ($p<0.05$). Bu anlamlılık fazla kilolu ve obez grupta biraz daha fazla iken normal kilolu grupta fazla bir değişim olmadı.

Sonuç: Covid-19 döneminde çalışmaya alınan tüm çocukların VKİ ve persentil değerlerinde artış saptandı. Covid-19 dönemi hem fazla kilolu-obez çocukların hem de normal kilolu çocukların yaşam stili davranışlarında önemli değişimlere neden olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: obezite, çocukluk dönemi, bulaşıcı hastalık, pandemi

SS98

ANORMAL UTERIN KANAMA TANILI ADOLESAN OLGULARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Niyazi Onur ŞAPCI[1], **Sevim ONGUNER**[2], Berna EROĞLU FİLİBELİ[2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İKÇÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrin ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Giriş-Amaç: Adölesanlarda anormal uterin kanama (AUK) sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Çalışmamızda, hastanemiz Çocuk Endokrinoloji Kliniği ve Polikliniğinde takip edilen AUK tanılı adolesanların bulguları değerlendirilmiştir.

Gereç-Yöntem: Çalışmamız retrospektif ve prospektif karşılaştırmalı tanımlayıcı bir araştırmadır. Çalışmaya Çocuk Endokrinoloji Polikliniğimize Kasım 2017 ve Eylül 2022 tarihleri arasında başvuran 10-18 yaş arası AUK tanılı 98 hasta dahil edildi. Puberte prekoks tanısı almış olgular çalışma dışı bırakıldı. Olguların demografik, antropometrik ve klinik özellikleri, fizik muayene bulguları, labaratuvar verileri, etiyolojileri, hastaneye yatış oranları, tedavileri, şiddetli menstüriyel kanamalı adolesanların hemoglobin (Hb) değerine göre kanama şiddetini etkileyen faktörler hastane kayıtları üzerinden değerlendirildi.

Bulgular: Ortalama yaşı 14.1± 1.9 yıl, ortalama menarş yaşı 12.1±1.1 yıl olan şiddetli menstrüel kanamalı 69 olgunun %29'unda hafif şiddetli kanama, %18.8'inde orta şiddetli kanama, %52.2'sinde ağır şiddetli kanama saptandı.3 grup karşılaştırıldığında yaş, ağırlık SDS, boy SDS, menarş yaşı, toplam menstrüasyon süresi, günlük ped kullanım sayısı ortalaması arasında fark saptanmadı. Öyküde fazla miktarda kanama ve sık kanama şikayetleri ile kanama şiddeti arasında; ağır kanama şiddeti ile menarştan itibaren düzensiz kanama şikayeti arasında anlamlı fark tespit edildi. Kanama etiyolojisi incelendiğinde %75.4'ünde anovulatuar kanama (AK),%17.4'ünde polikistik over sendromu(PKOS), %7.2'sinde kanama diyatezi saptandı. Etiyolojide kanama diyatezi veya anovulatuar kanama olması ağır şiddetli kanama ile ilişkili iken PKOS hafif şiddetli kanama ile ilişkili bulundu. Hastaneye yatan 23 hastanın %91.3'unde ağır, %8.6'sında hafif şiddetli kanama tespit edildi. Yatırılan hastaların %52.1'inde transfüzyon ihtiyacı mevcuttu. Oral kontraseptif(OKS) ve demir tedavisi reçete edilmesi ile ağır şiddetli kanama arasında anlamlı düzeyde fark bulundu.

Sonuç: Anovulatuar kanama, AUK'un en sık nedenidir. Kullanılan ped sayısı, kanama şiddetini belirlemede yetersizdir. Aile öyküsünde PKOS olması, PKOS tanısı ve kanama şiddetini belirlemede önemli olabilir. Kanama diyatezli olgularda şiddetli menstrüel kanama menarş ile başladığından, menarş ile başlamayan, ileri dönemde görülen şiddetli menstrüel kanamalarda kanama diyatezi düşünülmemelidir. Kanama diyatezi saptanan olgularda, menarş öncesi öykü olmaması kanama diyatezi tanısını dışlamak için yeterli bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: Adölesan, Anovulatuar Kanama, Anormal Uterin Kanama, Kanama Diyatezi, Şiddetli Menstürial Kanama

SS99

SANTRAL HIPOTIROIDI TANILI HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Berna SİNGİN, Ebru BARSAL ÇETİNER, **Hale ÜNVER TUHAN**

Akdeniz Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Santral hipotiroidizm, tiroid bezinde anatomik ve işlevsel olarak bir sorun olmamasına rağmen, hipotalamus veya hipofizdeki bozukluğa bağlı olarak tirotropin salgılatıcı hormon (TRH) ve tiroid uyarıcı hormon (TSH) salınımının veya biyoaktivitesinin yetersiz olması nedeniyle tiroid hormonlarının salınımının bozulması olarak tanımlanır. Konjenital veya edinsel olabilir.

Gereç-Yöntem: 2022-2023 yılları arasında Akdeniz Üniversitesi Çocuk Endokrinoloji Kliniğinde santral hipotiroidi tanılı 43 olgu değerlendirildi. Olguların klinik özellikleri, etiyolojileri, başvuru şikâyetleri, takip süreleri, eşlik eden hastalıkları, tedavi durumu ve laboratuvar parametreleri incelendi.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen 43 olgunun 23'ü erkek (%53,5), 20'si kızdı (%46,5). Olguların ortalama başvuru yaşı 6,37 ± 4,69, takip süresi 5,51 ± 3,15 yıldı. Ortalama başvuru boy SDS -1,82 ± 2,01, vücut ağırlığı SDS -1,34 ± 2,02, VKİ SDS -0,37 ± 1,65 saptandı. Etiyolojide farklı nedenler bulunmaktaydı. Olguların 13'ünde (%30,2) konjenital, 8'inde (%18,6) iyatrojenik, 7'sinde iskemik nekroz (%16,3), 2'sinde (%4,7) hipotalamik-hipofiz tümörü, 13'ünde (%30,2) idiyopatik nedenler mevcuttu. 30'u (%69,8) doktor yönlendirmesiyle, 6'sı (%14) boy kısalığıyla, 1'i (%2,3) mikropenis ile başvurmuştu. Başvuruda medyan TSH 1,92 (2,56) uIU/mL, serbest tiroksin (sT4) 0,75 ± 0,18 pmol/L, son başvuruda medyan TSH 0,7 (1,06) uIU/mL, sT4 1,06 ± 0,25 pmol/L, levotiroksin dozu 1,12 (1,23) mcg/kg/g saptandı. Olguların 20'sine (%46,5) büyüme hormonu eksikliği, 13'üne (%30,2) sekonder adrenal yetmezlik, 7'sine (%16,3) hipogonadizm, 5'ine (%11,6) diabetes insipidus, 4'üne (%9,3) prolaktin yüksekliği eşlik ediyordu. 27'si (%62,8) pubertal, 16'sı (%37,2) prepubertaldi. Olguların başvuru ve son başvuru TSH düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı azalma mevcuttu ($p<0,05$). Başvuru ve son başvuru sT4 düzeyleri karşılaştırıldığında anlamlı artış mevcuttu ($p<0,05$). Başvuru ve son başvuru boy, vücut ağırlığı ve VKİ SDS değerleri karşılaştırıldığında ise anlamlı fark görülmedi ($p>0,05$). Etiyolojiye göre hastalar konjenital ve diğer nedenler olarak karşılaştırıldı (Tablo 1). Hastalar izole santral hipotiroidi ve ek hipofizer yetmezliği olanlar olarak karşılaştırıldı (Tablo 2).

Tartışma ve sonuç: Çalışmamızda santral hipotiroidi tanılı hastaların etiyolojisindeki çeşitlilik ve eşlik eden hastalıklar değerlendirildi. Santral hipotiroidi, konjenital ya da edinsel olarak birçok nedene bağlı olarak gelişebilir ve yaşamı tehdit eden önemli bir sorundur. Tanı konulduğunda, eşlik edebilecek diğer hastalıklar açısından araştırılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Santral hipotiroidi, Konjenital santral hipotiroidizm, Edinsel santral hipotiroidizm

SS100

İDİOPATİK BÜYÜME HORMONU EKSİKLİĞİ OLAN OLGULARDA REKOMBİNANT BÜYÜME HORMONU TEDAVİSİNİN SONUÇLARI: FİNAL BOY VE İLİŞKİLİ FAKTÖRLER

Zeynep DONBALOĞLU, **Kürşat ÇETİN**, Hale TUHAN, Mesut PARLAK

Akdeniz Üniversitesi Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi Bilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Büyüme hormonu eksikliğinde rekombinant büyüme hormonu tedavisi (rhGH) yaygın olarak kullanılmaktadır.

Amaç: İdiopatik büyüme hormonu eksikliği tanısı almış olguların tedavi sonrası final boylarını ve final boyun klinik ve laboratuvar özelliklerle ilişkisini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: Final boya ulaşan 41 olgunun verileri incelendi. 2 olguda SGA, 1 olguda prematüre, 2 olguda çoklu hormon eksikliği, 2 olguda turner sendromu, 4 olguda diğer kronik hastalık/sendrom olması nedeniyle çalışmaya dahil edilmedi. 30 olgunun verileri analiz edildi

Bulgular: Katılımcıların %33'ü kızdı. Ortalama doğum ağırlığı 3140 gram olup, ilk başvuru yaşları ortalama 10,3 yıl, rhGH tedavi başlangıç yaşı ise ortalama 12,4 yıldı. Tedavi başlangıcında ortalama boy standart sapma skoru (SDS) -3,2 idi. Tedavinin ilk yılındaki uzama hızı ortalama 9 cm ve uzama hızı SDS 1,1'di. Tedavi sonunda, final boy ortalama 160 cm ve final boy SDS -1,8'di. Final boy kızlarda 151,7 ± 5,5 cm, erkeklerde 163,7 ± 3,3 cm iken, final boy SDS kızlarda -1,8 (0,9) ve erkeklerde -1,8 (0,5) olarak benzerdi (p=0,871). Final boy ile doğum ağırlığı arasında anlamlı pozitif korelasyon bulundu (P=0,001; R=0,726). Final boy SDS ile tedavi başlangıç boy arasında anlamlı ilişki saptandı (P=0,041; R=0,419). Tedavi başlangıcı öngörülen erişkin boy (ÖEB) ile final boy arasında güçlü bir pozitif ilişki bulundu (P<0,001; R=0,782). ÖEB SDS ile final boy SDS arasında da anlamlı korelasyon gözlendi (P=0,021; R=0,468). Ayrıca, final boy ile hedef boy arasında ve final boy ile tedavinin 1. yılı uzama hızı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu (P<0,001; R=0,615 ve P=0,049; R=0,406).

Sonuç: Bu sonuçlar, rhGH tedavisinin boy SDS ine olumlu etkisini göstermekte, ancak hala normalin altında bir final boy ile sonuçlandığını göstermektedir. rhGH tedavisinin final boy üzerindeki etkileri, doğum ağırlığı, tedaviye başlanılan boy, ÖEB ve hedef boy gibi faktörlerle ilişkili bulunmuş olup, tedavi sürecinde bu faktörlerin dikkate alınmasının olguların klinik izleminde fayda sağlayacağı görüşündeyiz.

Anahtar Kelimeler: İdiopatik büyüme hormonu eksikliği, rekombinant büyüme hormonu tedavisi, final boy, büyüme hızı, doğum ağırlığı

SS101

OSTEOGENESIS İMPERFEKTA TANISI ALAN OLGULARIN KLİNİK, GENETİK ÖZELLİKLERİNİN VE BIFOSFONAT TEDAVİSİ YANITININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Mutluhan YİĞİTASLAN[1], **Gülümay VURAL TOPAKTAŞ**[2], Berna EROĞLU FİLİBELİ[2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Bayraklı Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Amaç: Osteogenezis imperfekta (Oİ) tekrarlayan kemik kırıkları ile karakterize genetik bir bağ doku hastalığıdır. Günümüzde en etkin tedavi bifosfonatlardır. Çalışmamızda çocuk endokrinoloji kliniğimizde takip edilen Oİ hastalarının klinik özelliklerinin, genetik nedenlerinin ve bifosfanat tedavisine yanıtlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Gereç-Yöntem: Kliniğimizde Oİ nedeniyle bifosfonat tedavisi alan 29 hasta çalışmaya dahil edildi. Olguların klinik, genetik özellikleri ve bifosfonatların tedavideki etkinliği araştırıldı. Tedavi yanıtı açısından; tedavi öncesi ve sonrasında 1 yıl aralıklar ile vücut ağırlığı, boyu, DEXA (Dual Energy X-Ray Absorptiometry) skoru, kırık sayıları ve biyokimyasal parametreleri değerlendirildi.

Bulgular: 29 hastanın 17'si (%58,6) kız, 12'si (%41,4) erkekti ve tanı yaş ortalaması 4,79 ± 4,84 idi. Hastaların 9'unun akraba evliliği öyküsü vardı. Olguların 21'inde genetik mutasyon tanımlanmış olup bu mutasyonlar COL1A1, COL1A2 VE FKBP10 genlerinde idi. Tedavi öncesi kırık sayısı 1,53±1,28 /yıl iken 0,62±0,32/yıl'a gerilediği saptandı. Tedavi öncesi DEXA z-skoru SDS'si ile tedavinin birinci yılında önemli artış saptandı (p:,00) fakat devam eden yıllarda artış anlamlı değildi (p>0,05). Tedaviyle alkalen fosfataz değerlerinde anlamlı düşme görülürken (p:,00) diğer biyokimyasal parametrelerde (Kalsiyum, fosfor, parathormon, 25-OH vitamin D) anlamlı değişiklik görülmedi (p>0,05).

Sonuç: Oİ tedavisinde en etkili seçenek olmaya devam eden bifosfanatlar kemik mineral yoğunluğu artışı sağlayarak önemli yan etkiler oluşturmadan kırık sayısında azalma sağlamaktadırlar. Ancak etkin tedavi süresi ve tedavi kesimi sonrası izlem hakkında literatürde daha fazla çalışmaya gereksinim bulunmaktadır.

Anahtar Kelimeler: bifosfonat, çocuk, kırık, osteogenezis imperfecta

SS102

ERKEN DÖNEMDE TANI ALAN HİPERGLİSEMİ OLGUSU

Hakan BİRİNCİ[1], Sevim ONGUNER[1], Taha Reşid ÖZDEMİR[2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Amaç: Fanconi Bickel Sendromu SLCA2 genindeki mutasyonlara ikincil görülen otozomal resesif geçişli metabolik hastalıktır. Hastalar tipik olarak bebeklik döneminde kusma, büyüme geriliği ve refrakter raşitizm ile başvururlar.

Olgu: 40 günlük hasta yenidoğan yoğunbakım takipleri esnasında hiperglisemisi olması sebebiyle tarafımıza yönlendirildi. 42 gh 3400 gr(0.05 SDS)doğan hasta postnatal 28.gün hırıltı şikayetiyle başvuru sonrası bronkopnomoni öntanısıyla özel hastanede yenidoğan yoğunbakıma yatırılmış.Ampisilin, Klaritromisin, Ventolin ve pulmicort nebül tedavisi verilmiş.TPN başlanmış. Yatışının 3. gününde kan şekeri yüksekliği olmuş. Aralıklı olarak insülin infüzyonu verilmiş. 5. gününde full enteral beslenen hastada tekrar kan şekeri yüksekliği saptanmış (250mg/dl).Hiperglisemik iken alınan tetkiklerinde Kortizol: 1.9 ug/dL, C-peptid: 0.31 µg/L, ACTH: 18.4 ng/L olarak gelmiş. Anne, Baba arasında birinci derece kuzen evliliği var. 3.5 yaşında sağlıklı ablası var. Annede Gestasyonel Diyabet, 1 tane abortus öyküsü var. Antenatal steroid kullanım öyküsü yok. Dedede Tip 1 DM Babaanne Tip 2 DM öyküsü var. Hastanın boyu 56 cm (0.67 SDS),kilosu 4200 gr (-0.44 SDS),VKİ 13.39 kg/m² (-1.18 SDS), baş çevresi 38 cm (0.23 SDS)olarak saptandı.Tiroid non-palpabl.Karaciğer kot altı 4 cm palpabl olarak saptandı. Hastanın alınan tetkiklerinde Glukoz 212 mg/dl, AST:173 U/L, ALT: 69U/L, AlP:1831 U/L, C peptit: 0.81 µg/L, Ca:10.1 mg/dl, P:3 mg/dl, Albumin: 40 g/L, GGT: 285 U/L, PTH: 30.3 ng/L, 25 OH D vit: 24.4 µg/L olarak saptandı. TİT de +4 glukoz,+ protein olarak saptandı.Tubuler Fosfat Reabsorbsiyonu %54 olarak hesaplandı.Hasta Neonatal Diabetes Mellitus ön tanısıyla servise interne edildi.Kan şekeri takibine başlandı. Hastaya 0.5 Ü tek doz Levemir başlandı. Kan şekeri takiplerinde en yüksek 232 mg/dl değeri mevcut. Hastada Anti GAD ve Anti insülin negatif olarak saptandı. HBA1C: 4.7 olarak saptandı. Hastamızda kan şekeri yüksekliği, KCFT yüksekliği, Fosfor düşüklüğü, ALP yüksekliği mevcut.Ön tanıda Neonatal DM nedenlerinden olan Fanconi Bickel Sendromu düşünüldü.Yeni Nesil Dizileme yöntemi ile yapılan gen analizinde SLC2A2 geninde NM_ 000340.2.c. 482dup(p. Gly 162Argfs Ter 17)(Ekzon4) Homozigot varyant saptanmistir.

Sonuç: Fanconi Bickel Sendromu Neonatal Diabetesin nedenlerinden biridir. Sıklıkla yaşamın 6.ayından sonra tanı alır. Vakamız 40 günlük olması nedeniyle erken tanı alması nedeniyle önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: Neonatal Diabet, Fanconi Bickel, Hiperglisemi, Yenidoğan Hiperglisemisi

SS103

TÜRKİYE'DE ŞURUP VE DAMLA FORMUNDA BULUNAN DEMİR PREPARATLARININ PROSPEKTÜSLERININ OKUNABİLİRLİK DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Duygu ÇALIŞKAN, Özden AKSU SAYMAN

Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Pediatri Anabilim Dalı, Antalya, Türkiye

Giriş: Dünyada en sık görülen besinsel anemi türlerinden biri demir eksikliği anemisidir (DEA) (1). Ülkemizde çocukluk yaş grubunda yapılan çeşitli araştırmalarda DEA sıklığı %15,2 ile %62,5 arasında bildirilmiştir. Bakanlığımız tarafından "Demir Gibi Türkiye Programı" kapsamında bebek ve gebelere demir desteği sağlanmaktadır. Ancak, demir eksikliği tedavisi ve demir profilaksisi sırasında yan etkilere bağlı uyum sorunları sıkça gözlenmektedir. Türkçe metinler için Ateşman ve Bezirci–Yılmaz tarafından geliştirilenler olmak üzere başlıca 2 okunabilirlik formülü mevcuttur (3,4). Bu çalışmada da bu formüller kullanılmıştır.

Amaç: Bu çalışmada, Sağlık Bakanlığı tarafından ödeme kapsamındaki +2 ve +3 değerlikli demir şuruplarının prospektüslerinin okunabilirlik düzeyini saptamayı amaçladık.

Yöntem: Sağlık Bakanlığı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (https://www.titck.gov.tr/kubkt) sitesinden demir preparatlarının listesine ve prospektüslerine ulaşıldı. Türkçe metinler için Ateşman ve Bezirci–Yılmaz tarafından geliştirilen okunabilirlik formülleri kullanıldı. Ateşman okunabilirlik formülü ile prospektüslerin okunabilirlik puanları hesaplandı. Elde edilen puan ile metnin hangi eğitim seviyesine göre okunabilir olduğu tespit edildi.

Bulgular: Çalışmamızda 15 adet demir preparatı değerlendirilmiştir. Bunlardan 2'si (%13) +2 değerlikli demir kompleksi içerirken, 13'ü (%87) +3 değerlikli demir kompleksi içermekteydi. Ateşman okunabilirlik formülüyle yapılan değerlendirmede, preparatların prospektüslerinin okunabilirliği için en az ortaöğretim eğitimine başlamış olmanın gerekliliği saptandı. Okunabilirlik Seviyeleri Fe+2 demir kompleksi içeren preparatların hepsinin, 11. veya 12. sınıf düzeyinde eğitim alan biri tarafından okunabileceği saptandı. Fe+3 demir kompleksi içeren preparatların 7'sinin (%53,8) 9. veya 10. sınıf düzeyinde eğitim alan biri tarafından, 6'sının (%46,2) ise 11. veya 12. sınıf düzeyinde eğitim alan biri tarafından okunabileceği saptandı.

Sonuç: Demir ilaç prospektüslerinin okunabilirlik düzeylerinin artırılması, ailelerin tedavilerini anlamalarını kolaylaştırarak endişelerini azaltabilir, tedavi uyumlarını artırabilir ve dolayısıyla çocukların fiziksel ve motor gelişiminin istenen düzeyde olmasını sağlayabilir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri ve ilaç firmaları, prospektüslerin daha anlaşılır hale getirilmesi için çaba göstermelidir.

Anahtar Kelimeler: demir, okunabilirlik, prospektüs

POSTER BİLDİRİLER

POSTER BİLDİRİ PROGRAMLARI

13 Eylül 2024, Cuma
POSTER ALANI
Saat: 12:45-13:45
Poster Bildiri Oturumu 1
Oturum Başkanları: Hicran Altın

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P1	**Nuran Eda ER**, Bayram Ali DORUM, Şefika ELMAS BOZDEMİR, Murat TUTANÇ	Neonatal Tüberküloz Olgu Sunumu
P2	**Hatice Buket ÖZAY**, Emre ÇELİK, Muhammet Furkan KORKMAZ	Çocuklarda Nadir Olarak Görülen Azigos Lob Olgusu
P3	**Hatice Zeynep TERZİ**, Muhammet Furkan KORKMAZ, Arzu OTO	Çocuklarda Ciddi Akut Solunum Yolu Enfeksiyonu Etkeni: Human Bocavirüs
P4	**Sevilay YILMAZ**, Büşra Sultan KİBAR	Karın Ağrısı Şikayeti ile Başvuran Puberte Çağındaki Kızlarda Akılda Tutulması Gereken Bir Tanı: Imperfore Himene Bağlı Gelişen Hematokolpos
P5	**Sümeyye UZKAN**, Muhammed Furkan KORKMAZ, Hakan ALTIN	Konjenital Düzeltilmiş Büyük Arterlerin Transpozisyonu (KD-BAT): Raslantısal Bir Vaka Sunumu
P6	**Muhammed Sinan ULUATA**, Muhammet Furkan KORKMAZ, Sevil YILDIZ, Ümit YILDIRIM	İnatçi Hipoglisemi: Karnitin Palmitoil Transferaz-1A (CPT-1A) Eksikliği Olgu Sunumu
P7	**Adem NADIRLI**, Bayram Ali DORUM, Müjgan ARSLAN, İsmail GÜNGÖR, Meryem ANAYURT	Batıniçi Kitle ile Doğan Hastada Nadir Bir Tanı: Ürogenital Sinüs Malformasyonu
P8	**Gözde ENİŞ**, Rukiye TUNCER, Duygu ÇALIŞKAN, Özden AKSU SAYMAN, Arife USLU GÖKCEOĞLU	Ciddi Hiperkalsemi ile Başvuran Adölesan Hasta
P9	**Sümeye ÖZLEN**, Şefika ELMAS BOZDEMİR, Murat TUTANÇ	Orşit ile Tanı Alan Bir Brusella Olgusu
P10	**Fatma Erva KAYA**, Duygu ÇALIŞKAN	İzole İdiopatik Hemihipertrofili Olgu

13 Eylül 2024, Cuma
POSTER ALANI
Saat: 12:45-13:45
Poster Bildiri Oturumu 2
Oturum Başkanları: Tuğçe Nalbant

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P11	**Muhammed Sinan ULUATA**, Müjgan ARSLAN, Talat SÜRÜCÜ, Feyza KABAR, Neslihan GÖÇET	Edinsel Tortikollisin Nadir Bir Nedeni: Pons Gliomu
P12	**Gülcan KOÇER**, Berfin UYSAL, Hakan ERDOĞAN,	Nefrotik Sendromun Nadir Bir Komplikasyonu Serebral Venöz Tromboz
P13	**Gökçe Elif ALKAŞ KARACA**, Ceren KALINBAÇOĞLU DOĞAN	Süt Çocukluğu Döneminde Afebril Konvülsiyon Kliniği ile Acile Başvuran ve Etyolojik İncelemede Esrar İntoksikasyonu Bulunan Bir Çocuk İhmali Olgusu
P14	**Fatma Erva KAYA**, Arife USLU GÖKCEOĞLU	Nadir Görülen Bir Olgu: Nutcracker Sendromu
P15	**Emine DEĞİRMEN ŞİŞMAN**	Yenidoğan Olgusu: Bartter Sendromu
P16	**Esin BOZOĞLU**, Sema BOZKAYA YILMAZ, Tuba KURT, Murat TUTANÇ,	Distoninin Nadir Ancak Tedavi Edilebilir Bir Nedeni: Segawa Sendromu
P17	**Ümran GENÇ**, Bayram Ali DORUM, Murat TUTANÇ, Serpil SANCAR, İsmet KIRMACI, Fatma ÇINAR	Yüz Güldürücü Bir Konjenital Diyafragma Hernisi: Olgu Sunumu
P18	**Gökçe Elif ALKAŞ KARACA**, Muhammet Ali KARACA	6 Şubat Depremi'nde Göçük Altından Çıkarılmış İki Kardeşin Crush Sendromu ve Travma Sonrası Akut Stres Bozukluğu Belirtilerinin Tedavisi ve Uzun Dönem Takibi
P19	**Küpra ÖKSÜZ**	Ajitasyon ve Santral Apne ile Prezente Olan Tropikamid İntoksikasyonu; Vaka Sunumu
P20	**Sevim ONGUNER**, Gülümay VURAL TOPAKTAŞ, Hakan BİRİNCİ, Tayfun ÇİNLETİ, Selcan KEŞAN, Berna EROĞLU FİLİBELİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Diabetes Mellitus Kliniğiyle Tanı Alan Nadir Görülen RNU4ATAC-İlişkili Hastalık Olgusu

13 Eylül 2024, Cuma
POSTER ALANI
Saat: 12:45-13:45
Poster Bildiri Oturumu 3
Oturum Başkanları: Duygu Çalışkan

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P21	Hicran ALTIN, **Tuğçe SÜMBÜLOĞLU**, Çağla Serpil DOĞAN	Böbrek Apsesi: 3,5 Aylık Kız Hasta
P22	**Fatih TEKİN**, Büşra Sultan KİBAR, Hacer Efnan MELEK AKSOY	Tetani ile Acile Başvuran Hastada Akla Getirilmesi Gereken Bir Tanı: Gitelman Sendromu
P23	**Zeynep Sena PİRİM**, Gülhadiye AVCU, Zümrüt ŞAHBUDAK BAL, Coşkun EKEMEN	Adölesanda Zenker Divertikülüne Sekonder Özafagus Apsesi Olgu Sunumu
P24	***BİLDİRİ SUNULMAMIŞTIR***	
P25	**Leyla İSMİHAN TÜRKER**, Mahmut KESKİN, Muhammed Burak SELVER	Akut Poststreptokoksik Glomerülonefrit
P26	**Hatice İşrak ÖZTÜRK**, İbrahim Cemal MASLAK	Ciddi Süt Alerjisi Olan Çocukta Kızamık-Kızamıkçık-Kabakulak Aşılaması Sonrası Gelişen Anafilaksi Olgu Sunumu
P27	Ayten ERDOĞAN, Bayram Ali DORUM, Erbu YARCI, Ayşe GÜLSEVER, Salih Çağrı ÇAKIR, Taner ÖZGÜR, **Murat TUTANÇ**	Prematüre Bebeklere Enteral Zeytinyağı Süplemantasyonunun Postnatal Büyüme ve Prematüre Morbiditeleri Üzerine Etkisi: Ön Veriler
P28	**Gonca Gül DALGA**, Mehmet Fatih ORHAN	Shwachman-Diamond Sendromu: Nadir Görülen Bir Konjenital Kemik İliği Yetmezliği Vakası
P29	**Büşra GÖKKADAR**, Mehmet Fatih ORHAN	ITP ve SLE Vaka Bildirisi
P30	**Mervegül EFE**, Ebru YILMAZ KESKİN	Aynı Mutasyon Bulunan Aile Bireylerinde Farklı Herediter Sferositoz Fenotipi

14 Eylül 2024, Cumartesi
POSTER ALANI
Saat: 12:30-13:30
Poster Bildiri Oturumu 4
Oturum Başkanları: Tuba Kasap

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P31	**Ebru SAGAY**, İbrahim Cemal MASLAK	BPİES'te Nadir Bir Tetikleyici: Muz
P32	**Sümeyye GÜNGÖR**	Yenidoğanın Nadir Fizyolojik Döküntüsü: Miliaria Crystallina
P33	**Aygül KAYA AKILLI**, Muhammed ASENA, Sermin ÖZCAN, Gaye NARİN	Maske Yüz Görünümü ile Bilateral Fasiyal Palsi Olgusu
P34	Muhammed Yasin AKÇAKOCA, Hakan BİRİNCİ, **Ayşe YILMAZ**, Bumin Nuri DÜNDAR	Hiperkalsemi Etyolojisinde D vitamini İntoksikasyonu
P35	**Çağla İNCESU**, Gülçin ARSLAN, Tayfun ÇİNLETİ, Bumin Nuri DÜNDAR	Nadir Bir Boy Kısalığı Olgusu: 3M (Miller-McKusick-Malvaux) Sendromu
P36	**Müge NASIRLI**, Gülçin ARSLAN, Filiz HAZAN, Bumin Nuri DÜNDAR	Cilt Lezyonları Gelişen Bir Boy Kısalığı Olgusu: LEOPARD Sendromu
P37	**Müge DEVECİ**, Gülçin ARSLAN, İbrahim ÖZGÜN, Sevim ONGUNER, Bumin Nuri DÜNDAR	Uzun Boy ile Başvuran Fibrilinopati Olgusu
P38	Aybige ÖZKAN, **Ezgi YANGIN ERGON**, Deniz AKÇA, Aslıhan ABBASOĞLU, Melek AKAR	Maternal Penetran Travma Sonrası Fetuste Oluşan Major Tam Kat Kesinin Amniyon Mayi Tarafından Sınırlanması ve Tetiklenen Preterm Doğum Eylemi: Olgu Sunumu
P39	**Gülsüm Elif ÖMER**, Muhammed Mustafa GÜNEYLİOĞLU, Berna AKTÜRK, Hakan Erdoğan	Çocuk Acil Servise Halüsinasyon Görme Şikayetiyle Başvuran Olgu: Datura Stramonium Zehirlenmesi
P40	İlksen DEMİR, Serenay ÇETİNOĞLU, Kardelen AKIN, Halil SAĞIR, **Celal ÖZKAYA**, Şenay ONBAŞI KARABAĞ, Betül AKSOY, Kamer POLATDEMİR, Tuğçe NALBANT, Yeliz ÇAĞAN APPAK, Maşallah BARAN	Sülük Yutma ile Başvuran Çocuk Olgular; Görülebilecek Komplikasyonlar ve Endoskopinin Önemi

14 Eylül 2024, Cumartesi
POSTER ALANI
Saat: 12:30-13:30
Poster Bildiri Oturumu 5
Oturum Başkanları: İlke Taşkırdı

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P41	**Meliha ÇANKAYA**, Mahmut KESKİN	Miyokardit Zemininde Gelişen 3. Derece Av Tam Bloklu Ventriküler Kaçış Ritmi
P42	**Meliha ÇANKAYA**, Kübra BOZTEPE, Mustafa Özgür PİRGON	Nadir Görülen Bir Vaka; İdiopatik İnfantil Hiperkalsemi
P43	**Boğaçhan Murat ÖZKARTAL**, Ebru YILMAZ KESKİN	Klinik Tablo ve Hedefe Yönelik Yeni Nesil Dizileme ile Tani Alan Herediter Sferositoz Olgusu
P44	**İrem ELVER**, Özgür Aylin KOTAN YILDIRIR	Kanama Bozukluğu Olan Hastada Faktör 7 Eksikliği
P45	**Boğaçhan Murat ÖZKARTAL**, Mustafa AKÇAM	Bir Bulantısız Kusma Nedeni: Medullablastom
P46	**Ebru SAGAY**, İbrahim Cemal MASLAK	Bir Lenfadenopati (LAP) Etkeni: M. Tuberculosis
P47	Özden AKSU SAYMAN, **Melih TATLI**	Nadir Görülen Bir Olgu: Süt Çocukluğu Döneminde Denize Girme Sonrası Gelişen Otit ve Selülit
P48	**Merve BAYRAK YILDIRIM**, Ebru YILMAZ KESKİN	Glanzman Trombastenisi Tanılı Hastada Sünnet Operasyonunun Yönetimi
P49	Duygu ÇALIŞKAN, Celil YILMAZ, **Melih TATLI**	Gastrointestinal Semptomlarla Başvuran Çocuğun Nörolojik Bir Gerçeği: Posterior Fossa'da Gizlenen Tehlike

14 Eylül 2024, Cumartesi
POSTER ALANI
Saat: 12:30-13:30
Poster Bildiri Oturumu 6
Oturum Başkanları: Berna Eroğlu Filibeli

BİLDİRİ NO	Yazarlar	Başlık
P50	**Merve BAYRAK YILDIRIM**, İbrahim Cemal MASLAK, Mustafa AKÇAM	Bir Eozinofilik Özefajit Olgusu
P51	**Benay TURAN**, Gülümay VURAL, Hatice Yelda YALÇIN, Özge ÖZER KAYA, Eren ER, Bumin Nuri DÜNDAR	X'e Bağli Hipofosfatemik Rikets (PHEX MUTASYON) : Bir Olgu Sunumu
P52	**Hatice İşrak ÖZTÜRK**, İbrahim Cemal MASLAK	Herpes Menenjiti Sebebiyle Yatışı Olan, Geç Tanı Alan; Kombine İmmün Yetmezlik Olgu Sunumu
P53	**Esra KOÇYİĞİT**, Gözde GÜRPINAR, Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER, Gizem BÖKE KOÇER, Sibel Tuğçe AYGÜN, Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES	Bardet-Bidel Sendromunun Tanı Yolculuğu
P54	**Muhammed Ata İZMİR**, Gülşah KAYA AKSOY, Funda TAYFUN KÜPESİZ, Mustafa KOYUN, Elif ÇOMAK, Sema AKMAN	Pediatrik Böbrek Nakli Alıcısında Dirençli Anemi ile Seyreden Parvovirus B19 Enfeksiyonu
P55	**Beyza URAL KOLUAÇIK**, Bengi DENİZLİOĞLU, Murat ERDAL, Alper KÖKER, Nazan ÜLGEN TEKEREK, Oğuz DURSUN	Elektronik Sigara Kullanımı Sonrası Gelişen Solunum Yetmezliği ve EVALI Olgu Sunumu
P56	**Deniz ÇELİKTAŞ**, Umut ÖKSÜZ, Tuğba GÜRSOY KOCA	Transaminaz Yüksekliği Sonrası Metabolik Hastalık Tanısı Alan Bir Olgu
P57	**Ebru SAGAY**, Mustafa AKÇAM, Çiğdem SİVRİCE	Supraklavikular Lenfadenopati ve All
P58	Hasan YÜKSEL, Özge YILMAZ, Adem YAŞAR, **Harun AYKURT**	Bronşial Karsinoid Tümör Olgusu

P1

NEONATAL TÜBERKÜLOZ OLGU SUNUMU

Nuran Eda ER, Bayram Ali DORUM, Şefika ELMAS BOZDEMİR, Murat TUTANÇ

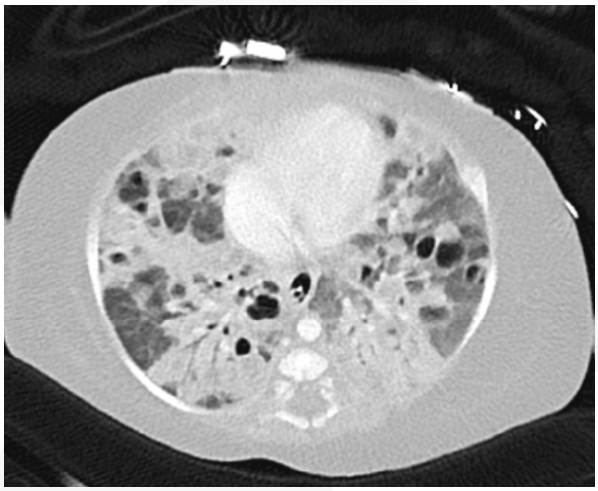
Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: Tüberküloz (TB) nadiren yenidoğan döneminde ortaya çıkar. Sıklıkla TBhastası anne ya da yakın temasta bulunan bir kişiden aerosol yoluyla bulaş sonucu ortaya çıkmaktadır. Bu yazıda prematüre doğum sonrası yenidoğan yoğun bakımdan taburcu edildikten sonra pnömoni tanısı ile yeniden yatışı yapılan ve TB tanısı alan bir bebek sunulmuştur. Pnömoni nedeniyle izlenen anneye de eş zamanlı olarak TB tanısı konmuştur.

Olgu: Olgumuz 23 yaşındaki annenin ilk gebeliğinden, ikiz eşi olarak 31.gestasyonel haftada 1670 gr olarak doğan kız bebek idi. Yirmi altıncı gününde tam enteral beslenen, solunum sıkıntısı olmayan ve aile eğitimi tamamlanan bebek ikiz eşi ile birlikte sağlıklı olarak taburcu edildi. Bebek taburculuktan 18 gün sonra solunum sıkıntısı bulguları ile acil servise başvurdu ve pnömoni tanısıyla tekrar yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Fizik muayenede takipnesi, bilateral ral-ronküs mevcuttu. Laboratuar incelemelerinde ve beyaz küre sayısı 39.220/mm3 idi. CRP değeri 163 mg/L idi. Röntgeninde pnömonik infiltrasyon ve atılmış pamuk manzarası mevcuttu (Resim 1). Hastaya sefotaksim ve vankomisin tedavisi başlandı. İzlemde klinik kötüleşme izlenmesi ile vankomisinin yanına piperasilin tazobaktam başlandı. Ardından meropenem ve siprofloksasin başlandı. Ambizom eklendi. Yatışında nazal solunum desteği ile yatırılan bebek takibinde invaziv (volüm hedefli mekanik ventilasyon) ve ileri ventilasyon (HFO ve iNO) tekniklerine gereksinim duydu. Bu arada annenin doğum sonrası pnömoni nedeniyle tedavi gördüğü öğrenildi. Annenin yapılan toraks tomografisi ve quantiferon testi TB ile uyumlu tespit edildi. Hastamızın toraks tomografisi; nekrotik karakterde mediastinal lenf nodları izlenmekte, her iki akciğer parankim alanlarında yaygın kalın duvarlı multipl kaviter lezyonlar mevcuttur şeklinde raporlandı (Resim 2).TB PCR ve mide sıvısında ARB incelemeri de pozitif saptandı. Bunun üzerine postnatal 60. gününde hastaya dörtlü antitüberküloz tedavi (izoniazid-rifampisin-pirazinamid-streptomisin) başlandı. Ancak anti-TB tedavisinin 7. gününde (postnatal 66. gününde) hasta çoklu organ yetmezliği nedeniyle kaybedildi.



Resim 1. Hastanın yatış akciğer grafisi



Resim 2. Hastanın toraks tomografisi

Tartışma: Kazanılmış neonatal TB lezyonların birinci haftadan sonra başlaması, hepatik primer kompleksin veya kazeöz hepatik granülomun olmaması, annede plasental veya genital TB olmaması gibi özellikleri ile konjenital TB'dan ayrılmaktadır. Belirtiler genellikle yaşamın ikinci veya üçüncü haftasında ortaya çıkar.Tanı dikkatli bir öyküye ve yüksek bir klinik şüpheye dayanır.Annede tüberküloz tanısı doğum sırasında veya hemen sonrasında konulursa bulaş risk yüksektir, oysa tüberküloz, en az 2-3 hafta boyunca uygun şekilde tedavi edilen annelerin bebeklerinde son derece nadirdir.

Sonuç: Yenidoğan tüberkülozu tedavi edilmediği sürece ölümcül bir prognoza sahiptir ve bu nedenle şüpheleniliyorsa mümkün olan en kısa sürede tedaviye başlanmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tüberküloz, Pnömoni, Yenidoğan

P2

ÇOCUKLARDA NADİR OLARAK GÖRÜLEN AZİGOS LOB OLGUSU

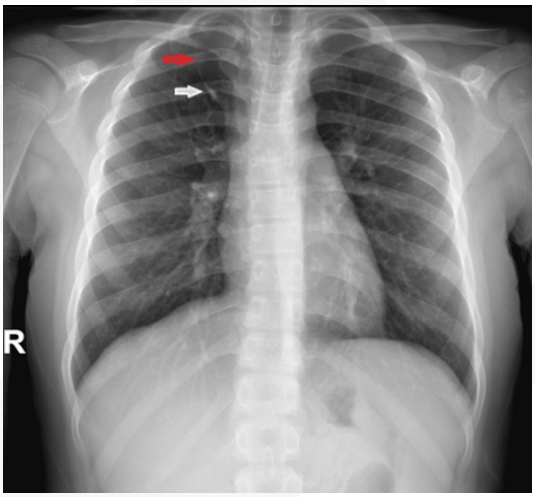
Hatice Buket ÖZAY, Emre ÇELİK, Muhammet Furkan KORKMAZ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

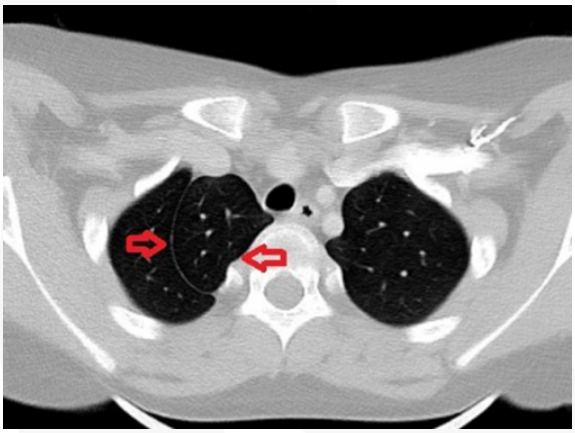
Giriş: İnsan vücudunda sağ akciğerde üç, sol akciğerde ise iki lob bulunur ve bu loblar fissürlerle birbirinden ayrılır. Akciğerdeki gelişim anomalileri sonucunda bazı varyasyonlar ortaya çıkıp ilave fissürler ve loblar görülebilmektedir. Azigos lobu toplumda %0,2-1,2 oranında görülen nadir bir konjenital anomalidir. Bu olgu sunumuyla klinisyenlerin azigos lobunu tanıyıp ayırıcı tanısını yapabilmesine katkı sağlamayı amaçladık.

Olgu: 10 yaşında kız hasta, iki gündür mevcut olan göğüste iğne batma tarzında ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Daha önce benzer yakınması ve bilinen sistemik hastalığı olmayan hastanın soygeçmişinde özellik saptanmadı. Hastanın fizik muayenesinde; genel durumu iyi, bilinci açıktı, vital bulguları stabil idi. Akciğer muayenesinde her iki hemitoraks solunuma eşit katılıyor, solunum sesleri doğaldı ve ral, ronküs yoktu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin: 12,3 g/dl, lökosit: 7.100/mm3, trombosit: 287.000/mm3, CK-MB 1,34 ng/L, Troponin T <3,00 ng/L olarak saptandı. Karaciğer-böbrek fonksiyon testleri normaldi. C-reaktif protein: 3,8 mg/L, prokalsitonin: 0,03 mcg/L idi. Hastanın ekgsinde normal sinüs ritmi mevcuttu. Çekilen akciğer grafisinde sağ üst lobda vertikal çizgi, gözyaşı şeklinde opasite artışı ve üçgen şeklinde bir alan görüldü (Resim 1). Hastaya ayırıcı tanı açısından kontrastlı çekilen toraks bilgisayarlı tomografisinde (BT) sağ akciğer üst lobunun medial kısmında azigos fissürü ile sağ akciğer üst lobunun diğer kısımlarından ayrılan azigos lobu saptandı (Resim 2). Takipler sırasında göğüs ağrısı tamamen düzelen hastanın ağrısının akciğer ve kardiyak bir patolojiye bağlı olduğu düşünülmedi. 2 gün sonra çocuk kardiyoloji poliklinik kontrolüne çağırılarak taburcu edildi. Ekokardiyografisi normal raporlanan hastanın yapılan sistemik muayenesinde herhangi bir patolojiye rastlanmadı.

Sonuç: Azigos lobu oldukça nadir görülen, genellikle tesadüfen saptanan ve asemptomatik seyreden konjenital bir varyasyondur. Herhangi bir tedavi gerektirmese de birlikte olabilecek patolojiler açısından ayırıcı tanının yapılabilmesi ve pnömonik infiltrasyon, kist ve apse formasyonu gösteren akciğer lezyonları gibi bazı hastalık süreçleriyle karıştırılmaması için tanı konulması önem arz etmektedir. Bu yüzden azigos lobunun görüntüleme özelliklerinin anlaşılması önemlidir.



Resim 1. Postero-anterior akciğer grafisi. Üstteki kırmızı ok: Azigos fissür , Alttaki beyaz ok: Azigos veni



Resim 2. Toraks BT de sağ akciğer apikomedial kısmında azigos fissür ve azigos lobu

Anahtar Kelimeler: Çocuk, azigos lobu, anatomik varyasyon, akciğer grafisi

P3

ÇOCUKLARDA CİDDİ AKUT SOLUNUM YOLU ENFEKSİYONU ETKENİ: HUMAN BOCAVİRÜS

Hatice Zeynep TERZİ, Muhammet Furkan KORKMAZ, Arzu OTO

Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: Akut alt solunum yolu enfeksiyonları (ASYE), çocuklarda hastaneye yatışın ve mortalitenin önde gelen sebeplerindendir. Bilinen patojenlerin yanında gelişen teknoloji ile yeni solunum yolu patojenleri de saptanmaktadır. Bunlardan biri olan Human Bocavirüsün (HBoV) solunumsal patojen olarak rolü tam olarak aydınlatılamamıştır fakat özellikle ASYE vakalarının bir kısmından sorumlu olduğu düşünülmektedir (1,2) . HBoV ateş, öksürük, nefes darlığı, soğuk algınlığı, rinit, ishal ve kusma gibi klinik semptomlarla seyredebilir (3). Son yıllarda, özellikle 5 yaşın altındaki ASYE olgularında izole edilme sıklığı giderek artmıştır. Bu bildiri ile kliniğimiz ve çocuk yoğun bakımımızda ASYE sebebiyle takip ettiğimiz, akrabalık ilişkisi olan ve solunum yolu viral panelinde HBoV Polimeraz Zincir Reaksiyonu (PZR) pozitifliği bulunan iki vakayı sunmayı amaçladık.

Olgu: Üç yaşında erkek hasta ani başlayan solunum sıkıntısı, öksürük ve hırıltı nedeniyle acil servisimize başvurdu. Daha önce benzer yakınması, bilinen sistemik hastalığı ve alerji öyküsü olmayan hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde genel durum orta, ajite olan hastanın takipnesi ve oksijen satürasyonlarında düşüklük mevcut olması üzerine yoğun bakıma alındı. Akciğer seslerinde oskültasyon ile bilateral ronküsler ve ekspiryum uzunluğu mevcuttu. Kan gazında pH: 7,14 pO2: 22,5 mmHg pCo 2: 68 mmHg hco 3 : 23 mmol/L mmol/L saptanan hastanın alınan laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin: 13 gr/dl, lökosit: 11.860/mm3, karaciğer-böbrek fonksiyon testleri normal, C-reaktif protein: 16 mg/L olan hastanın çekilen ön-arka akciğer grafisinde viral ASYE ile uyumlu tutulumları mevcuttu (Resim 1). ASYE tanısı ile çocuk yoğun bakıma yatışı yapılan hasta yakın takibe alındı. Bu sırada gün içerisinde vakanın kuzen düzeyinde akrabalık ilişkisi olan 3 yaşındaki çocuk hastanın başka bir ilde çocuk yoğun bakımda izleme alındığı, yine akrabalık ilişkisi olan bir diğer çocuğun ise çocuk acil servisimize getirileceği öğrenildi. Konservatif destek tedavileri ile birlikte yüksek akımlı nazal oksijen tedavisi ile üç gün izlenen hasta, sonrasında nazal oksijen desteği ile iki gün daha yoğun bakımda takip edildi. Yoğun bakımı yatışında alınan solunum viral panelinde HBoV PCR pozitifliği saptanan hasta, serviste bir gün daha oksijen desteği olmadan takip edildikten sonra taburcu edildi.

Sonuç: Son yıllarda tanımlanan bir parvovirüs türevi olan HBoV akut alt solunum yolu enfeksiyonlarında artan sıklıkla izole edilmektedir (4). Olgularımızda temas sonrası ciddi solunum yetmezliği gelişmesi ve başka bir patojen izole edilememesi, HBoV'ün yoğun bakım yatışı gerektirecek agresiflikte ASYE nedeni olabileceğini göstermektedir. Şiddetli viral ASYE vakalarında HBoV göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: bocavirüs, çocuk, yoğun bakım

P4

KARIN AĞRISI ŞİKAYETİ İLE BAŞVURAN PUBERTE ÇAĞINDAKİ KIZLARDA AKILDA TUTULMASI GEREKEN BİR TANI: IMPERFORE HIMENE BAĞLI GELİŞEN HEMATOKOLPOS

Sevilay YILMAZ, Büşra Sultan KİBAR

Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Sakarya, Türkiye

Amaç: Karın ağrısı şikayeti ile başvuran puberte çağındaki kızlarda imperfore himene sekonder gelişen hematokolpos ayırıcı tanıda akla getirilmelidir.

Olgu Sunumu: On bir yaşında kız hasta, karın ağrısı şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Hastanın öyküsünde karın ağrısının son iki aydır aralıklı olarak devam ettiği, ishal, kabızlık, kusma, ateş gibi şikayetlerin eşlik etmediği öğrenildi. Hastanın acilde yapılan muayenesinde; batın rahat, alt kadranda hassasiyet mevcut, defans rebound yoktu. Hastanın sistemik muayenesinde; meme büyümesi, aksiller ve pubik kıllanması mevcut fakat henüz adet görmemişti. Yapılan pelvik ultrasonunda, vajinada 85x135 mm yoğun içerikli hematokolpos ile uyumlu sıvı görüldü. Kadın hastalıkları ve doğum bölümüne konsülte edilen hastanın inspeksiyonda vajende mavi-mor refle, imperfore himen izlendi. Hastaya sedoaneljezi altında himenektomi yapıldı. İmperfore himene kesi yapıldı yoğun içerikli hemorajik mayinin boşaldığı gözlendi.

Tartışma: İmperfore himen en sık görülen kadın genital sistem malformasyonudur. Sıklıkla sporadik olarak görülmektedir. Hematokolpos tanısı genellikle adolesan dönemde adet görmeme, karın ağrısı, kabızlık, idrar kaçırma şikayeti ile başvuran hastalarda fizik muayene ve radyolojik görüntüleme ile tanı almaktadır. Menstruasyon döneminde meydana gelen fizyolojik siklus kanı vajende birikmeye başlar ve tekrarlayan menstruasyon atakları ile de kan dışarı boşalamadığından geriye doğru birikir ve kitle etkisi yaparak klinik bulgulara neden olmaktadır. Genital muayenede himen tam kapalı, dışa doğru bombeleşmiş haldedir ve içerisinde bulunan kana bağlı mavi-mor refle verir. Tedavisinde himenotomi, himenektomi veya himen koruyucu cerrahi kullanılır.

Sonuç: Sekonder seks karakterleri gelişmesine rağmen menarşın başlamaması ile birlikte siklik pelvik ağrıların olması en sık görülen başvuru şeklidir. En sık karşılaşılan yakınma karın ağrısı olsa da hematokolposun büyüklüğüne bağlı olarak komşu doku ve organlara bası yapması sonucu dizüri, sık idrara çıkma, idrar kaçırma gibi yakınmalar görülebilir. Eğer üretra ve üreterlere fazla bası olursa hidronefroz gibi bulgular da tespit edilebilir. Komşu organlardan rektuma bası ve ağrı nedeniyle konstipasyon şikayeti de görülebilmektedir. Bu şikayetler ile başvuran primer amenoreik adölesanlarda imperfore himene sekonder gelişen hematokolpos olasılığı göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: İmperfore himen, Hematokolpos, Primer amenore, Karın ağrısı

P5

KONJENITAL DÜZELTİLMİŞ BÜYÜK ARTERLERİN TRANSPOZİSYONU (KD-BAT): RASLANTISAL BİR VAKA SUNUMU

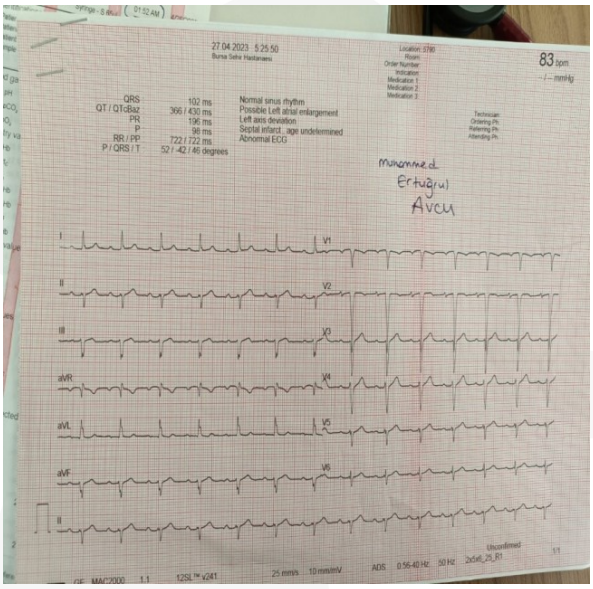
Sümeyye UZKAN, Muhammed Furkan KORKMAZ, Hakan ALTIN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Saglıgı Hastalıkları, Bursa, Türkiye

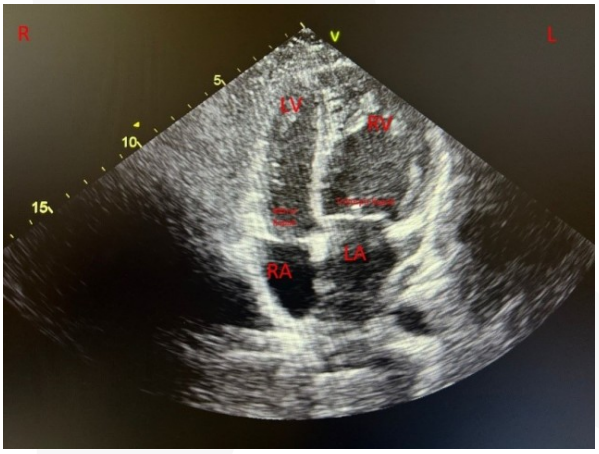
Giriş: Konjenital olarak düzeltilmiş büyük arter transpozisyonu (KD-BAT) nadir görülen konjenital kalp malformasyonudur. Prevalansı 1,000 canlı doğumda 0,03 olup konjenital kalp malformasyonlarının yaklaşık %0.05'ini oluşturur. 1Biz bu çalışmada, suicid girişimi sonrası insidental olarak KD-BAT tanısı alan 17 yaşında olguyu raporladık.

Olgu Sunumu: 17 yaşındaki erkek hasta suicid amacıyla Ketiapin 25 mg'lık tabletlerden 60 adet içmesi üzerine hastanemiz acil servisine başvurdu. Tansiyon 125/70 mmhg, nabız 75/dk-ritmikti. Bilincinde hafif bulanıklık dışında fizik muayenesinde patolojik bulgu saptanmadı. Glaskow koma skoru 13 idi. Kardiyovasküler sistem muayenesinde mezokardiyak odakta 1-2. derece üfürüm tespit edildi. Alınan laboratuvar tetkiklerinde; hemoglobin 15,8 g/dl, lökosit 6620/mm3, ck 384 ıu/l, ck-mb 0,91ng/ml, troponin-t 24,6 ng/ml ve karaciger- böbrek fonksiyon testleri ile koagülasyon parametreleri normaldi. Monitörize olarak takiplerine devam edilen hastaya hidrasyon tedavisi düzenlenip izleme alındı. Hastanın elektrokardiyogramında (EKG) sağ prekordiyal deviasyonlarda (V1-V2) Q dalgası varlığıyla sol prekordiyal deviasyonlarda (V5-V6) normalde olması gereken Q dalgası'nın yokluğu tespit edildi (Resim 1). Ketiapin'in olası kardiyak etkileri nedeniyle kardiyoloji konsültasyonu yapılan hastanın ekokardiyografisinde (EKO) sağ tarafta sistemik venöz akım-sağ atriyum-morfolojik sol ventrikül-pulmoner arter çıkışı, sol tarafta pulmoner venler-morfolojik sağ ventrikül-aort çıkışı ve hafif derecede triküspit kapak yetmezliği tespit edildi (Resim 2). Hastanın birkaç yıldır eforla erken yorulduğu öğrenildi. Ritim holterde ritim bozukluğu saptanmadı. Hasta yatışının üçüncü gününde olası ritim problemleri açısından çocuk kardiyoloji poliklinik kontrol önerisiyle taburcu edildi.

Tartışma: KD-BAT nadir görülen konjenital kalp hastalığıdır. Konjenital olarak düzeltilmiş büyük arter transpozisyonlu hastalar klinik olarak çocukluk döneminde asemptomatik olmakla beraber bulgular daha çok geç adolesan ve erişkin dönemlerinde ortaya çıkmaktadır.4 Olgular, çekilen EKG'lerde bazı durumlardan şüphenilmesi veya triküspit kapakta yetersizlik üfürümünün duyulması sonrasında tanı almaktadırlar. Adolesan ve erişkin dönemde ise bradikardi (kalp yetmezliğinin eşlik ettiği veya etmediği), komplet AV blok, taşiaritmi, konjestif kalp yetmezliği ile bulgu verebilmektedir. Her hastada farklı kardiyak defekt kombinasyonu gözlenebilmektedir. Bu nedenle her defektin önemi analiz edilmelidir. Gözlenen kusur kombinasyonu da her zaman stabiliteyi açıklayamayabilir.



Resim 1.Hastamızın EKG bulguları; sol aks, sağ prekordiyal deviasyonlarda (V1-V2) Q dalgası varlığı, sol prekordiyal deviasyonlarda (V5-V6) normalde olması gereken Q dalgası yokluğu gözlenmektedir. AV blok saptanmadı.



Resim 2.Hastamızın EKO görüntüsü; solda pulmoner venler-sol atriyum-triküspit kapak-sağ atriyum-aort-sistemik dolaşım gözlenmektedir. Sağda sistemik venöz akım-sağ atriyum-mitral kapak-sol ventrikül-pulmoner arter-akciğerler gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: Ekokardiyografi, büyük damarların konjenital düzeltilmiş transpozisyonu, çocuk

P6

İNATÇI HİPOGLİSEMİ: KARNİTİN PALMİTOİL TRANSFERAZ-1A (CPT-1A) EKSİKLİĞİ OLGU SUNUMU

Muhammed Sinan ULUATA[1], Muhammet Furkan KORKMAZ[1], Sevil YILDIZ[2], Ümit YILDIRIM[3]

[1]S.B.Ü. Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, S.B.Ü. Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]S.B.Ü Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, S.B.Ü. Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Metabolizma Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[3]S.B.Ü. Bursa Tıp Fakültesi Şehir Hastanesi, S.B.Ü. Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: Karnitin Palmitoil Transferaz-1 (CPT-1) eksikliği, nadir görülen ve vücudun açlık süreçlerinde enerji kaynağı olarak yağları kullanamamasına neden olan bir yağ asidi oksidasyon defektidir. Bu yazıda dirençli hipoglisemi ile başvuran ve detaylı tetkikler sonucunda CPT-1A tanısı alan bir çocuk olgu sunulmuştur.

Olgu Sunumu: Bir hafta önce başlayan diyare, ateş, halsizlik şikayetlerine artmış uykuya eğilim ve bilinç bulanıklığı eklenmesi üzerine 1 yaş 4 aylık erkek hasta acil servisimize başvuruyor. Apatik, halsiz, düşkün görünümde gözlenen, kan şekeri 56 mg/dL saptanan hastaya yapılan tetkiklerde hemogram ve kan gazı değerleri normal, akut faz reaktanları negatif saptandı. Biyokimya tetkiklerinde ise karaciğer fonksiyon testlerinde hafif yükseklik saptandı. (AST:179 IU/L , ALT:214 U/L, amonyak:104 µg/dL, trigliserid:80 mg/dL, HDL:39 mg/dL, LDL:9 mg/dL). Takibinde apatisi devam eden hastaya meningoensefalit şüphesi ile lomber ponksiyon (LP) yapıldı. LP sonuçları normal gözlenen hastanın beyin-difüzyon manyetik rezonans ve elektroensefalografi incelemelerinde mevcut durumu açıklayacak bir patoloji saptanmadı. ACTH, kortizol ve büyüme hormonu normal saptanırken insülin ve C-peptid değerleri düşük saptandı. Hipoglisemisi başka nedenler ile açıklanamayan hastaya ayırıcı tanıya yönelik Tandem Mass Spektrometri (Tandem MS), idrarda organik asitler, kan aminoasitleri ve uzun zincirli yağ asitleri analizleri de çalışıldı. Hastanın tetkiklerinde serbest karnitin değeri 343,49 umol/L olarak yüksek saptandı ve hastaya CPT-1A tanısı konuldu.

Tartışma: Karnitin Palmitoil Transferaz-1A hastalığında yağ asidi beta oksidasyonu dolayısıyla keton oluşumu gözlemlenmez ve enerji ihtiyacının arttığı uzamış açlık ve hastalık gibi durumlarda glukoneogenez ile glukoz sağlanamaz ve glukoz tüketimi de arttığından, "hipoketotik hipoglisemi" atakları ortaya çıkar. Hastalığın özel bir tedavisi olmayıp genel yaklaşım uzamış açlığın ortaya çıkmasını engellenmesi, enfeksiyon gibi artmış stres durumlarında kan şekeri regülasyonunun sağlanması, uzun zincirli yağ asitlerinden fakir, orta zincirli yağ asitleri ve nişastadan zengin diyetle beslenmedir. Tedaviye uyum sağlanması durumunda ilerleyen yaşlarda atak sıklığı ve şiddeti azalmaktadır. Tanı almamış veya tedaviye uyum sağlanamayan süreçlerde ise hipoglisemik ataklara bağlı gelişme geriliği, epilepsi nöbetleri, koma ve ölüm gözlemlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Yağ asidi, Lipit, Mitokondriyal Beta Oksidasyon, Karnitin

P8

CİDDİ HİPERKALSEMİ İLE BAŞVURAN ADÖLESAN HASTA

Gözde ENİŞ[1], Rukiye TUNCER[2], Duygu ÇALIŞKAN[1], Özden AKSU SAYMAN[3], Arife USLU GÖKCEOĞLU[4]

[1]Alanya Alkü Tıp Fakultesi, Alkü Tıp Fakultesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alanya/Antalya, Türkiye
[2]Alanya Alkü Eah, Alkü Tıp Fakultesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alanya/Antalya, Türkiye
[3]Alanya Alkü Tıp Fakultesi, Alanya Alkü Tıp Fakultesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Alanya/Antalya, Türkiye
[4]Alanya Alkü Tıp Fakultesi, Alanya Alkü Tıp Fakultesi, Çocuk Nefrolojisi, Alanya/Antalya, Türkiye

Giriş: Çocukluk çağında hiperkalsemi, kalpte aritmi, böbrek yetmezliği, asidoz, hipertansiyon, dehidratasyon ve koma gibi yaşamı tehdit eden etkiler doğurabilir. Hiperkalsemi nedenleri arasında; D vitamini intoksikasyonu, primer hiperparatiroidizm, immobilizasyon, granülamatöz hastalıklar ve malignite sayılabilir. Hiperkalsemi, serum total kalsiyum düzeyinin 10.8 mg/dL üzerine çıkmasıdır. Serum kalsiyumu 12 mg/dL'ye kadar hafif, 12-14 mg/dL arası orta, 14 mg/dL üzerinde ise ciddi hiperkalsemi olarak sınıflandırılmaktadır. Ciddi hiperkalsemi ile başvuran bir olgu sunularak hiperkalsemi etyolojisi ve tedavi yaklaşımının gözden geçirilmesi amaçlandı.

Olgu: 14 yaşında kız hasta kusma, halsizlik, iştahsızlık yakınması ile ALKÜ Eğitim ve Araştırma Hastanesi Acil servisine başvurdu. Başvuru anındaki fizik muayenesinde Ateş:36.7°C, KTA:101/dk, kan basıncı 100/70 mm/Hg, SpO2: %98 saptandı. Genel durumu orta, sol memede kitle mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri doğaldı. Tam kan sayımında lökosit 11000/mm3, hemoglobin 13.5g/dl, trombosit 316000/mm3 idi. Biyokimya tetkiklerinde serum kalsiyumu 23mg/dL, üre 47mg/dL, kreatinin:0.4mg/dl idi. Kan gazında pH:7.43, HCO3:28 idi. Tam idrar tetkiki normaldi. EKG normal sinüs ritmi ve QTC:0.43 idi. Hastanın anamnezinde memede kitle nedeni ile operasyon planlandığı öğrenildi. Hastada ciddi hiperkalsemi olması nedeni ile 2500 cc/m2' den hidrasyon ve furosemid tedavisi başlandı. İzlemde serum kalsiyumu 17.4 mg/dL olması nedeni ile steroid tedavisi uygulandı. Hiperkalsemi yapan nedenler için gönderilen PTH ve D vitamini düzeyleri düşük saptandı (PTH 7.9ng/L, 25-OH-D vit düzeyi 3.37 ng/ml.) Hastada hiperkalsiüri mevcuttu (spot idrar kalsiyum/kreatinin: 2.4mg/mg) Üriner sistem ultrasonografisinde nefrokalsinozis ve/veya nefrolitiyazise ait görünüm saptanmadı. İzlemde mayi ve furosemid tedavisi ile serum kalsiyumu 10.1 mg/dL olarak seyretti. Hastanın meme kitlesinin patolojik değerlendirme sonucu dev juvenil fibroadenom ile uyumlu idi.

Sonuç: Hiperkalsemi ile başvuran hastalarda malignansi ayırıcı tanıda düşünülmelidir. Hiperkalsemi tedavisinin ana ilkeleri dehidratasyonu düzeltmek, kalsiyumun renal ekskresyonunu artırmak, artmış kemik rezorpsiyonunu inhibe etmek ve altta yatan hastalığı tedavi etmektir. Ciddi hiperkalsemi tanısı alan bu olgumuzda hidrasyon, diüretik ve glukokortikoid tedavisi ile serum kalsiyumu normale gerilemiştir.

Anahtar Kelimeler: ciddi hiperkalsemi, dev juvenil fibroadenom

P9

ORŞİT İLE TANI ALAN BİR BRUSELLA OLGUSU

Sümeye ÖZLEN[1], Şefika ELMAS BOZDEMİR[2], Murat TUTANÇ[2]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, İstanbul Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: Brusella en sık görülen zoonotik hastalıklardan biridir. Bruselloz pek çok organı ve sistemi tutabilen heterojen klinik spektruma sahip sistemik bir enfeksiyon hastalığıdır. Bu vakada orşit ile başvuran ve uzun süreli ateş, eklem ağrısı nedeniyle ileri tetkik edilip brusella tanısı alan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 16 yaşında hayvancılıkla uğraşan erkek hasta on gün önce başlayan ateş, skrotumda ve inguinalde ağrı, idrar kaçırma şikayetiyle acile başvurdu. Bilinen ek hastalığı olmayan hastada fizik muayenede sağ testiste kızarıklık ve şişlik saptandı ve Kremaster refleksi alınamadı. Laboratuvar tetkiklerinde WBC:8800 mm3, platelet 242000 mm3, ALT 21 U/L, AST 23 U/L, CRP:114 mg/L olarak sonuçlanan hastanın skrotal USG'de testis ve epididim kanlanması artmış ve epididimorşit ile uyumlu olarak yorumlandı. Üç aydır ara ara eklem ağrıları ve ateş şikayetleri de olması üzerine çocuk enfeksiyon polikliniğine yönlendirilen hastada brusella düşünülerek istenen Rose Bengal testi pozitif, brusella aglütinasyon testi 1/5120 titrede pozitif bulundu. Epididimoorşit düşünülerek başlanan seftriakson ve gentamisin tedavilerine doksisiklin ve rifampisin eklendi. Takibinde kan kültüründe brusella melitensis üremesi oldu. Tedavinin 5. gününde sağ dirsekte artrit gelişen hastanın manyetik rezonans görüntülemede (MRG) ödem saptandı, brusella artriti olarak değerlendirildi. Altı haftalık tedavi planlanan hastaya 12 gün serviste gentamisin, rifampisin ve doksisiklin tedavileri verildi. Kliniği gerileyen hasta ardışık tedavisi doksisiklin ve rifampisinle 6 haftaya tamalanacak şekilde düzenlenerek taburcu edildi.

Sonuç: Bruselloz, pek çok organ ve sistemi tutabilen zoonotik bir hastalıktır. Nonspesifik semptom ve bulguları birçok hastalıkla kolaylıkla karışabildiğinden, epididimoorşit kliniği ile başvuran, eklem ağrısı ve ateş gibi sistemik semptomları da eşlik eden olgularda ayırıcı tanıda mutlaka bruselloza yer verilmelidir.

Anahtar Kelimeler: brusella, orşit, epididimoorşit

P10

İZOLE İDİOPATİK HEMIHIPERTROFILI OLGU

Fatma Erva KAYA, Duygu ÇALIŞKAN

[1]Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi (Antalya), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: Hemihipertrofi vücudun bir veya daha fazla bölgesinin asimetrik olarak büyümesidir. Hemihipertrofi izole olabileceği gibi Beckwith-Wiedeman Sendromu, Proteus Sendromu, Silver-Russel Sendromu, Nörofibromatozis Tip 1 ve Klippeltrenaunay-Webler Sendromu gibi hastalıkların bir komponenti olarak da görülebilmektedir1,2. Sendromik ve izole hemihipertrofide Willms tümörü, Hepatoblastom ve Adrenal karsinom gibi embriyonel ve abdominal tümörlerin görülme sıklığı artmıştır.3

Amaç: Nadir görülen ve abdominal tümörlerin eşlik edebilmesi nedeni ile yakın takip gerektiren izole hemihipertrofi tanılı bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Doğumdan beri sağ bacağı sol tarafa göre daha kalın olması nedeniyle polikliniğimize başvuran sekiz yaşında kız hastanın özgeçmişinde vajinal yolla 3300 gram ağırlığında ve miadında doğduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; sağ alt ekstremitede sola göre hipertrofi mevcut olup sol ve sağ üst bacağın en geniş yerinden çevresi 38 cm ve 43 cm olarak ölçüldü. Hastada dismorfik yüz görünümü, organomegali, veya vasküler anormallik tespit edilmedi. Cilt muayenesi olağandı. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid hormonları, idrar tetkiki normaldi. Alfa-feto protein (AFP) değeri 1,5 IU/ml (normal değer 0-8) saptandı. Sağ alt ekstremite doppler ultrasonografisinde, sol tarafa kıyasla kaslarda kalınlık artışı dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Abdominal-renal ultrasonografi, ekokardiyografi ve kemik grafileri normaldi. Gen analizi hastanemizde çalışılmadığı için yapılamadı. Hastaya mevcut bulgularla sporadik izole hemihipertrofi tanısı konularak izleme alındı.

Sonuç: İzole hemihipertrofi hastalarının genel popülasyona göre artmış kanser riski bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle tanı için hastaların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi ve yönetilmesi önemlidir. Yenidoğan döneminden itibaren her hastanın rutin poliklinik kontrollerinde ayrıntılı muayene edilmesi ve hemihipertrofi saptanan hastaların eşlik edebilecek sendromik bulgulara karşı taranması gerekmektedir. İzole hemihipertrofi tanısı konulan hastaların belli periyodlarla düzenli takibinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemihipertrofi, Embriyonel Tümörler, Abdominal Tümörler

P11

EDİNSEL TORTIKOLLISIN NADİR BİR NEDENİ: PONS GLIOMU

Muhammed Sinan ULUATA[1], Müjgan ARSLAN[2], Talat SÜRÜCÜ[2], Feyza KABAR[3], Neslihan GÖÇET[1]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi, Bursa, Türkiye
[3]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Radyoloji Ana Bilim Dalı, Çocuk Radyolojisi, Bursa, Türkiye

Giriş: Tortikollis veya "eğri boyun", boynun öne ve yana doğru hareketini yaptıran sternokleidomastoid kasının hafif kasılı durmasıyla oluşan klasik baş pozisyonudur. Konjenital olarak meydan gelen müsküler tortikollis dışında birçok nörolojik hastalığa sekonder olarak tortikollis görülebilir, bundan dolayı edinsel tortikollis bir tanı değil, altta yatan bir bozukluğun işaretidir. En sık sebepleri arasında enfeksiyon, atlantoaksiyal dislokasyon, inflamasyon, ligamentöz laksite, distonik sendromlar, Chiari malformasyonu, demiyelinizasyon, vaskuler anomaliler ve maligniteler yer almaktadır. Tortikollis, basit bir bulgu olarak karşımıza çıkabileceği gibi hayatı tehdit eden bir hastalığın ilk bulgusu olabilir, bu hastalarda etiyolojiyi belirlemek amacıyla ayrıntılı değerlendirilme yapılmalıdır.

Olgu: 14 yaşında erkek hasta, 3 aydır devam eden baş dönmesi, baş ağrısı, başını dik tuttuğunda olan çift görme yakınması ile başvurdu. Bu yakınmaların giderek sıklaştığı ve arttığı, sabahları olan bulantı yakınmasının da eklendiği öğrenildi. Bu süreçte farklı tanılarla farklı tedaviler almıştı. Yakınmalarının devam etmesi üzerine merkezimize başvurmuştu. Öz ve soy geçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenesinde; hastanın başının sağa eğerek tutuğu, başını orta hatta getirdiğinde çift görme yakınmasının olduğu görüldü. Boyun hareketleri sırasında da baş dönmesi oluştu. Geniş tabanlı yürüdüğü, yürürken sağa doğru dengesini kaybettiği, diğer serebellar testlerin normal ve romberg göz açık/kapalı pozitif olduğu görüldü. Göz dibi bakısı normaldı, göz hareketleri her yöne serbest idi. Diğer sistem muayeneleri normal idi. Tam kan sayımı ve elektrolit incelemelerinde patolojik bulgu saptanmayan olguya olası servikal veya arka çukur patolojilerini değerlendirmek amacıyla yapılan görüntülemede pons gliomu düşündüren kitle saptandı. Kitleden alınan biyopsi sonucu ile yüksek grade diffüz glial tümör tanısını aldı ve ilgili bölümlerce tedavisi planlandı.

Sonuç: Tortikollis, nadiren, santral sinir sistemi tümörlerinin ilk klinik belirtisi olabilir. Bu vakalardaki tanı gecikmesi, nörolojik bozukluğun ve tümör boyutunun artmasına neden olabilmekte ve cerrahi müdahaleyi zorlaştırıp prognozu olumsuz şekilde etkileyebilmektedir. Santral sinir sistemi tümörlerine sekonder tortikollis nadir görülse de edinsel tortikollisin ayırıcı tanısında mutlaka akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Tortikollis, Pons gliomu, Glial tümör

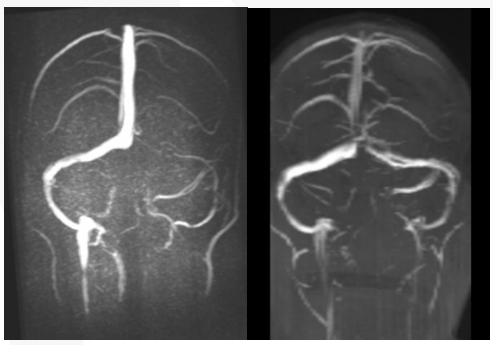
P12

NEFROTİK SENDROMUN NADİR BİR KOMPLİKASYONU SEREBRAL VENÖZ TROMBOZ

Gülcan KOÇER[1], Berfin UYSAL[2], Hakan ERDOĞAN[3]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, Bursa, Türkiye
[3]-, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Çocuk Nefroloji, Bursa, Türkiye

Giriş: Nefrotik sendrom (NS), glomerüler filtrasyon bariyeri boyunca geçirgenliğin artması nedeniyle ağır proteinüri, hipoalbuminemi, ödem, hiperkolesterolemi ve hiperlipidemi ile karakterize bir klinik tablodur. NS tanılı hastalar, tromboemboli açısından risk altındadır. Hiperkoagülabilite, hipovolemi, immobilizasyon ve enfeksiyonlar tromboza yatkınlığı artırır. Bu olguda baş ağrısı ve kusma şikayetiyle başvuran nefrotik sendrom tanılı bir olguda komplikasyon olarak gelişen sinüs ven trombozu sunulmaktadır.
Olgu: 3 yaşından itibaren nefrotik sendrom tanısıyla takip edilen, sık relapslar gösteren, steroid ve siklosporin kullanan 8 yaşında erkek hasta, son birkaç gündür giderek artan baş ağrısı, huzursuzluk ve kusma şikayetleri ile hastanemize başvurdu. Hastanın vücut kitle indeksi 25.7 kg/m2 idi. Santral obezite ve cushingoid yüz görünümü mevcuttu. Nörolojik muayenesi doğaldı. Diğer sistemik muayenelerinde patolojik bulgu yoktu. Hastada nefrotik sendrom tanısının olması, steroid ve siklosporin kullanımı trombozdan şüphelenmemize neden oldu.MR venografi çekildi. MR venografide sol transvers sinüste akım izlenmedi (Şekil 2). Başvurusunun 6. Saatinde nefrotik sendrom komplikasyonu olarak sinüs ven trombozu tanısı konularak tedavi başlandı. Hastanın 6 ay sonra çekilen MR venografisinde her iki transvers sinüste, superior ve inferior sagital sinüste ve sigmoid sinüslerde akım izlendi (Şekil 3). Hasta halen sekelsiz bir şekilde nefrotik sendrom tanısı ile idame immunsupresif tedavi almak üzere takiplerine devam etmektedir.
Tartışma: Olgumuzda literatür ile uyumlu olarak diğer olgularda görülen risk faktörleri ile benzer risk faktörleri bulunmaktadır. Literatürden farklı olarak trombozun görülme zamanı olgumuzda NS tanısı konduktan 6 yıl sonra iken diğer olguların %67' sinde NS tanısı konduktan sonra ilk 6 ay içinde görülmüştür. Literatürde NS ile takipli sinüs ven trombozu gelişen hastalarda en sık etkilenen sinüs süperior sagittal sinüs (%82) ve sağ taraf daha baskın olarak gösterilmekte iken olgumuzda etkilenen sinüs sol transvers idi. Bu iki özellik olgumuzu diğerlerinden farklı kılmaktadır.
Sonuç: Serebral venöz tromboz nefrotik sendromun nadir görülen bir komplikasyonudur. Klinik semptomları spesifik değildir. Bu yüzden risk faktörleri olan hastada şüphelenip erken tanı ve tedavi için en uygun görüntülemeyi yapmak gerekir.



Anahtar Kelimeler: nefrotik sendrom, tromboemboli, serebral ven, sinüs ven trombozu

P13

SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE AFEBRIL KONVÜLSIYON KLİNİĞİ İLE ACİLE BAŞVURAN VE ETYOLOJİK İNCELEMEDE ESRAR İNTOKSİKASYONU BULUNAN BIR ÇOCUK İHMALİ OLGUSU

Gökçe Elif ALKAŞ KARACA[1], Ceren KALINBAÇOĞLU DOĞAN[2]

[1]İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye
[2]İstanbul Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul, Türkiye

Giriş: Konvülsiyon; bilinç ve otonomik fonksiyon bozukluğunda görülen, nöronların hipereksitabilitesi sonucunda oluşan klinik bir durumdur. İntrakraniyal ve ekstrakraniyal enfeksiyonlar, metabolik bozukluklar, intrakraniyal akut bozukluklar, toksik maddeler, iyi huylu ve kötü huylu epileptik sendromlar süt çocukluğu dönemi konvülsiyon nedenleri arasında yer almaktadır. Ancak nadiren kanabinoid ve eroin gibi psikoaktif madde zehirlenmeleri sonucunda da konvülsiyon gelişebileceği bilinmektedir.

Amaç: Bu olgu sunumunda, 11 aylık bir bebekte oral kanabinoid zehirlenmesi sonrasında görülen afebril konvülsiyonların ve uzamış postiktal durumun yönetimi anlatılmıştır.

Olgu: Daha önce sağlıklı olan 11 aylık normal gelişim gösteren erkek çocuk, ilk defa jeneralize tonik klonik nöbet geçirme şikayeti ile acil servise başvurdu. Hastanın acil servis takiplerinde tekrar jeneralize tonik klonik nöbet geçirmesi üzerine hastaya tek doz intravenöz midazolam tedavisi uygulandı. Nöbet kontrol altına alındıktan sonra 30 dakika içerisinde genel durumu bozulan hasta, Glascow koma skalasının 9'a gerilemesi üzerine yoğun bakım servisine alındı ve entübe edildi. Yapılan detaylı testler ve ayrıntılı anamnezin ardından, konvülsiyonların etyolojisi esrar zehirlenmesi olarak belirlendi. Çocuk ihmalinden kaynaklanan bir hayati tehlike olması nedeniyle adli süreç başlatıldı, pediatri ekibi, çocuk psikiyatrisi, sosyal hizmetler, adli tıp ve hastane polisiyle multidisipliner bir çalışma yürütüldü. Hasta 1gün yoğun bakım ünitesi ve 3 gün serviste takip edildi, acile gelişinin 4. gününde sağlıklı ve güvenli bir şekilde taburcu edildi.

Sonuç: Çocuklarda gözlenen psikoaktif toksik madde maruziyeti önemli bir halk sağlığı sorunudur. Ani başlangıçlı idiyopatik nöbet, letarji, uykuya meyil ve psikomotor değişiklik durumlarının bir arada görüldüğü klinik tablolarda kannabinoid maruziyeti akılda bulundurulmalıdır. Çocuk ihmali ve yasadışı toksik madde maruziyetinin bir arada bulunduğu bu gibi karmaşık olgularda multidisipliner çalışma çocuğun yüksek yararı için gereklidir.

Anahtar Kelimeler: esrar, kanabinoid, çocuk ihmali, afebril konvülsiyon, nöbet etyolojisi

P14

İZOLE İDİOPATİK HEMIHIPERTROFILI OLGU

Fatma Erva KAYA, Duygu ÇALIŞKAN

Alanya Eğitim Araştirma Hastanesi, Alanya Alaaddin Keykubat Üniversitesi (Antalya), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: Hemihipertrofi vücudun bir veya daha fazla bölgesinin asimetrik olarak büyümesidir. Hemihipertrofi izole olabileceği gibi Beckwith-Wiedeman Sendromu, Proteus Sendromu, Silver-Russel Sendromu, Nörofibromatozis Tip 1 ve Klippeltrenaunay-Webler Sendromu gibi hastalıkların bir komponenti olarak da görülebilmektedir1,2. Sendromik ve izole hemihipertrofide Willms tümörü, Hepatoblastom ve Adrenal karsinom gibi embriyonel ve abdominal tümörlerin görülme sıklığı artmıştır.3

Amaç: Nadir görülen ve abdominal tümörlerin eşlik edebilmesi nedeni ile yakın takip gerektiren izole hemihipertrofi tanılı bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Doğumdan beri sağ bacağı sol tarafa göre daha kalın olması nedeniyle polikliniğimize başvuran sekiz yaşında kız hastanın özgeçmişinde vajinal yolla 3300 gram ağırlığında ve miadında doğduğu öğrenildi. Soygeçmişinde özellik yoktu. Fizik muayenede; sağ alt ekstremitede sola göre hipertrofi mevcut olup sol ve sağ üst bacağın en geniş yerinden çevresi 38 cm ve 43 cm olarak ölçüldü. Hastada dismorfik yüz görünümü, organomegali, veya vasküler anormallik tespit edilmedi. Cilt muayenesi olağandı. Tam kan sayımı, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, tiroid hormonları, idrar tetkiki normaldi. Alfa-feto protein (AFP) değeri 1,5 IU/ml (normal değer 0-8) saptandı. Sağ alt ekstremite doppler ultrasonografisinde, sol tarafa kıyasla kaslarda kalınlık artışı dışında patolojik bulguya rastlanmadı. Abdominal-renal ultrasonografi, ekokardiyografi ve kemik grafileri normaldi. Gen analizi hastanemizde çalışılmadığı için yapılamadı. Hastaya mevcut bulgularla sporadik izole hemihipertrofi tanısı konularak izleme alındı.

Sonuç: İzole hemihipertrofi hastalarının genel popülasyona göre artmış kanser riski bulunmaktadır. Bu nedenle özellikle tanı için hastaların multidisipliner yaklaşımla değerlendirilmesi ve yönetilmesi önemlidir. Yenidoğan döneminden itibaren her hastanın rutin poliklinik kontrollerinde ayrıntılı muayene edilmesi ve hemihipertrofi saptanan hastaların eşlik edebilecek sendromik bulgulara karşı taranması gerekmektedir. İzole hemihipertrofi tanısı konulan hastaların belli periyodlarla düzenli takibinin yapılması gerektiği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Hemihipertrofi, Embriyonel Tümörler, Abdominal Tümörler

P15

YENİDOĞAN OLGUSU: BARTTER SENDROMU

Emine DEĞİRMEN ŞİŞMAN

Kütahya Evliya Çelebi Eğitim ve Araştirma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari, Kütahya, Türkiye

Giriş: Bartter sendromu (BS) hipokalemi, hipokloremi, metabolik alkaloz, artmış renin-aldesteron düzeyi, normal kan basıncı, jukstaglomerüler komplekste hiperplaziyle karakterize kalıtsal renal tübüler bozukluktur. Neonatal, klasik ve Gitelman sendromu olarak üç formu vardır. Neonatal BS, klasik bulgulara ilaveten polihidroamniyoz, prematürite öyküsüyle karakterizedir. Bu yazıda Neonatal BS tanısının düşünülmesi gereken bir olgunun sunumu amaçlanmıştır.

Olgu Sunumu: 35 yaşında annenin 4. gebeliğinden 2. yaşayan olarak sezaryen ile 32 haftalık 1620 gr doğan kız bebek, resüsitasyon sonrası solunum sıkıntısı nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesinde non-invaziv mekanik ventilatör desteğine alındı. Postnatal yaşına uygun sıvı-elektrolit, antibiyotik, total parenteral beslenme başlandı. Olgunun prenatal öyküsünde polihidroamniyoz olduğu, önceki gebeliklerden birinin düşükle, diğerinin 26 haftalık doğumla sonlandığı, bebeğin yedi günlükken kaybedildiği öğrenildi. Anne –baba birinci derece kuzendi. Postnatal 10. gününde yeterli miktarda sıvı ve elektrolit alırken serum Na: 125 mmol/L, K: 2,9 mmol/L, Cl: 91 mmol/L , kreatinin: 1,14 mg/dL ve BUN: 81 mg/dL, kan gazında pH: 7,51, PCO2: 38 mmHg, HCO3: 31 mmol/L saptandı. Na ve K defisiti verildi. Postnatal 15. gününde defisit tedavisine rağmen, hiponatremi (Na: 127 mmol/L) ve hipokalemisi (K: 3,1 mmol/L) devam eden olgunun idrar çıkışı 6,4 cc/kg/saat ve kan basınçları normaldi. Renal ultrasonografide her iki böbrekte hafif dilatasyon (renal pelvis AP çap sağ: 4,5 mm, sol:4 mm) olup, böbrek parankim ekojeniteleri normaldi. Postnatal 24. günde metabolik alkalozu ve elektrolit bozuklukları devam eden olgunun idrar çıkışı 11cc/kg/saat'e kadar arttı. Tekrarlanan ultrasonografide mevcut dilatasyonun devam ettiği, böbrek parankim ekojenitelerinde artış olduğu, korteks medulla ayrımının net yapılamadığı saptandı. Olgumuzda işitme kaybı yoktu. Hipokalemi, metabolik alkaloz ve poliürisi olan olgunun Bartter sendromu ön tanısı ile sevki yapıldı. Postnatal 62. günde poliklinik takibinde hastanın plazma renin-aldesteron düzeyinin arttığı, indometazin ve oral KCl tedavisiyle çocuk nefroloji kliniğinde izlemine devam edildiği ve genetik çalışmasının henüz sonuçlanmadığı öğrenildi.

Sonuç: Antenatal dönemde polihidroamniyoz öyküsü olan ve hipokalemi, metabolik alkaloz saptanan preterm bebeklerde Neonatal BS düşünülmelidir.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, Hipokalemi, Metabolik alkaloz, Bartter sendromu

P16

DİSTONİNİN NADİR ANCAK TEDAVİ EDİLEBİLİR BİR NEDENİ: SEGAWA SENDROMU

Esin BOZOĞLU [1], Sema BOZKAYA YILMAZ[2], Tuba KURT[3], Murat TUTANÇ[4]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Romatoloji Anabilim Dalı, Bursa, Türkiye
[4]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Giriş: Distoni devamlı ya da aralıklı kas kasılmalarının yol açtığı tekrarlayıcı, anormal istemsiz hareketler ve postür bozukluğudur. Distoni tek başına veya ek belirtilerle birlikte birçok nörolojik bozukluğun belirtisi olabilir. Bu yazıda distoni ile başvuran, uzun süre fizik tedavi alan ve genetik olarak tetkik edilip Segawa Sendromu tanısı konan bir olgu sunulmuştur.

Olgu: 10 yaşında erkek hasta kasılmalar, ellerde titreme, motor gecikme ve konuşamama nedeniyle çocuk nöroloji polikliniğine başvurdu. Bilinen bir hastalığı olmayan anneden 36 gestasyon haftasında olağan bir gebelik öyküsü sonrası doğan hastanın anne ve baba arasında akrabalık mevcuttu. Hastanın nörolojik muayenesinde kranial sinirler intakt, derin tendon refleksleri normoaktifti. Yürüyüşünde hafif ataksi vardı ve belirgin tremoru mevcuttu. Hastanın rutin kan tetkikleri ve nörogörüntülemeleri olağandı. Genetik açıdan daha önce tetkik edilmemiş olan hasta herediter distoniler açısından hedefli gen paneli ile değerlendirildi. Genetik tetkik sonucu ile çocuk nöroloji polikliniğine başvuran hastada TH mutasyonu saptandı ve primer torsiyon distonisi (Segawa Sendromu) tanısı konuldu. Segawa Sendromu tanısı ile L-DOPA-karbidopa tedavisine başlandı. L-DOPA-karbidopa tedavisi ile bulgularında azalma saptanan hastanın çocuk nöroloji poliklinik kontrolüne devam ediliyor.

Sonuç: Distoni sürekli ya da aralıklı kas kasılmaları ile karakterize, sıklıkla tekrarlayıcı hareketlere ve anormal postüre neden olan bir hareket bozukluğudur. Başlıca nedenleri distonik serebral palsi, ilaçlar, metabolik bozukluklar ve perinatal asfiksidir. Primer torsiyon distonisi olarak adlandırılan primer jeneralize distoni çocukluk çağı başlangıçlı bir grup genetik bozukluk kaynaklıdır.Genetik nedenler arasında en sık neden DYT1 genindeki dominant mutasyondan kaynaklanır.Segawa Sendromu otozomal dominant bozukluk olan dopa yanıtlı primer jeneralize distonidir.Alt ekstremitelerde distoni nedenli gecikmiş veya anormal yürüme nedeniyle başvuran hastalarda serebral palsi ile karışabilir ve tanı gecikebilir.Bu nedenle nadir görülmekle beraber tanı konulduğunda spesifik tedavi seçeneği mevcut olduğundan özellikle belirgin prematürite ,hipoksi öyküsü olmayan hastalarda primer jeneralize distoni olan Segawa Sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: genetik sendromik çocuk, distoni, genetik testlerin önemi, primer jeneralize distoni, tremor, motor gerilik

P17

YÜZ GÜLDÜRÜCÜ BIR KONJENITAL DIYAFRAGMA HERNISI: OLGU SUNUMU

Ümran GENÇ[1], Bayram Ali DORUM[2], Murat TUTANÇ[3], Serpil SANCAR[4], İsmet KIRMACI[4], Fatma ÇINAR[4]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Bursa, Türkiye
[4]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahi Kliniği, Bursa, Türkiye

Giriş: Konjenital diyafragma hernisi (KDH), diyafragmada bir defektin bulunduğu doğumsal bir anomalidir. KDH'nin %95'inden fazlasını oluşturan Bochdalek hernisinde batın organlarının toraks kavitesine doğru yer değiştirdiği bir posterolateral herni ve değişik derecelerde akciğer hipoplazisi mevcuttur. Mortalite sıklıkla akciğer hipoplazisi ile pulmoner hipertansiyonun birlikte sebep olduğu solunum yetmezliğine bağlıdır. Bu olguda antenatal tanı alan ve konjenital diyafragma hernisi nedeniyle postnatal 1. gününde opere edilen bir hastadan bahsedilecektir.

Olgu: Antenatal 12. gebelik haftasında diyafragma hernisi nedeniyle takibe alınan kız hastanın doğumuna pediatri ekibi olarak eşlik edildi. Doğum salonunda canlandırma ihtiyacı olmayan fakat zorlu solunumu olan hasta entübe edilerek yoğun bakıma transfer edildi. Kalp sesleri sağ hemitoraksta duyulmakta idi ve solunum sesleri bilateral azalmıştı. Sol hemitoraksta ise barsak sesleri duyulan hastanın akciğer grafisinde kalbin sağ tarafa itildiği ve sol akciğer alanında barsak ansları izlenmekte idi. Hastanın kardiyak değerlendirmesinde sağ boşluklar hafif geniş, orta ty 3.5 m/sn, sPAB 50-55 mmhg, 2 mm duktus arteriyozus saptandı. Tetkiklerinde respiratuar asidoz dışında özellik yoktu. HFOV modda takibi başlatılan hasta çocuk cerrahi tarafından postnatal 1. gününde opere edildi. Batın içi organlardan karaciğer, mide ve barsakların büyük kısmı diyafragma altına indirildi ve mesh ile yama yapıldı. Toraks tüpü takıldı. Postop takiplerinde hipoplazik akciğerin gelişimi açısından yakın izlenen hasta 13 günlükken ekstübe edildi. 25 günlükken cilt kapatma operasyonu yapıldı ve oda havasında klinik stabil hasta çocuk cerrahi servisine devredildi.

Tartışma: Konjenital diyafragma hernilerinde olguların %50'si prenatal saptanabilir. Temel tanı aracı ultrasondur. Bizim olgumuz da prenatal tanı almış bir hasta idi. Kötü prognostik faktörlerden karaciğer ve mide herniasyonu, pulmoner hipoplazi ve pulmoner hipertansiyon, LHR<1.38 ölçüm, polihidramnios olan olgumuzda yüz güldürücü sonuç elde edilmiştir.

Sonuç: Nadir görülen bir durum olan konjenital diyafragma hernisinde antenatal tanı alan olguların multidisipliner yaklaşım gereği ileri düzey solunum desteğinin verilebileceği, yenidoğan yoğun bakım, çocuk kardiyoloji, çocuk cerrahi birimlerinin bulunduğu bir merkezde doğurtulması büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelimeler: konjenital diyafragma hernisi, multidisipliner, cerrahi

P18

6 ŞUBAT DEPREMİ'NDE GÖÇÜK ALTINDAN ÇIKARILMIŞ İKİ KARDEŞİN CRUSH SENDROMU VE TRAVMA SONRASI AKUT STRES BOZUKLUĞU BELİRTİLERİNİN TEDAVİSİ VE UZUN DÖNEM TAKİBİ

Gökçe Elif ALKAŞ KARACA[1], Muhammet Ali KARACA[2]

[1]İstanbul Bağcılar Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Istanbul, Türkiye,
[2]Siverek Devlet Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Şanlıurfa, Türkiye

Giriş: Depremlerde göçük altından çıkarılan çocuk hastalarda travmatik yaralanmalardan sonra en sık görülen patoloji, rabdomiyolize sekonder gelişen Crush (Ezilme) Sendromudur. Travma sonrası stres bozukluğu ise deprem gibi doğal afetler sonrasında sıklıkla görülebilen psikiyatrik bir bozukluktur, belirtiler akut ve kronik olabilir hem çocukları hem de yetişkinleri etkileyebilir.

Amaç: Bu olgu sunumunda Adıyaman ilinde ikamet ederken 6 Şubat Kahramanmaraş Depremi'ne yakalanan 1 yaşında kız ve 7 yaşında erkek iki kardeşin, enkaz altından yakınları tarafından çıkartılıp, Siverek Devlet Hastanesi acil servise getirilmeleri sonrasında Crush Sendromu ve Travma Sonrası Akut Stres Belirtileri açısından tedavi ve takiplerini anlatacağız.

Vaka: Deprem esnasında yıkılan binada çocukların annesinin ve ortanca kardeşin hayatını kaybettiği öğrenildi. Yaklaşık 6 saat enkaz içerisinde kalan kardeşlerin ilk muayenesinde majör bir travmatik yaralanma görülmedi, genel durumları iyiydi, yüz ve ekstremitelerde yüzeyel kesiler ve ekimozlar mevcuttu. 1 yaş kız hastanın laboratuvar bulgularında CK (kreatinin kinaz) değeri 25860 U/L, 7 yaş erkek hastanın CK'sı 8695 U/L idi. Crush Sendromu riskinin yüksek olması nedeniyle iki hastaya da intravenöz izotonik sıvı tedavisi hızla başlandı. Serviste 24 saat sonraki takiplerinde CK seviyeleri belirgin gerilemişti. Yatışlarının ikinci günü, çocuk psikiyatrisi konsültasyonunda kız kardeşin apatik görünümde olduğu, sosyal uyaranlara kısıtlı yanıt verdiği ve huzursuz olduğu gözlemlendi. Küçük çocuğun travma sonrası akut stres tepkisi yaşadığı düşünülerek aileye erken müdahalede yapılması gerekenlerle ilgili psikoeğitim verildi. Erkek kardeşin psikiyatrik muayenesinde hastaya annesinin vefat ettiği haberinin henüz verilmediği öğrenildi. Hasta yakınlarına yas süreci ile ilgili psikoeğitim verildi, anne ve kardeşin vefat haberlerini uygun şekilde çocuğa anlatmaları için destek sağlandı.

Sonuç: Kardeşler yatışlarının 4. günü sekelsiz taburcu edildi. Bir ay sonraki çocuk psikiyatrisi kontrolünde travma sonrası akut stres belirtilerinin gerilemiş olduğu görüldü. Büyük kardeşte başlayan irritabilite ve depresif uyum bozukluğu ve babada devam eden komplike yas nedeniyle destekleyici görüşmelere bir yıl süre ile devam edildi.

Anahtar Kelimeler: Crush Sendromu, Travma sonrası stres bozukluğu, deprem, çocuk ruh sağlığı, yas

P19

AJİTASYON VE SANTRAL APNE İLE PREZENTE OLAN TROPIKAMID İNTOKSIKASYONU; VAKA SUNUMU

Küpra ÖKSÜZ

Isparta Şehir Hastanesi, Isparta Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye

Giriş: Tropikamid; muayene öncesi göze lokal uygulanan, midriyatik ve siklopejik etkileri olan topikal bir ilaçtır.

Olgu: 3 aylık bebek kontrol edilemeyen ajitasyon ve solunum sıkıntısı nedeniyle başvurdu. Ajitasyon sırasında hastanın apneye girdiği görüldü; apnenin yaklaşık 20 saniye sürdüğü, derin bir iç çekme sonrası tekrar ajitasyonun başladığı, bu durumun tekrar ettiği görüldü. Hastanın ayrıntılı fizik muayenesinde pupilleri midriyatikti, ışık refleksi mevcuttu, fontaneli normaldi. Özgeçmisinde yenidoğan döneminde sepsis nedeniyle yatış öyküsü dışında özellik yoktu. Hastanın aynı gün içerisinde göz muayenesi olduğu; göze %1 tropikamid damlanın yakını tarafından her iki göze efektif damlatılmadığı düşünülerek ikişer damla damlatıldığı öğrenildi. Ajitasyonun tropikamidden 30 dakika sonra başladığı belirtildi. Hastaya akut kliniği nedeniyle intrakraniyal hadiselerin ekartasyonu için çekilen beyin BT normaldi. Çocuk yoğun bakıma yatırıldı. Kan basıncı 110/70 mmHg, kalp hızı 101 atım/dk, vücut sıcaklığı 36.1 oC ölçüldü. Solunum sayısı ajitasyon sırasında 25/dk; apne olduğunda 6/dk'ya kadar düştüğü görüldü. Ekspiryumu uzundu, wheezing mevcuttu. Kan gazında pH 7.41, pCO2 35 mmHg, pO2 42 mmHg, HCO3 22 mEq/L, baz açığı: -1.5 mEq/L, laktat 2.7 mg/dl, elektrolitleri normal, akut faz reaktanları negatifti. Akciğer grafisi normaldi. Mevcut bulgularla hasta tropikamid yüksek dozuna bağlı santral antikolinerjik sendrom olarak değerlendirildi. Hasta monitörize izlendi. Bronkospazm için metilprednizolon, inhaler adrenalin, salbutamol, flutikazon başlandı. Takiplerinde ajitasyonun gerilememesi, apne sürelerinin 45 saniyeye kadar uzaması ve sıklaşması nedeniyle tropikamidden 5 saat sonra hasta entübe edildi. Mekanik ventilatör desteği sırasında midazolam ve ketamin uygulandı. Benzodiazepin sonrası ajitasyonu gerileyen hastanın spontan solunumun olması üzerine hasta 7. saatte ekstübe edilerek oksijen desteği ile takibe alındı. Tropikamidden yaklaşık 12 saat sonra ajitasyonun; 16 saat sonrasında apnelerin tamamen düzeldiği görüldü. 24 saatin sonunda midriyazis hariç tüm antikolinerjik bulgular düzeldi.

Sonuç: Tropikamidin sistemik istenmeyen etkileri ciddi olabilmektedir. Lokal etkinin yaratılacağı en düşük konsantrasyonda (ör:%0.5) uygulanmalıdır. Sistemik emilimi azaltmak için lakrimal kanallara bası uygulanmalıdır. Yan etkiler hakkında aileye bilgi verilmeli; uygulama sağlık çalışanları tarafından yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: tropikamid, ajitasyon, apne

P20

DIABETES MELLITUS KLİNİĞİYLE TANI ALAN NADİR GÖRÜLEN RNU4ATAC-İLİŞKİLİ HASTALIK OLGUSU

Sevim ONGUNER[1], Gülümay VURAL TOPAKTAŞ[2], Hakan BİRİNCİ[2], Tayfun ÇİNLETİ[3], Selcan KEŞAN[4], Berna EROĞLU FİLİBELİ[5], Bumin Nuri DÜNDAR[6]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[5]İzmir Şehir Hastanesi, SBÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[6]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İKÇÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji ve Metabolizma, İzmir, Türkiye

Giriş-Amaç:RNU4ATAC-ilişkili hastalıklar nadir görülen,belirgin iskelet sistem anomalileri ile seyreden hastalıktır.Multiple epifizyel displazi,mikrosefali,intrauterin gelişim geriliği,mental retardasyon ve göz bulguları ile karakterizedir.RNU4ATAC-ilişkili hastalıklar 3 farklı fenotipik spektrumda MOPD1,Roifman Sendromu ve Lowry-Wood Sendromu olarak hastalık sistem tutulumlarıyla yapılan fenotipik sınıflandırma ile adlandırılmıştır.Tüm etkilenen bireylerde büyüme geriliği,mikrosefali,iskelet displazisi ve kognitif bozukluk görülmüş; daha az görülen bulgular arasında ise beyin anomalileri,nöbet,serebrovasküler hastalık,immun yetmezlik,kardiyak anomaliler yanında göz,cilt,renal,gastrointestinal,işitme ve endokrin sistem bulguları yer almaktadır.Bu raporda, büyüme geriliği, göz ve çeşitli iskelet anomalileri ve diyabeti nedeniyle araştırılan RNU4ATAC n.47G>A c.196-602C>T geninde heterozigot değişim saptanan olgu sunulmuştur.

Olgu:14 yaş kız olgu,3 gündür olan sağ gözde ani gelişen görme kaybı şikayetiyle acil servise başvurmuş.1 aydır aralıklı baş ağrısı ve 3-4 aydır 20-30 saniye süren ekstremitelerde kasılma mevcutmuş.Antenatal takibi normal,35 hafta 1500 gr(-2,58SDS) olarak doğmuş.Doğum sonrası 15 gün yoğun bakım yatışı mevcutmuş.2 yaşında iken diyabetik ketoasidoz(DKA) nedeniyle dış merkez yatışıyla diyabet tanısı alıp insulin başlanmış ve takiplerine devam edilmiş.Diyabet otoantikorları negatif ve MODY genetik panelinde varyasyon saptanmayan olgunun 1.4 ünite/kg/gün insulin ihtiyacı da mevcuttu.Genu valgum deformitesi nedeniyle ortopedik operasyon ve apendektomi öyküsü mevcutmuş. Grade 2 VUR ve nistagmus nedeniyle nefroloji, göz takibi mevcut. Anne babası akraba değilmiş. Erkek kardeşi 9 yaşında,Pfeiffer Sendromu tanısı mevcutmuş. Ailede diyabet öyküsü yok. Muayenesinde takvim yaşı: 14,43 yıl,ağırlık: 39 kg(-2,65 SDS),boy:126 cm(-5,94 SDS),baş çevresi:44 cm(-8,53 SDS),vücut kitle indeksi :24,57 kg/m²(1,29 SDS),Tanner evre 2 olup aksiller bölgede belirgin akantoz mevcuttu.Derin yerleşimli gözler,frontal bölgede çıkıklık,dar alın,ince üst dudak ve ince filtrum,kaba kulak lobulleri,brakidaktili kısa 5.metakarpal,bilateral genu valgum deformiteleri dikkat çekmekteydi.Ekokardiyografisi normal ve gözde retinitis pigmentosa mevcuttu.Ani görme kaybı optik nörit ile ilişkilendirilen ve steroid tedavisi başlanan olgu,kan şekeri regülasyonu amacıyla Çocuk Endokrinoloji kliniğine devralındı.Takibinde görme kaybı gerileyen,kan şekeri regülasyonu sağlanan olgu mevcut muayene bulguları nedeniyle ileri genetik araştırmaya yönlendirildi.WES analizinde RNU4ATAC geninde heterozigot patojenik varyant saptandı.RNU4ATAC gen ilişkili hastalıkların heterojen özelliği ve farklı alt tipler arasındaki ortak klinik özellikler nedeniyle genotip-fenotip ilişkisini ortaya koyabilmek ve takibi açısından gerekli bölümlere yönlendirilmiştir.Tanının doğrulanması amacıyla RNA sekans çalışması devam etmektedir.

Sonuç: RNU4ATAC gen ilişkili hastalıklarda 2.5 yaşında DKA kliniğiyle tanı alan bir vaka raporu da literatürde tanımlanmış. İleri genetik analizlerin yapılması, olgumuzdaki gibi nadir görülen ve farklı fenotipik prezentasyonlarla ilişkili hastalıkların genotip-fenotip ilişkisini ortaya koymak, izlemde gelişebilecek diğer patolojilerin tanınması, takibi ve fonksiyonel yolakların aydınlatılmasına katkı sağlayacağını düşünmekteyiz.



Anahtar Kelimeler: Lowry Wood Sendromu, Splicesomopathy, Tüm genom analizi, retinitis pigmentosa, multiple epifizyal displazi

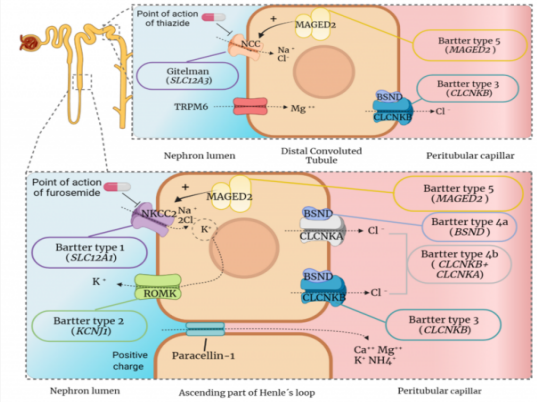
P22

TETANI İLE ACİLE BAŞVURAN HASTADA AKLA GETİRİLMESİ GEREKEN BİR TANI: GITELMAN SENDROMU

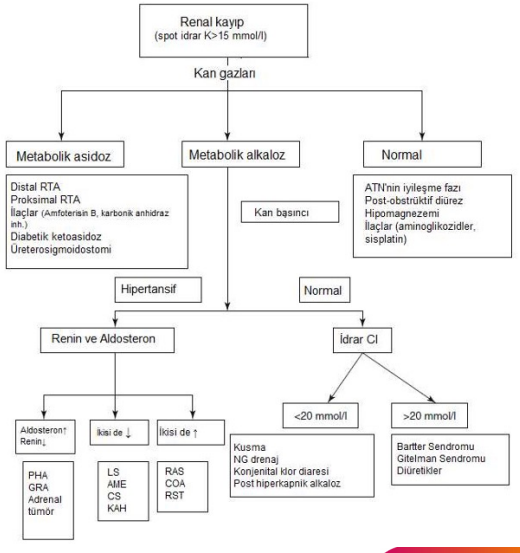
Fatih TEKİN, Büşra Sultan KİBAR, Hacer Efnan MELEK AKSOY

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Sakarya, Türkiye





BARTTER	GİTELMAN
HİPERKALSİÜRİ	HİPOKALSİÜRİ
MAGNEZYUM : NORMAL	HİPOMAGNEZEMİ
PROSTAGLANDİN ATILIMI ARTMIŞ	PROSTAGLANDİN ATILIMI : NORMAL
NEONATAL / ERKEN DÖNEM BAŞLANGIÇ	5-10 YAŞ BAŞLANGIÇ
TAŞ OLUŞUM RİSKİ : VAR	TAŞ OLUŞUM RİSKİ : YOK



Amaç: Gitelman sendromu nadir görülmesine rağmen ciddi elektrolit bozuklukları ve bunlara sekonder hayatı tehdit edecek bulgulara neden olabileceğinden özellikle tetani ve hipopotasemi ayrıcı tanısında akılda tutulmalıdır.

Olgu: Yedi yaşında kız hasta, ellerde kasılma, kitlenme şikayeti ile çocuk acile başvurdu. Bulantı, kusma, ishal, ateş öyküsü yoktu. Hastanın acilde yapılan muayenesinde, her iki el parmaklarında tetani mevcuttu. Diğer sistemik muayeneleri doğaldı. Anne baba arasında akrabalık yoktu. Yapılan tetkiklerinde kan gazında iyonize kalsiyum 1,1 (normal aralıkta), potasyum değeri 1,8 (3,5-5,5), biyokimyasında potasyum 2,7 mmol/L olduğu görüldü. Magnezyum değeri 1,3 mg/dl idi. Klor 96 mmol/L olarak geldi. Glukoz, fosfor, kalsiyum, sodyum normal aralıktaydı. Hastanın EKG'si normal sinüs ritminde, QTC=470 ms idi. Spot idrarda potasyum 67,5 mmol/L (sınır 15 mmol/L) olarak gelmesi üzerine renal kayıp olarak değerlendirildi. Normotansif olan hastanın spot idrarda, klor 28 mmol/L (>20 mmol/L) gelmesi üzerine Bartter Sendromu, Gitelman Sendromu ve diüretik kullanmı açısından ayrıcı tanıya gidildi. Hastanın yaşı, 5-10 yaş grubunda olması, diüretik kullanımının olmaması, hipopotasemi ve hipomagnezemi olması, hiperkalsiüri olmaması nedeniyle diğer tanılar dışlandı. Hastanın önce ki tetkiklerinde de hipopotasemi olduğu görüldü. İleri inceleme amacıyla yatış verildi. Gitelman sendromu ön tanısı ile genetik inceleme yapıldı. Hastaya tedavi olarak intravenöz potasyum replasmanı ve ardından magnezyum desteği verildi. Tedavi başladıktan sonra klinik bulguları düzeldi. Genetik testi Gitelman Sendromu ile uyumlu geldi.

Tartışma: Gitelman Sendromu, distal tübülde tiyazid duyarlı NaCL kotransportarı kodlayan SLC12A3 genindeki mutasyonla karekterize otozomal resesif geçişli bir hastalıktır. Gitelman sendromu, çeşitli klinik bulgularla karşımıza çıkabilmektedir. Gitelman Sendromu tanılı hastaların çoğu asemptomatiktir fakat bazı hastalarda tetani, parestezi, nöbet, kas güçsüzlüğü gibi semptomlar görülebilir.

Sonuç: Gitelman Sendromu nadir görülen bir hastalık olup tetani gibi klinik tablolarla karşımıza çıkabilir. Özellikle tedaviye dirençli tetanisi olan olguların tetkik edilmesi ve replasman tedavisinde potasyum ve magnezyumun birlikte verilmesi daha uygun olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Gitelman Sendromu, Hipokalsemi, Hipomagnezemi, Kasılma

P23

ADÖLESANDA ZENKER DIVERTIKÜLÜNE SEKONDER ÖZAFAGUS APSESI OLGU SUNUMU

Zeynep Sena PİRİM[1], Gülhadiye AVCU[2], Zümrüt ŞAHBUDAK BAL[3], Coşkun EKEMEN[4]

[1]Ege Üniversitesi Çocuk Hastalıkları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Pediatri, İzmir, Türkiye
[2]Ege Üniversitesi Çocuk Hastalıkları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Pediatrik Enfeksiyon, Izmir, Türkiye
[3]Ege Üniversitesi Çocuk Hastalıkları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Pediatrik Enfeksiyon, Izmir, Türkiye [4]Ege Üniversitesi Çocuk Hastalıkları, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları, Pediatrik Enfeksiyo, Izmir, Türkiye

Giriş: Zenker divertikülü (ZD), cricopharyngeus kasının transvers lifleri ile alt inferior constrictor (yani tyropharyngeus) kasının oblik lifleri arasında bir kas zayıflığı alanı olan Killian üçgeni boyunca mukoza ve submukozanın kese benzeri bir çıkıntısıdır.
Genellikle orta ileri yaş erkeklerde görülmektedir. Çocuk ve adölesanda çok nadir görülen bir durumdur. Çalışmamızda özafagus apsesi ile başvuran 17 yaş erkek hastada etiyoloji araştırılırken Zenker Divertikülü saptamış olup bulunduğu yaş grubunda beklenen bir durum olmaması nedenli ile klinik laboratuvar ve izlem verileri paylaşılarak farkındalık oluşturmak amaçlandı.
Amaç/Yöntem: Çalışmamızda Ege Üniversitesi Tıp Fakültesinde 2024 yılında özafagus apsesi nedeniyle tetkik edilirken Zenker Divertikülü tanısı alan 1 hasta dahil edildi. Olgunun, klinik ve laboratuvar bilgilerine ç. Enfeksiyon servisi arşiv dosyalardan ulaşıldı.
Bulgu: 17 yaşında erkek hasta, bir haftadır devam eden boğaz ağrısı ve yutma güçlüğü şikayetiyle dış merkezde üç gün boyunca azitromisin ve amoksisilin-klavulanattedavisi almış. Boğaz ağrısının kötüleşmesi üzerine yapılan manyetik rezonans görüntülemede (MRG) 4,5 cm çapında bir apse ile uyumlu bir alan tespit edimesiüzerine hasta merkezimize sevk edildi ve sevk öncesinde, apseyi spontan olarak drene eden, püydolu bir kusma yaşadı. Başvuru sırasında yapılan fizik muayenede dikkat çeken bir bulguya rastlanmadı. Hastanın 2 yıl önce tanı konulan hashimato tiroidi ve MODY tip 4 DM mevcut. Laboratuvar testlerinde akut faz reaktanlarında artış [C-reaktif protein: 231 mg/L, prokalsitonin: 0,07 µg/L, toplam lökosit sayısı: 17,100/µL] gözlendi. Manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucu, proksimal sol lateral servikal özofagus duvarından kaynaklanan, halka şeklinde kontrast tutulumuna sahip, multiloküle kistik bir lezyon, çoklu kompartmanları içeren bir apse ile uyumlu olarak, 37*42 mm ölçüldü. Apse spontan olarak drene olduktan sonra yapılan bilgisayarlı tomografi (BT) taramasında sol tiroid lobunun üst kısmına bitişik boyun kasları içerisinde, yaklaşık 22*11 mm boyutlarında, çevresel olarak kontrastlanan lezyon görüldü ve apse ile uyumlu olduğu düşünüldü. İntravenöz (IV) ampisilin-sulbaktam (200 mg/kg/gün) ve klindamisin (30 mg/kg/gün) tedavisi başlandı ve 14 gün boyunca devam edildi. Hastaneye yatışın 12. gününde yapılan endoskopi sonucunda üst özofagusta divertikül (Zenker divertikülü) tespit edildi. Hasta 14 gün ıv antibiyoterapi sonraasında taburcu edilip 7 gün oral antibiyoterapisine devam edildi.
Sonuç:
Zenker divertikülü orta-ileri yaş erkeklerde daha sık görülmekte olup, literatürde adölesan dönemde bildirilen olgu çok nadirdir. Hastanın özafageal apse nedenli Zenker Divertikülü olup nadir vaka olduğu için olgu olarak sunulmuştur.
Anahtar Kelimeler: Zenker, özafagus, apse, adölesan, divertikül

P24

BİLDİRİ SUNULMAMIŞTIR

P25

AKUT POSTSTREPTOKOKSİK GLOMERÜLONEFRİT

Leyla İSMİHAN TÜRKER, Mahmut KESKİN, Muhammed Burak SELVER

Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye

Giriş: Akut poststreptekokal glomerülonefrit (APSGN), A grubu beta hemolitik streptokok enfeksiyonu sonrası gelişen, genellikle kendi kendini sınırlayan, uzun vadede iyi prognoza sahip bir hastalıktır. APSGN vakalarının çoğu, deri enfeksiyonundan ziyade streptokoklarla oluşan farenjitten sonra ortaya çıkmaktadır. Klinik spektrumu; akut nefritik sendrom, nefrotik sendrom ve hızla ilerleyen glomerülonefrit olarak değişebilmekte veya subklinik olabilmektedir. Görülme ihtimali olan klinik belirtiler arasında; ödem, hematüri, oligüri, 189abul189ro, hipertansiyon ve periferik ödem bulunmaktadır.

Amaç: Üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası nefritik sendrom gelişen, APSGN tanısıyla takip ettiğimiz bir hastamızı sunmayı amaçladık.

Yöntem: Bilinen bir hastalığı olmayan, 13 yaşında erkek hasta, bir haftadır devam eden yüzde şişlik, nefes darlığı ve karın ağrısı şikayetleriyle hastanemize başvurdu. Hasta, şikayetlerin başladığı tarihten 20 gün önce üst solunum yolu enfeksiyonu geçirmiş. Vital bulguların değerlendirmesi sırasında, tansiyonun yaşına göre 95 persentilin üzerinde olduğu saptandı. Fizik muayenede; yüz ve yanaklarda ödem, bilateral pretibial ödem, bilateral juguler venöz dolgunluk, orofarenkste hiperemi izlendi, diğer sistemlerin muayenesinde patolojik bir bulgu yoktu.

Bulgular: Kan tetkiklerinde; ASO: 676 IU/mL, C4:19mg/dL, C3: 24 mg/dL, kreatinin: 0,7 mmol/L idi. Tam idrar tetkikinde 1+ protein, 3+ hemoglobin görüldü. 24 saatlik idrarda protein 23 mg/m2/gün, 189abul189rotein/kreatinin oranı 0,8 idi. Boğaz, idrar ve kan kültüründe üreme olmadı. Postero-anterior akciğer grafisinde plevral efüzyon izlendi. Toraks ultrasonografisinde; sağ hemitoraksta 18 mm, sol hemitoraksta 11 mm plevral efüzyon izlendi.

Sonuç: Üst solunum yolu enfeksiyonu sonrası proteinüri, hematüri ve ödem görülen hasta APSGN olarak 189abul edildi. Kısıtlı mayi ve tuzsuz diyet verildi (1000cc/m2/gün). Loop diüretik (Furosemid) infüzyonu başlandı. Sefiksim antibiyoterapisi başlandı. Tedavinin yedinci gününde, klinik belirtileri düzelen ve antibiyoterapisi tamamlan hasta poliklinik kontrolü planlanarak taburcu edildi. APSGN'de renal enflamasyon ve hipervolemi gibi ciddi sistemik komplikasyonlar nadir de olsa ortaya çıkabilmektedir. Artmış CRP, hipokomplementemi hastalığın şiddetiyle ilişkilidir. Kalıcı hipertansiyon, kalıcı hematüri, kalıcı proteinüri ve kronik böbrek hastalığına ilerleme, hastaların küçük bir yüzdesinde görülebilmektedir. Bu nedenle, herhangi bir idrar anormalliği, hipertansiyon veya böbrek bozukluğunu taramak için yıllık takip önerilmektedir.

Anahtar Kelimeler: nefritik sendrom, ödem, hipertansiyon, hematüri, apsgn

P26

CİDDİ SÜT ALERJİSİ OLAN ÇOCUKTA KIZAMIK-KIZAMIKÇIK-KABAKULAK AŞILAMASI SONRASI GELİŞEN ANAFİLAKSI OLGU SUNUMU

Hatice İşrak ÖZTÜRK[1], İbrahim Cemal MASLAK[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Araştırma ve Uygulama Hastanesi, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş-Amaç: Bu olgu sunumunda, kliniğimizde ciddi süt alerjisi nedeniyle takipli 4 yaş erkek hastanın, Dış Merkezde KKK aşısı (Hindistan meşeli alfa laktalbumin hidrolizat içeren) yapılmış ve anafilaksi gelişmiştir. Hasta Çocuk Acil servisine başvurmuş ve tarafımıza yatışı yapılmıştır. Ciddi Süt alerjisi: Çocuklarda besin alerjisinin en sık sebebinin süt olduğu bilinmektedir. KKK aşısına bağlı bildirilen hipersensitivite reaksiyonları nadir ve hafif derecede (lokal eritem, ürtiker gibi) reaksiyonlardır. Anafilaksi: Fatal seyreden, akut gelişen, ciddi ve sistemik bir alerjik reaksiyondur. Genellikle, daha önceden karşılaşıp tanıdığı alerjenlere karşı ortaya çıkar. Fakat bazen ilk defa karşılaşılan uyaranlara karşı da reaksiyon gelişebilir. (Besin, ilaç, böcek sokması gibi)
Yöntem-Gereçler: Bu çalışmadaki hasta Allerjik Astım ve Ciddi Süt Allerjisi tanılı olup, süt ve süt ürünlerini içermeyen bir diyet ile beslenmekte, inhaler Kortikosteroid, Lökotrien reseptör antagonisti (Montelukast) ve salbutamol inhaler (atakta) kullanmaktaydı.
Bulgular: 4 yaş, erkek hasta, A.E.ÇASM'de tek doz KKK aşısı (Hindistan meşeli alfa laktalbumin hidrolizat içeren) yapıldıktan sonra; nefes darlığı, yaygın kaşıntı, bayılma hissi gibi şikayetleri olan, olay anında annesi tarafından otoenjektör (Penepin) IM uygulanan hasta; Çocuk Acil servisine başvurdu. Letarjik olması ve sınırda hipotansiyonu olması sebebiyle hastaya anafilaksi düşünülerek 2.doz Adrenalin yapıldı (0.01 mg/kg dan IM), beraberinde 20 cc/kg'dan SF IV infüzyonu, nebulizatör ile kısa etkili beta 2 agonist ve anti histaminic tedavileri verildi. Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatışı yapıldı. KKK aşısı sonrası Anafilaksi düşünülen bu olguda nefes darlığı, yüzünde ve ekstremitelerinde yaygın döküntü, sınırda hipotansiyon, letarji mevcuttu. Diğer sistemlerde herhangi bir patolojik bulguya rastlanmadı. Laboratuvar sonuçlarında patoloji saptanmayan, oksijen ihtiyacı olmayan, yoğun bakım ünitesinde yatış ihtiyacı kalmayan hasta Çocuk Allerji servisine transfer oldu. Hastanın daha önceki yatışlarından bilinen kan sonuçlarında:
Süt İgE: Pozitif (30.6 kÜA/L)
Kazein: Pozitif (30.6 kÜA/L)
Alfa Laktalbumin: Pozitif (25 .2 kÜA/L)
Beta-Laktoglobulin: Pozitif (25.9 kÜA/L)
Sonuç- Tartışma: Sonuç olarak, nadirde olsa KKK aşısı sonrası anafilaksi gelişebilmektedir. Ciddi süt alerjisi olan, anafilaksi öyküsü olan hastaların KKK aşılarının laktalbumin hidrolizatı içermeyen bir marka ile uygulanması gerekmektedir. Alerjisi olan çocuklara aşı; deneyimli merkezlerce yapılmalı, gelişebilecek reaksiyonlara karşı gerekli önlemler alınmalı, acil ekipmanları hazır bulundurulmalı, hastalar aşı sonrası sağlık kuruluşunda en az 30 dakika süre ile gözlem altında tutulmalıdır. Anafilaksi öyküsü olan hastalarda, adrenalin otoenjektör reçete edilmeli, kullanımı öğretilmeli ve yanlarında taşımaları konusunda bilgilendirilmelidir.
Anahtar Kelimeler: anafilaksi, KKK aşısı, Süt alerjisi olan hastaya yapılan KKK aşısı sonrası anafilaksi, Alfa Laktalbumin hidrolizat içeren KKK aşısı

P27

PREMATÜRE BEBEKLERE ENTERAL ZEYTİNYAĞI SÜPLEMANTASYONUNUN POSTNATAL BÜYÜME VE PREMATÜRE MORBİDİTELERİ ÜZERİNE ETKİSİ: ÖN VERİLER

Ayten ERDOĞAN[1], Bayram Ali DORUM[2], Erbu YARCI[2], Ayşe GÜLSEVER[3], Salih Çağrı ÇAKIR[4], Taner ÖZGÜR[5], **Murat TUTANÇ**[6]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Neonatoloji, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Diyetisyen, Bursa, Türkiye
[4]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Neonatoloji, Bursa, Türkiye
[5]Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Bursa, Türkiye
[6]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye

Amaç: Bu çalışmada ADDA bebeklere tam enteral beslenmeye geçtikten sonra antioksidan kapasitesi yüksek, asiditesi düşük (%0.2) organik zeytinyağı verilmesi ile total enerji ve lipit alımının artırılmasının postnatal büyüme parametreleri, neonatal morbiditeler ve antioksidan profil üzerine etkilerinin araştırılması amaçlanmıştır.
Yöntem: Çalışma tek merkezde, prospektif olarak gerçekleştirilmektedir. Etik kurul onamı alındı. Çalışmaya ADDA olan ve 32 haftadan önce doğan prematüre bebekler dahil edildi. Hastalar sırası ile kontrol ve müdahale grubuna randomize edildi. Müdahale gurubunda yer alan bebeklere tam enteral beslenmeye geçtikten sonra 1 ml/kg/gün olacak şekilde ultra premium 0.1-0.2 asit organik zeytinyağı ürününden mamasına ilave edilerek verildi. Bu müdahaleye bebekler taburcu olana dek devam edildi. Tüm bebeklerin günlük tartıları, haftalık boy ve baş çevresi uzamaları kaydedildi. Müdahale öncesi ve müdahale süresince haftalık trigliserid, kolesterol düzeyleri kontrol edildi. Total antioksidan kapasite ve malondialdehid düzeyleri için müdahale öncesi ve taburculuk esnasında 1 ml kan ayrıldı.
Bulgular: Çalışmada şu ana kadar 22 müdahale, 20 kontrol grubundan olmak üzere 42 ADDA'lı bebeğin verileri incelendi. Müdahale grubunun ortanca doğum haftası 29,5(24,4-30,6) ve ortanca doğum ağırlığı 1150(630-1490) gr iken, kontrol grubunun ortanca haftası 29(25-30,5) ve ortanca doğum ağırlığı 1145(765-1355) gr olarak benzer idi (p:0,34). Diğer demografik veriler benzerdi. Müdahale grubunun aldığı maksimum lipit miktarı (8,05(6,6-8,7) gr/kg/gün), kontrol grubundan (7(5,6-7,6)) anlamlı olarak yüksekti (p<0,001). Verilen günlük enerji miktarı anlamlı olarak müdahale grubunda yüksek bulundu. Müdahale öncesi kontrol grubunun trigliserid ortancası daha düşük iken, çalışma sonrasında lipit düzeylerinde farklılık ve patolojik değerler saptanmamıştır. Müdahale grubundaki hastalarda beslenme intoleransı, besin alerjisi ve nekrotizan enterokolit artışı saptanmamıştır.
Tartışma: ADDA bebeklerin beslenmesinde protein güçlendirmesi standart bir uygulama iken lipit ilavesi ile ilgili çalışmalar sınırlıdır. Bu çalışmada özel üretim doğal bir zeytinyağının prematüre büyümesi ve morbiditelerine etkisi araştırılmaya devam edilmektedir. Ön bulgular ile bu müdahale güvenli görülmektedir.
Sonuç: ADDA bebeklere enteral zeytinyağı ilavesi ile güvenli bir şekilde, anlamlı olarak daha yüksek enerji ve lipit vermek mümkündür. Bu müdahalenin prematüre morbiditelerine etkisi araştırılmaya devam etmektedir.
Anahtar Kelimeler: Aşırı düşük doğum ağırlığı, Enteral beslenme, Prematüre, ultra premium 0.1-0.2 asit organik zeytinyağı

P28

SHWACHMAN-DIAMOND SENDROMU: NADİR GÖRÜLEN BiR KONJENİTAL KEMiK İLİĞİ YETMEZLİĞİ VAKASI

Gonca Gül DALGA[1], Mehmet Fatih ORHAN[2]

[1]Sakarya Eğitim Araştirma Hastanesi, Sakarya Eğitim Araştirma Hastanesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari, Sakarya, Türkiye
[2]Sakarya Eğitim Araştirma Hastanesi, Sakarya Eğitim Araştirma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji, Sakarya, Türkiye

Amaç: Shwachman-Diamond Sendromu (SDS), otozomal resesif geçişli, ekzokrin pankreas yetmezliği, kemik iliği yetmezliği ve diğer sistemik bozukluklarla karakterize nadir bir hastalıktır. Nötropenisi sebat eden hastalarda kemik iliği yetmezliği düşünülmelidir. Bunlar arasında Fanconi anemisi, Diamond Blackfan anemisi ve Shwachman-Diamond Sendromu akılda tutulmalıdır. Bu bildiride, 15 yaşındaki bir kız hastada SDS tanısı koyulma süreci ve hastalığın yönetimi tartışılacaktır.

Olgu Sunumu ve Bulgular: 15 yaşındaki kız hasta, aile hekimi tarafından nötropeni şüphesiyle yönlendirildi. Altı yıl önce kabızlık, halsizlik ve sık enfeksiyonlar şikayetleriyle başvurmuş, ancak bu dönemde sadece nötropeni saptanmış ve hastalıkla ilişkili başka bir bulgu tespit edilememişti. Takipler sırasında kemik iliği aspirasyonu yapılmış, normal olarak değerlendirilmiştir. Hasta, viral bir üst solunum yolu enfeksiyonu sırasında tekrar nötropenik görülünce ileri tetkikler için Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi'ne yönlendirilmiştir. Hastanın kendisinde ve abisinde hafif mental retardasyon olması, sık görülen nötropeni mutasyonlarının görülmemesi nedeniyle sitopeni paneli gönderilmiştir. SBDS geninde homozigot patojenik mutasyon saptanmış ve kesin tanı almıştır.

Tartışma: SDS, çoğunlukla nötropeni ile kendini gösteren, nadir görülen konjenital bir kemik iliği yetmezliği sendromudur. Bu vakada hastanın kemik iliği aspirasyonu ve genetik test sonuçları, hastalığın tanısını desteklemiştir. Pankreas fonksiyon bozukluğu, nörobilişsel ve davranışsal bozukluklar gibi SDS'e eşlik eden diğer bulgular da gözlemlenmiştir.

Sonuç: Shwachman-Diamond Sendromu tanısı koyulan hastalarda, düzenli hematolojik takip, enfeksiyon riskine karşı önlemler ve gerekli durumlarda hematopoetik kök hücre nakli önemli tedavi seçenekleridir. Bu vaka, SDS'in tanı ve yönetiminde multidisipliner bir yaklaşımın önemini vurgulamaktadır.

Anahtar Kelimeler: Nötropeni, Aplastik anemi, Doğumsal Kemik İliği Yetersizliği Sendromları, Genetik Araştırma, Pankreas

P29

İMMÜN TROMBOSİTOPENİK PURPURA (İTP) VE SİSTEMİK LUPUS ERİTEMATOZUS (SLE) İLİŞKİSİ: ÇOCUK HASTADA TEKRARLAYAN TEDAVİ GEREKSİNİMİ İLE SEYREDEN İTP OLGUSU

Büşra GÖKKADAR[1], Mehmet Fatih ORHAN[2]

[1]Sakarya Eğitim ve Araştirma Hastanesi, Sakarya Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari Abd, Sakarya, Türkiye
[2]Sakarya Eğitim ve Araştirma Hastanesi, Sakarya Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Hematoloji Ve Onkoloji Bd, Sakarya, Türkiye

Amaç: Bu vakada, tekrarlayan İTP atakları ile başvuran ve eşlik eden SLE gelişimi gösteren bir pediatrik hastanın tedavi süreci ve zorlukları ele alınacaktır. Vakanın sunulmasındaki amaç, İTP'nin pediatrik yaş grubunda kronikleşme potansiyeli ve eşlik edebilecek otoimmün hastalıkların tedavi sürecine etkilerini vurgulamaktır.

Olgu Sunumu: 7 yaşında, önceden bilinen bir hastalığı olmayan kız hasta, her iki gözde kanlanma ve kızarıklık şikayetleri ile başvurdu. Yapılan tetkiklerde, skleralarda kapiller kanama odakları ve ekstremitelerde purpurik döküntüler saptandı. Laboratuvar incelemelerinde ANA pozitifliği ve trombositopeni (PLT: 35.000) tespit edildi. İmmün Trombositopenik Purpura (İTP) ve demir eksikliği anemisi tanıları konuldu ve IVIG tedavisi başlandı. Takip eden dönemde hastaya steroid tedavisi (deksametazon) verildi ve trombosit sayısında geçici düzelmeler sağlandı.
Hasta, tedavi sürecinde tekrarlayan peteşi, purpura ve ekimozlarla polikliniğe başvurdu ve SLE tetkikleri yapıldı. Anti-D(Rh) immunglobulin ve rituksimab tedavileri uygulandı. İTP tanısının 9. ayında parsiyel splenektomi kararı alındı. Selektif splenik arter embolizasyonu işlemi sonrası hastanın semptomları kısmen hafifledi, ancak peteşi ve ekimozlar yeniden ortaya çıktı. Takiplerinde IVIG uygulandı. Son kontrolde ise 2. Kez splenik arter embolizasyonu ve romiplostim tedavisi planlandı.

Tartışma: Bu olgu, İTP'nin kronikleşme potansiyelini ve tedaviye dirençli formlarda otoimmün hastalıkların gelişme riskini göstermektedir. İTP'nin tedavi sürecinde rituksimab, IVIG ve parsiyel splenektomi gibi tedavi seçeneklerinin etkinliği ve sınırlılıkları tartışılmalıdır. Ayrıca, SLE'nin tedaviye dirençli İTP gelişimine nasıl katkı sağladığı üzerinde durulmalıdır.

Sonuç: Pediatrik İTP vakalarında, kronikleşme potansiyeli ve otoimmün hastalık gelişimi göz önünde bulundurulmalıdır. Multidisipliner yaklaşım ve bireyselleştirilmiş tedavi planlamaları, hastalığın seyrini ve yaşam kalitesini olumlu yönde etkileyebilir.

Anahtar Kelimeler: trombositopeni, sistemik lupus eritematozus, rituksimab, splenik arter embolizasyonu, idiyopatik trombositopenik purpura

P30

AYNI MUTASYON BULUNAN AİLE BİREYLERİNDE FARKLI HEREDİTER SFEROSİTOZ FENOTİPİ

Mervegül EFE[1], Ebru YILMAZ KESKİN[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji, Isparta, Türkiye

Giriş: Herediter sferositoz (HS), eritrositlerin hücre zarı proteinlerindeki etkilenme nedeniyle, hemolize yatkınlığın arttığı non-immün genetik bozukluktur. Olguların %70'inin otozomal dominant, %10'unun otozomal resesif kalıtıldığı, kalan %20 olgunun ise de novo mutasyonlar kaynaklı olduğu düşünülmektedir.

Olgu: Bölümümüzce orta ağırlıkta HS tanısıyla takip edilen 17 yaşındaki erkek hastanın akraba olmayan ebeveynleri sorgulandığında kendilerinde öncesinde HS ile uyumlu klinik veya laboratuvar bulgunun olmadığı öğrenildi. Olgunun sağlıklı bir erkek kardeşi vardı. Ebeveynlerde HS tanısı bulunmadığı için hastamızda HS ilişkili bir de novo veya otozomal resesif kalıtıma uyan bir mutasyon bulunabileceği düşünüldü. Olgumuz takip edilirken annenin gebe olduğu öğrenildi. Bu gebelikten miadında doğan kız bebek 37. günde sarılık ve anemi nedeniyle dış merkezden bölümümüze yönlendirildi. Bebek daha önce iki kez fototerapi almıştı. FM'de solukluk ve ikterik görünüm dikkati çekti. Laboratuvar tetkiklerde hemoglobin 7,6 g/dL, MCHC 38,4 g/dL bulundu. PY'de anizositoz, mikrosferositler, akantositler, hafif polikromazi ve nadir normoblastlar izlendi (Resim 1). Yaymada retikülositoz (%8) izlendi. HS düşünülen olgunun eozin 5' malemid (EMA) bağlama testi HS ile uyumlu bulundu. Ailenin iki çocuğunda HS bulunması sonrasında de novo mutasyon olasılığından uzaklaşıldı. Tüm aile bireylerinden kalıtsal hemolitik anemiler açısından hedefe yönelik yeni nesil dizileme testi çalışıldı. HS tanılı iki kardeşte ve babada SPTB geninde muhtemel patojenik olan heterozigot NM_001355436.2:c.5557C>T mutasyonu (mutasyonun etkisi: p.Gln1853*) saptandı. Babanın geçmiş tetkiklerine bakıldığında hemoglobin düzeylerinin alt sınırda (12-13 g/dL) seyrettiği ve bazılarında MCHC düzeyi yüksek (35-36 g/dL) saptandı.

Tartışma/Sonuç: Sunduğumuz ailede HS'nin kalıtımı OD geçişle uyumludur. HS farklı genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanabilir, etkilenen bireylerde klinik tablo oldukça heterojen olabilir. Bazı bireylerde asemptomatik kompanze hemoliz bulunurken olguların az bir kısmı transfüzyon bağımlıdır. Olgumuzda ilginç nokta, HS ilişkili mutasyon bulunan iki kardeş semptomatik olduğu halde aynı mutasyon bulunan babalarında HS'yle uyumlu bulguların oldukça silik olmasıdır. Bu durum bireyde hastalık fenotipini etkileyebilecek ek genetik değişikliklerin varlığından kaynaklanabilir.

Genetik incelemelerle, özellikle aile hikayesi bulunmayan HS olgularında ailelere daha sağlıklı genetik danışmanlık verilebilir.

Anahtar Kelimeler: Herediter Sferositoz, Otozomal Dominant, otozomal resesif, de novo mutasyon

P31

BPİES'TE NADİR BİR TETİKLEYİCİ: MUZ

Ebru SAGAY[1], İbrahim Cemal MASLAK [2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Allerji ve İmmunoloji, Isparta, Türkiye

Giriş: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), çocuklarda nadir görülen immünoglobulin E (IgE) aracılı olmayan bir besin alerjisidir. Tipik olarak tetikleyici besinin alınmasından 1-4 saat sonra başlayan letarji, solukluk, hipoterminin eşlik edebildiği şiddetli kusmayla ortaya çıkar. İshal her zaman olmayabilir ve genellikle besin alımından 5-10 saat sonra görülür. Besinlerin çoğu BPİES'e neden olabilirken, en sık tetikleyiciler yaşa, fenotipe göre değişir. Tetikleyici besin olarak en sık akut BPİES'te inek sütü, soya, pirinç ve yulafken, kronik BPİES'te inek sütü ve soya bazlı formül mamalar bildirilmiştir. Sebze ve meyve ilişkili BPİES olguları son derece nadirdir. BPIES tanısında ve tolerans gelişimini değerlendirmede besin yükleme testi altın standarttır.

Amaç: Bu olgumuzda nadir görülen muz ilişkili BPİES'i sunmayı amaçladık.

Yöntem: Hikayesinden ilk kez 8 aylıkken muz tüketimi sonrasında fışkırır tarzda kusma, halsizlik, solukluk nedeniyle acil servise başvuran olguya iv hidrasyon tedavisi uygulandığı, konvülziyon? invajinasyon? ön tanılarıyla çocuk nöroloji servisine yatırıldığı, EEG' nin normal olduğu, tüm abdomen usg'de invajinasyon ile uyumlu görünüm olmadığı öğrenildi. Üç gün serviste takip edilmiş, antibiyotik tedavisi başlanmış. Taburculuktan 14 gün sonra evde tekrar muz yedikten sonra fışkırır tarzda kusma nedeniyle acile başvurmuş. Çocuk alerji polikliniğine başvuran olguda muz ilişkili BPİES düşünülerek 6 ay-1 yıl sonrası için tolerans gelişiminin değerlendirilmesi planlanmış.

Bulgular: 3,5 yaşında tolerans değerlendirilmesi için başvuran hasta muz provokasyon testi yapılması için yatırıldı. Test öncesi hastadan hemogram bakıldı. Bazal WBC: 6900 nötrofil: 2800'dü. Muz 0,03 mg/kg'dan hesaplanarak 45 dakika arayla 3 doz verilmesi planlandı. Hastanın ilk porsiyondan 5 saat sonra fışkırır tarzda kusması oldu. Bakılan WBC:12300 nötrofil: 6500 bulundu. İv hidrasyon sonrası hastanın şikayetlerinde gerileme olması üzerine hastada muza bağlı BPİES'e tolerans gelişmediği görüldü.

Sonuç: Akut BPİES; invajinasyon, konvülziyon, sepsisle karışabilen bir besin alerjisidir. Bu tip olgularda ayırıcı tanıda akılda tutulmalıdır. Tolerans gelişimi için olgular mutlaka servise yatırılıp, damar yolu açılarak takip edilmelidir. Nadir de olsa meyve ve sebzelerin de akut BPİES nedeni olabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Besin İlişkili Enterokolit, Kusma, Muz ilişkili enterokolit, Besin Allerjisi

P32

YENİDOĞANIN NADİR FİZYOLOJİK DÖKÜNTÜSÜ: MILIARIA CRYSTALLINA

Sümeyye GÜNGÖR[1], Hasan KAHVECİ[2], Sibel TANRIVERDİ YILMAZ[2]

[1]SBÜ Erzurum Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD
[2]SBÜ Erzurum Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Neonatoloji Bilim Dalı



Özet: Miliaria, ekrin ter kanallarının tıkanması sonucu görülen bir lezyondur. Sıcak, nemli iklimlerde yenidoğanlarda görülür. Halk arasında ısı döküntüsü, ter döküntüsü veya dikenli ısı olarak bilinir. Miliaria crystallina (sudamina) epidermisin stratum korneumunda deri yüzeyine yakın ter kanallarının tıkanmasından kaynaklanır. Ateşi olan yetişkinlerde görülebildiği gibi sıklıkla yenidoğanlarda görülür. Yenidoğanlarda daha sık görülmesinden ter kanallarının olgunlaşmamış olması sorumludur. Nadir görülmesi ve vücutta yaygın olup ailelerin paniğe kapılmasına sebep olması sebebiyle olgumuz üzerinden konuya değinmek istedik.

Olgu: 34 yaşındaki annenin 2. gebeliğinden 2. yaşayan bebek 5 günlük iken getirildi. Özellikle gövde ön ve arka yüzde olan, cilde su damlatılmış gibi kabarcıklı ter boncukları şeklinde görünen lezyonu dışında bir şikayeti yoktu. Sistem muayenelerinde de patoloji saptanmayan bebeğin terletmeyecek kıyafetlerin önerilmesi ile ayaktan takibi uygun görüldü.

Tartışma: Sekonder baktriyel enfeksiyona, bozulmuş termoregülasyona ve etkilenmeyen bölgelerde hiperhidroza sebep olabileceği unutulmayarak tavsiyelerimiz arasında hijyen önlemleri yer almalıdır. Yenidoğan dönemindeki diğer veziküler ve püstüler lezyonlardan ayrımının yapılması gerekmektedir. Terlemeyi azaltıcı pamuklu giysiler, bebeğe dar giysilerin giydirilmemesi, banyo yaptırırken tahriş etmekten kaçınılması önerilmelidir. Yağlı kremler sürülmesi, talk pudrası, A ve C vitamini içeren ilaçlar henüz bilimsel olarak kanıtlanmış yöntemler olmadığından önerilmemektedir. Kabarcıkların açılarak püstüler lezyonlara dönüşmesi durumunda sekonder bakteriyel enfeksiyonlar olabileceği düşünülmeli ve tedavi planı ona göre düzenlenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Miliaria, Yenidoğanın Fizyolojik Döküntüleri, Miliaria Crystallina, İsilik

P33

MASKE YÜZ GÖRÜNÜMÜ İLE BİLATERAL FASİYAL PALSİ OLGUSU

Aygül KAYA AKILLI[1], Muhammed ASENA[1], Sermin ÖZCAN[2], Gaye NARİN[3]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Diyarbakır Gazi Yaşargil Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Diyarbakır, Türkiye
[2]Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Çocuk Nöroloji Bilim Dalı, Adıyaman, Türkiye
[3]Adıyaman Eğitim ve Araştırma Hastanesi Fizik Tedavi ve Rahabilitasyon Anabilim Dalı, Adıyaman Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Ana Bilim Dali, Adıyaman, Türkiye

Giriş: Bilateral fasiyal sinir felci nadir olarak görülür ve çeşitli sistemik bozuklukların sonucunda görülmesi ve heterojen etiyolojilerin bulunması tanısal zorluğa yol açmaktadır. Her iki taraflı yüz felci ile gelen on yaşındaki kız olguyu sunarak altta yatan nedenlere yönelik tutumumuzu ve iyileşme sürecinde fizik tedavi yaklaşımlarının yüz güldüren sonuçlarını paylaşmak istedik.

Olgu: Önceden sağlıklı olduğu bilinen fakat 1 hafta önce ateşli üst solunum yolu enfeksiyonu geçirdiği öğrenilen 10 yaşındaki kız olgu 1-2 gün içerisinde tamamen belirginleşen ve neredeyse her iki gözünün de hiç kapanmaması şikayeti üzerine çocuk acil polikliniğine başvurmuş, iki taraflı periferik fasiyal sinir felci ön tanısı ile servise yatırılarak tetkik ve tedavi süreci başlamıştı.
Olgu kaşlarını kaldıramıyor, gözlerini yummakta zorlanıyor ve göz kapakları aralıklı kalıyordu. Her iki nasolabial sulkus silinmiş ve ağzını zorlukla açmaktaydı. Yüz ifadesi adeta maske yüz denilebilecek şekilde mimiksizdi. 7. Sinir dışında kraniyal sinir tutulumu yoktu ve ekstremite kas gücü tamdı. Duyu kusuru ve serebellar bulgusu bulunmuyordu. Derin tendon refleksleri normoaktifti, patolojik refleksi yoktu. Otolojik muayenesi ve göz dibi doğaldı. Kan basıncı izlemde normotansif seyretti ve diğer vital bulguları da stabildi.

Tam kan sayımı, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normal, akut faz reaktanları negatifti. Hastanemizde çalışılmadığı için nazofarengeal aspiratta solunum yolu paneli ya da COVİD testi yapılamadı. EBV 197ombi kapsid antijen, TORCH grubu, kızamık-kızamıkçık-kabakulak IgM, hepatit A, B, C ve anti-HIV antikorları negatifti. Vaskülit markerları olarak ANA, RF, sedim normaldi ve proteinürisi yoktu, serum ACE düzeyi hastanemizde çalışılmıyordu. Kontrastlı kraniyal MRG'de santral sinir sistemi patolojisine rastlanılmadı. BOS basıncı 20cmH2O normaldi ve BOS tetkiklerinde glukoz protein normal sınırlardaydı, hücre görülmedi. BOS sitolojisi temizdi ve periferik yaymasında atipik hücresi yoktu.
Olguya antiviral tedavi olarak en sık etken olduğu bilinen HSV'ye yönelik asiklovir 60 mg/kg/gün ve antienflamatuar tedavi olarak oral metilprednisolon 1mg/kg/g olarak başlandı. Guillian Barre Sendromu varyantı olabileceği düşünülerek IVIG 2 g/kg 4 günde verildi ve ilerleyen günlerde yapılabilen elektromiyografi (EMG)'de sinir ileti duysal ve motor normal olarak değerlendirilerek bu tanıdan uzaklaşıldı. Radyolojik ve laboratuvar tetkiklerinde özellikli bir etiyolojiye rastlanılmayan olgu bilateral periferik fasiyal sinir felci olarak 197ombi edildi ve antiviral ve antienflamatuar tedavisi uygun dozlara tamamlanırken fizik tedavi ve rehabilitasyon hastalıkları tarafından izleme alınarak TENSE 1ay süre ile uygulandı. İlk haftanın sonundaki kazanımları oldukça belirsiz ve asimetrikti ancak 1. Ayda gözlerini kapatabildi, konuşması tamamen anlaşılırdı, 3. Ay izleminde 197ombine197al sulkusların belirginleştiği görüldü.

Sonuç: Bilateral fasiyal sinir felci olgularının etiyolojilerindeki geniş ve heterojen yapıya ve tedavi sürecinin oldukça yavaş olmasına 197ombin başlangıçtan itibaren multidisipliner bir tutum ve 197ombine tedavi ile fizyoterapinin 197ombine olarak uygulanması sonucunda oldukça iyi düzeyde bir iyileşmenin sağlanabileceği unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Bilateral, Periferik, Fasial, Palsi

P34

HIPERKALSEMI ETYOLOJISINDE D VİTAMİNİ İNTOKSIKASYONU

Muhammed Yasin AKÇAKOCA[1], Hakan BİRİNCİ[2], **Ayşe YILMAZ**[3], Bumin Nuri DÜNDAR[4]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, Tip Fakültesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, Tip Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, Tip Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, İzmir, Türkiye
[4]İzmir Katip Çelebi, Tip Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Hiperkalsemi çocuklarda yaşa göre ve referans aralığına göre değişebilmekle birlikte serum kalsiyum düzeyinin 11 mg/dl üzerinde olması durumudur. Serum kalsiyumunun 14mg/dl üzerinde olması hayatı tehdit edebilmektedir. Hiperkalseminin en sık nedenleri paratiroid adenomu, paratiroid hiperplazisi, sekonder veya tersiyer olarak ise kronik böbrek yetmezliği, tüberküloz, sarkoidoz, hodgkin lenfoma, hipofosfotemi, maligniteler de diğer hiperkalsemi nedenleri arasında sayılmaktadır. Çocuklarda hiperkalsemi acil bir durum olup birçok hastalığın klinik bulgusu olarak görülebilir.

Olgu: Term olarak 3500-gram doğan, hastane yatış öyküsü olmayan 8 aylık kız olgu, başvurudan 20 gün önce başlayan öksürük ateş burun akıntısı şikayetiyle oral Amoksisilin-Klavunalik asit kullanan olgu yapılan tetkiklerinde insidental olarak kalsiyum değeri 20,6 mg/dl olarak saptandı. Olgu tetkik ve tedavi amacıyla interne edildi. Gönderilen tetkiklerinde parathormon 2,8 ug/L, fosfor 4,8 mg/dl, alkalen fosfataz 197 U/L, magnezyum 2 mg/dl ve 1-25- dihidroki D vitamin düzeyi 120 ug/L olarak sonuçlandı. Hidrasyon ve furosemid tedavisi başlandı. Spot idrar tetkiklerinde idrar kalsiyum/kreatinin 0,04 mg/g kreatinin saptandı. İdrar kalsiyumu düşük serum kalsiyumu yüksek saptanan hastadan hipokalsiürik hiperkalsemi ön tanısıyla CASR gen mutasyonu gönderildi. D vitamini düzeyi 120 ug/L olan hasta D vitamini intoksikasyonu ön tanısıyla ısrarla sorgulandı hastanın öyküsünde aile hekimliğince D vitamini önerildiği ancak ailenin kullanmadığı öğrenildi.1 mg/kg pamidronat tedavisi tek doz verildi. Sonrasında kalsiyum yüksekliği sebat etmesı üzerıne steroid tedavisi uygulandı. Olgunun Williams Sendromu açısından kardiyak değerlendirmesinde PFO olarak saptandı. Ayrıca D vitamini intoksikasyonu ve nefrokalsinozis açısından yapılan görüntülemede sağ böbrekte grade 1 hidronefroz saptandı. Olgunun tedavileri sonrası kalsiyum düzeyi 11.1 mg/dl olduğu görüldü. Olgu hiperkalsemi etiyoloji açısından genetik sonucu takip edilecek şekilde taburcu edildi. Takibinde D vitamini 65 ug/L ye geriledi.

Sonuç: Hiperkalsemi etiyolojisinden çok sayıda hastalık yer almaktadır. Olgular bütüncül olarak ele alınması ve acil bir durum olduğu bilinerek hızlı bir şekilde tedavisinin düzenlenmesi önem arz etmektedir.

Anahtar Kelimeler: hiperkalsemi, D vitamini, CASR geni, parathormon, insidental

P35

NADİR BİR BOY KISALIĞI OLGUSU: 3M (MILLER-MCKUSICK-MALVAUX) SENDROMU

Çağla İNCESU[1], Gülçin ARSLAN[1], Tayfun ÇİNLETİ[2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş: 3M sendromu, maternal veya plasental patolojinin eşlik etmediği, prenatal ve postnatal büyüme kısıtlılığı olan, dismorfik yüz bulguları ve normal zeka ile karakterize otozomal resesif kalıtım gösteren bir sendromdur. Etiyolojiden CUL7 (%70), OBSL1 (%30) veya CCDC8 (%5) genlerinde homozigot veya birleşik heterozigot mutasyonlar sorumludur. Genellikle büyüme hormonu eksikliği yoktur; IGF-I konsantrasyonları normal, yüksek veya düşük olabilir. Bu hastalarda büyüme hormonu tedavisine yanıt değişken ve tartışmalıdır. Burada, 3 yaş 9 aylıkken büyüme gelişme geriliği nedeniyle tarafımıza yönlendirilen, patolojik boy kısalığı saptanıp tetkik ve takip ettiğimiz, OBSL1 geninde homozigot mutasyon saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Olgu: 3 yaş 9 aylık kız hasta, boy kısalığı nedeniyle çocuk endokrinoloji polikliniğimize başvurdu. 39. gestasyonel haftada sezaryen ile 2250 gr (düşük doğum ağırlıklı) doğduğu öğrenildi. Poliklinik başvurusunda vücut ağırlığı 12,4 kg (-1,82 SDS), boyu 88,9 cm (-2,75 SDS) saptandı. Fizik muayenesinde rölatif makrosefali, hipertelorizm, burun kökü basıklığı, dışa dönük burun delikleri, küçük çene, üçgen yüz, küçük ağız, küçük eller, geniş topuklar, pes planus ve çürük dişler mevcuttu. Nöromotor gelişimi yaşına uygun ve zeka normaldi. Puberte tanner evre 1'di. Anne babanın akraba olmadığı ancak yakın köylerden olduğu ve dayının da benzer fenotipte olduğu öğrenildi. Hemogram, biyokimya, tiroid fonksiyon testleri olağandı. Takipte yıllık büyüme hızı düşük olan, dismorfik bulguları olan olgudan boy kısalığı gen paneli istendi. Genetik panel sonucunda, OBSL1 (NM-015311.3; c.1125) geninde homozigot mutasyon saptandı.

Tartışma ve Sonuç: 3M Sendromu nadir bir hastalık olsa da, otozomal resesif geçişli olması nedeniyle ülkemiz gibi akraba evliliği oranı yüksek olan ülkelerde erken tanı ve genetik danışmanlık, hastalar ve hasta yakınları için önemlidir. Olası vakalarda genetik tetkik istenmesi yeni tanımlanabilecek yeni genler için yol gösterici olabilir. Polikliniğe boy kısalığı ile başvuran normal zekaya sahip hastalarda, prenatal-postnatal büyüme kısıtlılığı ve ebeveynler arası akrabalık bulunuyorsa, 3M sendromu akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Homozigot, OBSL1, üçgen yüz

P36

CİLT LEZYONLARI GELİŞEN BİR BOY KISALIĞI OLGUSU: LEOPARD SENDROMU

Müge NASIRLI[1], Gülçin ARSLAN[1], Filiz HAZAN[2], Bumin Nuri DÜNDAR[3]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye
[2]SBÜ İzmirDr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, SBÜ İzmirDr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Genetik, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye

Giriş: Nöro-kardiyo-fasiyo-kutanöz hastalıklar (RASopatiler) sinir sistemi, kardiyovasküler sistem ve cildi ilgilendiren, dismorfik yüz özelliklerine neden olan, ortak ve ayırt edici klinik özelliklerin belirli kombinasyonlarından oluşan bir grup hastalıktır. Noonan, LEOPARD, Costello, Legius sendromları, kardiyo-fasiyo-kutanöz sendrom ve nörofibromatozis tip 1 (NF1) bu gruptaki hastalıklardandır. LEOPARD sendromu, PTPN11 genindeki mutasyonlar sonucu lentijinöz cilt lezyonları, ekg anormallikleri, hipertelorizm, pulmoner stenoz, kuşkulu genitalya, büyüme gecikmesi ve sensörinöral işitme kaybı ile giden otozomal dominant bir hastalıktır. Burada, Noonan sendromu ön tanısı ile izlenen, PTPN11 geninde patojenik varyant saptanıp LEOPARD tip 1 RASopati ile ilişkilendirilmiş olan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: İlk kez 4 yaş 10 aylık iken büyüme geriliği ile çocuk endokrinoloji polikliniğine başvuran hastanın miadında 3130 gr olarak doğduğu, nöromotor gelişiminin yaşıtları ile uyumlu olduğu öğrenildi. Fizik muayenede vücut ağırlığı 14.3 kg (-1.73 SDS), boy 100.7 cm (-1.33 SDS) idi. Puberte evre 1 olan hastada yüksek damak, kısa filtrum, hipertelorizm, düşük ense saç çizgisi, yele boyun, kıvırcık yünsü saçlar ve vücutta çok sayıda cafe au lait lekeleri mevcuttu. Ön tanıda Noonan sendromu düşünüldü. Takibinde aksiller ve inguinal bölgede çok sayıda çillenmesi ortaya çıkan hasta Noonan Sendromuna eşlik eden NF1 açısından ileri tetkik edildi. Göz bakısında iriste lisch nodülü saptanmadı. NF1 açısından genetik analizi normal saptandı. Nörolojik bakısı, kraniyal ve spinal görüntülemeleri olağandı. Yapılan genetik analizde, PTPN11 geninde Noonan sendromu ve LEOPARD sendromu tip1 RASopati ile ilişkilendirilen c.1393-784T>C heterozigot varyant saptandı. Hastamıza vücutta giderek artan lentijinöz lezyonlar, oküler hipertelorizm, büyümede gecikme, kardiyak bulgular ve genetik sonucu ile LEOPARD Sendromu tanısı konuldu.

Sonuç: Boy kısalığı nedeniyle başvuran olgularda, sendromik bulguların varlığı durumunda genetik inceleme gerekmektedir. Boy kısalığı, dismorfik yüz bulguları ve kardiyolojik bulguları olan, Noonan sendromundan şüphelenilen olgular, lentiginöz cilt lezyonları da eşlik ediyorsa LEOPARD sendromu açısından mutlaka irdelenmelidir.

Anahtar Kelimeler: Lentijinöz, Noonan sendromu, PTPN11

P37

UZUN BOY İLE BAŞVURAN FIBRILINOPATI OLGUSU

Müge DEVECİ[1], Gülçin ARSLAN[1], İbrahim ÖZGÜN[1], Sevim ONGUNER[1], Bumin Nuri DÜNDAR[2]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Şehir Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye
[2]İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Endokrinolojisi, İzmir, Türkiye

Marfan sendromu göz, kardiyovasküler sistem ve kas- iskelet sistemini tutan kalıtsal bağ dokusu hastalığıdır. Prevalansı 1 /10.000 olup, otozomal dominant kalıtılan fibrillin-1 protein bozukluğudur. Klinik heterojenite gösteren fibrilinopatilerden biridir. Olgular, hafif klinikte olabileceği gibi, Marfan sendromunun tüm bulgularını da gösterebilir. Burada 16 yaşında boy uzunluğu ile polikliniğimize başvuran ve FBN1 geninde heterozigot varyant saptanan olgumuzu sunmayı amaçladık.

Önceden bilinen hastalığı olmayan 16 yaş kız olgu, boy uzunluğu şikayetiyle polikliniğimize başvurdu. Miadında 3800 gr, 52 cm doğduğu, soygeçmişinde, dayılarının uzun boylu oldukları öğrenildi. Akraba evliliği tariflenmedi. Başvuru sırasında vücut ağırlığı 74 kg (2.15 SDS), boyu 184 cm (3.66 SDS), vücut kitle indeksi 21.86 kg/m² (0.21 SDS), pubertesi evre 5, sistemik muayenesi olağan saptandı. Anne boyu 165 cm (0.32 SDS), baba boyu 170 cm (-1.01 SDS), hedef boyu 161 cm (-0.36 SDS), kulaç boyu 190 cm, üst/alt segment oranı 0.7 idi. Marfan skorlaması 8 puanla sonuçlandı. El bileği bulgusu pozitifti. Kemik deformitesi, skolyoz saptanmadı. Tetkiklerinde büyüme hormonu 9.23 ng/ mL IGF-1 359 ng/ mL (0.25 SDS), prolaktin düzeyi ve tiroid fonksiyon testleri olağandı. Kemik yaşı 17 yaş ile uyumluydu. Öngörülen erişkin boy 184,2 cm (3.59 sds) saptandı. Büyüme hormonu düzeyinin yüksek olması üzerine çekilen kranial görüntülemesinde hipofiz boyutları yaşa göre üst sınırda saptandı. Büyüme hormonu baskılama testinde supresyon sağlandı. Uzun boy açısından yapılan diğer tetkiklerinde karyotip 46, XX, göz muayenesi olağandı; ekokardiyografisinde mitral kapak prolapsusu saptandı. Moleküler genetik analizinde FBN1 geninde heterozigot c.6659G>A (p. Arg2220Gln) varyantı saptandı.

Fibrilinopatiler bağ dokusunu tutan, kliniği değişken olan bir hastalık topluluğudur. Uzun boy nedeniyle başvuran olgularda, ailesel boy uzunluğu yanısıra fibrilinopatiler de akla gelmelidir. Özellikle sendromik bulguları olan olgularda genetik tetkikler yapılmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Fibrillin, Marfan, Uzun boy

P38

MATERNAL PENETRAN TRAVMA SONRASI FETUSTE OLUŞAN MAJOR TAM KAT KESİNİN AMNİYON MAYI TARAFINDAN SINIRLANMASI VE TETİKLENEN PRETERM DOĞUM EYLEMİ: OLGU SUNUMU

Aybige ÖZKAN[1], **Ezgi YANGIN ERGON**[2], Deniz AKÇA[3], Aslıhan ABBASOĞLU[4], Melek AKAR[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi , Tıp Fakültesi, Pediatri Kliniği, İzmir, Türkiye
[2]S.B.Ü İzmir Tıp Fakültesi İzmir Şehir Hastanesi , Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi , Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
[4]Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi İzmir Şehir Hastanesi , Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye
[5]S.B.Ü İzmir Tıp Fakültesi İzmir Şehir Hastanesi , Tıp Fakültesi, Neonatoloji Kliniği, İzmir, Türkiye

Giriş: Gebelikte travma, hafif (ayakta durma yüksekliğinden düşme veya açık bir çekmeceye karını çarpma) ile majör (delici veya motorlu taşıt kazası gibi künt yaralanma) arasında değişen geniş bir yelpazeye sahiptir. Travma, üreme çağındaki kadınlarda ölümünün ana nedeni olduğu gibi gebelikteki obstetrik nedenli olmayan anne ölümlerinin de en önde gelen nedenlerden biridir. Majör bir travma, % 40-50 oranında fetal ölüm riski taşımaktadır.

Burada, 26. gebelik haftasında batından penetran yaralanma sonrası yapılan kontrol ultrasonografide plasenta bütünlüğü korunan, primer süturize edilerek taburcu edilen gebenin, olaydan bir hafta sonra doğum eyleminin başlaması, acil sezaryen ile bebeğin doğması ve sol yüz yarısında 4 cm'lik tam kat cilt kesisi saptanması, nadir görülmesi nedeniyle sunulmuştur.

Olgu: Otuz yedi yaş G8P8A1K1Y6 madde bağımlısı, kronik şiddet ve darp öyküsü bilinen anneden 27. gebelik haftasında sezaryen ile 840-gram ağırlığında doğan kız bebek, prematürite, solunum sıkıntısı ve sol yüz yarısında gözün 1 cm altından başlayarak trablus hizasına kadar uzanan tam kat 4 cm'lik kesi nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Annenin doğumdan bir hafta önce batına nafiz penetran yaralanması olduğu, dış merkezde yapılan ultrasonografi kontrolü sonrası plasenta ve amniyon mayi bütünlüğünün korunduğu, fetusun kalp atımının devam ettiği ve gebenin primer süturize edilerek taburcu edildiği öğrenildi. Olgunun sol yüz yarısındaki tam kat kesisi yaşamın ilk gününde plastik cerrahi tarafından süture edilerek minimal skarla iyileşmesi sağlandı, prematüriteye bağlı gelişen kısa ve uzun dönemli problemlerinin tedavisinin ardından bebek tam iyileşme ile taburcu edildi.

Tartışma: Travma sonrası obstetrik değerlendirmede abruptio plasenta, preterm eylem, uterin rüptür, fetomaternal kanama, fetal mortalite riskleri bulunmaktadır. Gebelikte meydana gelen travmaların olumsuz maternal ve neonatal sonuçları nedeniyle travmaların önlenmesi çok önemlidir. Maternal hasarın az olması fetüsün daha az hasar göreceği anlamına gelmemektedir. Gebelikte travma olgularının yönetimi zor olduğundan hem anne hem de fetüsün sağlığı için multidisipliner olarak çalışılmalıdır.



Resim 1 maternal penetrasyon travması, façalı yüz

Resim 2 maternal penetrasyon travması sonrası iyileşme süreci

Anahtar Kelimeler: Maternal penetran travma, prematürite, yüz kesisi

P39

ÇOCUK ACİL SERVİSE HALÜSİNASYON GÖRME ŞİKAYETİYLE BAŞVURAN OLGU: DATURA STRAMONIUM ZEHİRLENMESİ

Gülsüm Elif ÖMER[1], Muhammed Mustafa GÜNEYLİOĞLU[2], Berna AKTÜRK[1], Hakan ERDOĞAN[3]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Acil Tıp, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Çocuk Nefroloji, Bursa, Türkiye

Giriş: Datura stramonium ülkemizde yaygın olarak yetişen; halk arasında şeytan elması, boru çiçeği, cin otu ve domuz pıtırı olarak bilinen yabani bitkidir.[1] Oral yoldan fazla miktarlarda alındıklarında antikolinerjik zehirlenme bulgularına neden olurlar.[2-4]

Olgu: Altı yaşında kız hasta, hayal görme, ebeveynlerini tanıyamama, anlamsız konuşma, korkarak uyanma ve ağız kuruluğu şikayetleriyle acile getirildi. Annesi bahçede oynadığını, sonrasında eve gelip uyuduğunu, uyandıktan sonra da halüsinasyon görmeye başladığını ve sorulara anlamsız cevaplar verdiğini belirtti. Hastanın hikaye ve özgeçmişinde ek özellik yoktu. Taşikardi dışında vital bulguları normal sınırlardaydı. Fizik muayenesinde bilinci açıktı, deliryum tablosundaydı, oryantasyon ve kooperasyonu kısıtlıydı. Pupilleri izokorik, bilateral midriyatik, ışığa yavaşlamış refleks yanıt mevcuttu. Göz dibi değerlendirmesi ve diğer kranial sinir muayeneleri normaldi. Serebellar testleri bilateral beceriksiz olarak değerlendirildi. Oral mukoza kuruydu, diğer sistem muayenelerinde ek patoloji saptanmadı. Hastada mevcut bulgularda antikolinerjik zehirlenme düşünüldü. Hastaya hidrasyon başlandı. Kan tetkikleri normal geldi. Elektrokardiyografide sinüs taşikardisi görüldü. Kranial MR çekildi, normal olarak yorumlandı. İdrar toksikolojik testleri çalışıldı, özellik saptanmadı. Takipte deliryum tablosu gerileyen hastaya ebeveynlerinden habersiz farklı bir gıda veya madde alıp almadığı soruldu. Mevcut bulgulara neden olabilecek gıda ve bitkilerin resimleri hastaya gösterildi; çocuk boru çiçeği yediğini söyledi. Aile de bahçelerinde boru çiçeği olduğunu teyid etti. Takipte şikayetleri gerileyen hasta 24 saat sonra önerilerle taburcu edildi.

Tartışma: Datura stramonium (DS) tohumları atropin içerir. Alımlarında 24-48 saate kadar devam edebilen işitsel ve görsel halüsinasyonlar, mukozalarda kuruluk, bulanık görme, konuşma bozukluğu ve tremor görülmektedir.[5,6] Antikolinerjik zehirlenmelerde gastrointestinal dekontaminasyon ve gerekli destek tedavileri uygulanır. Kardiyak monitörizasyon, yakın vital bulgu takibi ve aralıklı olarak nörolojik muayene tekrarlanır. Hastalar semptomlar düzelene kadar gözlem altında tutulur, inatçı semptomları olan hastalar yatırılır.[7,8]

Olgumuz psikiyatrik semptomlarla çocuk acil servise başvuran, bulguları ile antikolinerjik zehirlenme düşünülen ve DS zehirlenmesi tanısı konulan nadir bir vakadır. Acil servise hikaye ile açıklanamayan akut başlangıçlı semptomlarla başvuran hastalarda zehirlenmeler düşünülmeli, toksidrom bulguları değerlendirmeli ve olası zehirlenme nedenleri titizlikle sorgulanmalıdır.



Anahtar Kelimeler: Datura Stramonium, zehirlenme, boru çiçeği, antikolinerjik

P40

SÜLÜK YUTMA İLE BAŞVURAN ÇOCUK OLGULAR; GÖRÜLEBİLECEK KOMPLİKASYONLAR VE ENDOSKOPININ ÖNEMİ

İlksen DEMİR[1], Serenay ÇETİNOĞLU[2], Kardelen AKIN[1], Halil SAĞIR[1], **Celal ÖZKAYA**[1], Şenay ONBAŞI KARABAĞ[1], Betül AKSOY[1], Kamer POLATDEMİR[3], Tuğçe NALBANT[4], Yeliz ÇAĞAN APPAK[1], Maşallah BARAN[1]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Kliniği,
[2]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Gastroenteroloji Hepatoloji ve Beslenme Kliniği,
[3]İzmir Şehir Hastanesi, izmir şehir hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, izmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, İzmir Katip Çelebi Üniversitesi, Çocuk Acil, izmir, Türkiye

Giriş: Yabancı cisim yutulması sıklıkla 6 ay ile 4 yaş arasındaki çocuklarda görülmektedir. Yutulan cisim çoğunlukla bozuk para, iğne, pil ve oyuncak parçalarıdır. Ancak bölgesel ve kültürel farklılıklara göre yutulan nesneler çeşitlilik gösterebilmektedir. Sülüklerin son yıllarda bazı hastalıklarda medikal amaçlı kullanıldığı görülmektedir. Literatürde, sülük içeren kirli sudan temin edilen ve komplikasyon ile başvuran olgular bildirilmektedir. Biz bu olgu sunumları ile ebeveynleri tarafından medikal amaçlı kullanım için temin edilen sülükleri yutan iki çocuk olgu sunmaktayız.

Olgu1: Annesi tarafından ciltteki dermatit nedeniyle temin edilen sülüklerin su şişesi içinde saklanırken, 13 yaşındaki erkek olgu tarafından su içme için yanlışlıkla kullanıldığı öğrenildi. Şişedeki dört sülükten üç sülüğün içilmiş olabileceği belirtildi. Sülük yutma şüphesiyle başvuran olgunun, aktif şikayeti yoktu ve fizik muayenesi olağan saptandı. İzlemde hematemez ve melena gözlenmedi. Bakılan hemogram, biyokimya ve koagülasyon tetkikleri normal sınırlardaydı. Üst gis endoskopisinde sülük görülemedi, mukoza olağan izlendi. İzlemde ek sorunu olmadı.

Olgu2: Annesinin görmedeki azalma nedeniyle göz çevresine uygulama amaçlı su şişesinde sakladığı sülüklerin, 8 yaşındaki erkek olgu tarafından yanlışlıkla içildiği öğrenildi. Aile tarafından hasta bu şikayetlerle acil servise getirildi. Şişede altı sülük olduğu ve bir tanesinin olgu tarafından yutulmuş olabileceği bildirildi. (Figure 1) Fizik muayenesinde sistemleri olağan olan hastanın, aktif şikayeti yoktu. Hemogram, biyokimya ve koagülasyon tetkikleri normal sınırlarda saptandı. Olgunun üst gis endoskopisinde yabancı cisme rastlanmadı.



Sonuç: Sülükler, kan akışını arttırdığı ve antikoagülan maddeler salgıladığı düşünülerek, kişiler tarafından bazı hastalıklarda kullanılmaktadır. Son yıllarda kullanımının yaygınlaşması nedeniyle çocuklar tarafından ulaşılabilirliği artabilmektedir. Literatürde kirli sularda yüzme sonrası gastrointestinal sistemde saptanan sülük vakaları bildirilmektedir. Bu vakalarda anemi, hematemez ve melena gibi bulgular sonrasında endoskopik işlemler ile etyolojide sülük varlığı tespit edilmiştir. Biz de olgularımızda bu komplikasyonların görülme olasılığını göz önünde bulundurarak, en kısa sürede üst gis endoskopi ile değerlendirerek hastaları klinik izlemimize aldık.

Anahtar Kelimeleri: çocuk, endoskopi, sülük, yabancı cisim

P41

MİYOKARDİT ZEMİNİNDE GELİŞEN 3. DERECE AV TAM BLOKLU VENTRİKÜLER KAÇIŞ RİTMİ

Meliha ÇANKAYA[1], Mahmut KESKİN[2]

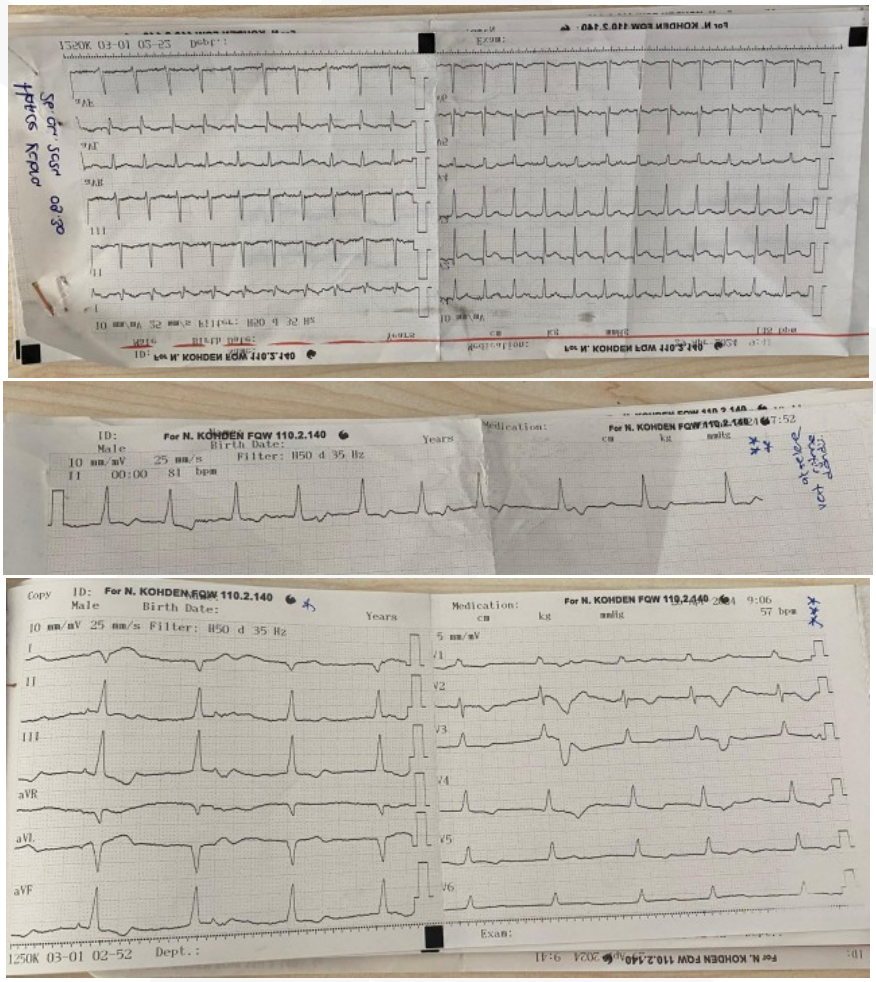
[1]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dali-Çocuk Kardiyolojisi Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş ve Amaç: Miyokardit, kalp kas dokusunun inflamasyonudur. Bu durumda miyokardiyal disfonksiyon ve kalp yetmezliği gelişebilir. En yaygın nedenler arasında enfeksiyöz etkenler bulunur, özellikle virüsler ön plandadır. Enterovirüsler, koksakivirüs, ekovirüs, poliovirüs ve adenovirüsler sık görülürken son yıllarda parvovirus B19 (PVB19) vakalarda en çok izole edilen ajandır. Hastaların çoğunda troponin seviyeleri yükselir. BNP, konjestif kalp yetmezliği ve primer pulmoner patoloji ayrımında kullanışlıdır. Elektrokardiyografide spesifik bulgular olmasa da anormal EKG sonuçları görülebilir, bunlar arasında sinüs taşikardisi, QRS voltaj azalması, ST ve T dalgası değişiklikleri, geniş Q dalgaları, supraventriküler ve ventriküler aritmiler ile AV blok bulunmaktadır.

Olgu: 1 yaş 8 aylık, epilepsi nedeniyle takipli, hipotonik kız hasta beslenememe şikayetiyle polikliniğe başvurdu.Fizik muayenede dehidratasyon, vital bulgularında hipotansiyon ve bradikardi tespit edilince çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı ve IV hidrasyon ile inotrop tedavisi başlandı. Hastanın bradikardisi devam edince EKG çekildi ve sinüs bradikardisi görüldü. Sepsis ön tanısı ile vankomisin ve meropenem tedavisi başlatıldı. PAAC grafisi normaldi, kraniyal MRG'de ise beyaz cevher alanlarında hipodens görünüm izlendi. Bradikardisi devam eden hastanın EKG'sinde 3. derece AV Tam Bloklu Ventriküler Kaçış Ritmi tespit edildi.EKO'da sol ventrikül fonksiyonlarında azalma saptandı. Troponin seviyesinin yüksek olması, miyokardit sonrası gelişen 3. derece AV blok ile ilişkilendirildi. Bradikardisi gerileyen, vital bulguları stabil seyreden hastanın inotrop tedavisi kesildi. Taşikardi gelişmesi üzerine çekilen EKG'de sinüs taşikardisi tespit edildi. Kontrol EKO yapıldığında sol ventrikül fonksiyonlarında iyileşme görüldü. Hastanın idrar kültüründe E. coli üremesi saptandı, meropenem duyarlıydı. Kan kültüründe üreme olmadı. Taşikardisi devam eden hastanın EKG'sinde SVT (supraventriküler taşikardi) tespit edildi ve adenosin tedavisi sonrası sinüs ritmine döndü. Propranolol ve antibiyoterapi uygulandı. Hastanın genel durumu düzeldi ve 1 ay sonra çocuk servisine alındı, çocuk kardiyolojisi ve nörolojisi kontrolü önerilerek taburcu edildi.

Tartışma: Hastada miyokardit zemininde malign aritmi gelişmesine rağmen kalıcı pacemaker'a gerek kalmadan iyileşme sağlanmıştır. Literatürde de bu tür olgular bildirilmiştir.

Sonuç: Miyokardite bağlı aritmilerin çoğu kendiliğinden gerilemekle birlikte, miyokarditin ciddiyetine göre kalıcı ve ölümcül olabilmektedir. Miyokardit geçiren hastaların yakın takibi ve malign aritmiler açısından dikkatli olunması gerekmektedir.



Anahtar Kelimeler: miyokardit, 3. derece AV blok, ventriküler kaçış ritmi, supraventriküler taşikardi, pacemaker implantasyonu

P42

NADİR GÖRÜLEN BİR VAKA; İDİOPATİK İNFANTİL HİPERKALSEMİ

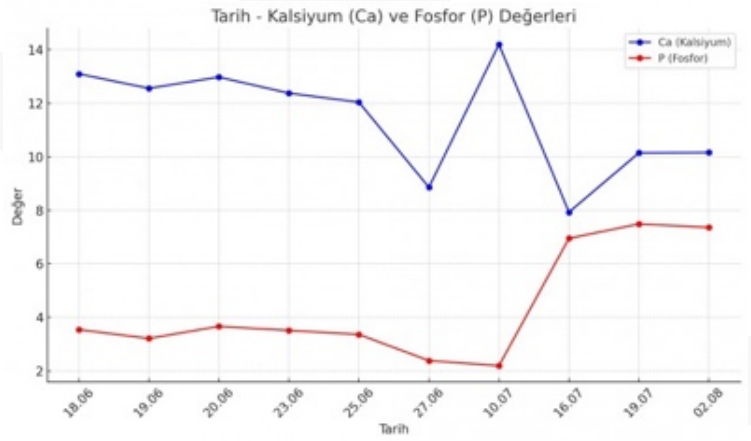
Meliha ÇANKAYA[1], Uzm Dr Kübra BOZTEPE[1], Prof Dr Mustafa Özgür PİRGON[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastaliklari Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı-Çocuk Endokrinoloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş ve Amaç: İdiyopatik infantil hiperkalsemi (IHH), hiperkalseminin nadir sebeplerindendir. En sık 24-hidroksilaz (CYP24A1) mutasyonlarından kaynaklanan; dehidratasyon, kusma ve gelişememeyle karakterize bir hastalıktır. Son zamanlarda, sodyum fosfat kotransporter (NaPi-IIa) genindeki (SLC34A1) mutasyonlar da IHH'nin bir nedeni olarak keşfedildi. SLC34A1 geninde homozigot mutasyon saptanan hastalarda bilateral nefrokalsinozis görülebilir.

Olgu: 3 aylık prematüre doğum öyküsü olan erkek hasta, uyku hali, kusma ve emmede azalma nedeniyle dış merkezden hiponatremi ve hiperkalemi saptanmasıyla bize yönlendirildi. Laboratuvar bulgularında hiponatremi (Na:128 mEq/L), hiperkalemi (K:5.3mEq/L), glukoz: 93mg/dL, kalsiyum (Ca):11mg/dL idi. Kan gazı metabolik alkalozla uyumluydu. Hastadan konjenital adrenal hiperplazi açısından 17-OH progesteron, ACTH, kortizol, DHEA-S, T.testosteron, aldosteron tahlilleri alındı. Hastaya IV hidrasyon ve fludrokortizon başlandı. Hiponatremisi ve hiperkalemisi düzelen hasta 2 gün sonra fludrokortizon kesilerek taburcu edildi. Hastanın aldosteron:425pg/mL, renin: 1.1ng/mL/saat, kortizol:13µg/dL, ACTH: 31pg/mL, 17-OH progesteron:5.6ng/mL idi. Adrenal yetmezlik dışlanarak, psödohiperaldosteronizm düşünüldü. 1 hafta sonra aynı şikayetlerle başvurusunda (Na:126 mEq/L), (K:6.5 mEq/L), (Ca:14.5 mg/dL), (P: 3.5mg/dL) görüldü. Spot idrarda Ca/kre:1.2, 25-OHD vitamin:68 ng/mL, PTH:1.1pg/mL idi. Renal USG'de nefrolithiasis yoktu. Hastada PTH baskılı olup, D vitamini<100 ng/mL olduğu için ön planda İHH düşünüldü. Hastaya IV hidrasyon ve fludrokortizon başlandı. Vitamin D profilaksisi kesildi. Hidrasyonla kalsiyum değeri gerilemeyen ve malign hiperkalsemi olarak değerlendirilen hastaya tek doz pamidronat tedavisi uygulandı. Tedavi sonrası Ca:8.8 mg/dL olan hasta fludrokortizon ve oral tuz tedavisiyle taburcu edildi. 2 hafta sonra tekrar hiperkalsemiyle başvurdu. Tahlillerinde (Ca:14.2mg/dL), (P:2.1mg/dL), spot idrarda Ca/kre: 0.7'idi. İHH düşünülen ve fosfor düşüklüğü olan hastaya oral fosfor 50 mg/kg/g'den başlandı. 3 gün tedavi sonrasında Ca:10.1mg/dL, P:7.4 mg/dL olan hasta oral fosfor tedavisiyle taburcu edildi. Poliklinik kontrollerinde kilo alımı mevcut olup, kalsiyumu normal aralıkta seyretmektedir. Kontrol renal USG'de nefrokalsinoz saptanmadı. Genetik sonucu takip ediliyor.

Sonuç: SCL34A1 gen mutasyonları, hipofosfatemi, poliüri ve polidipsinin eşlik ettiği hiperkalsemiyle başvuran olgularda dikkate alınmalıdır. Artmış nefrokalsinoz ve böbrek yetmezliği riskleri nedeniyle özellikle ailede nefrolithiazis öyküsü ve akraba evliliği olanlarda akılda tutulması gerekmektedir. Oral fosfor replasmanı ve yeterli sodyum klorür takviyesi hiperkalsemiyi düzeltebilmektedir.



Anahtar Kelimeleri: idiopatik infantil hiperkalsemi, slc34a1 gen mutasyonu, hipofosfatemi, hiperkalsemi, d vitamini

P43

KLİNİK TABLO VE HEDEFE YÖNELİK YENİ NESİL DİZİLEME İLE TANI ALAN HEREDİTER SFEROSİTOZ OLGUSU

Boğaçhan Murat ÖZKARTAL[1], Prof Dr Ebru YILMAZ KESKİN[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye

[2]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tip Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı- Çocuk Hematoloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş: Herediter sferositoz (HS), eritrositlerin beş farklı membran proteininde bir etkilenme sonucu hemolize yatkınlığın arttığı kalıtsal bir bozukluktur. Nadir olmayıp sıklığı 1/2000 olarak bildirilmektedir. Hastalık membran proteinlerini kodlayan farklı genlerdeki mutasyonlardan kaynaklanabilir ve etkilenen bireylerde klinik tablo oldukça değişkendir. Bazı bireylerde asemptomatik kompanze hemoliz bulunurken olguların az kısmı transfüzyon bağımlıdır.

Amaç: Yenidoğan döneminde fototerapi alan ve hemoglobin düşüklüğü olan bebeklerde HS tanısının göz ardı edilmemesi gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

Olgu: Aralarında akrabalık bulunmayan ebeveynlerden doğan erkek bebek yenidoğan döneminde indirekt hiperbilirubinemi nedeniyle 6 gün süreyle fototerapi aldı. İzlemde olguda solukluk gelişti ve skleralarda ikterik görünüm devam etti. Olgunun 16 aylıkken yapılan tetkiklerinde hemoglobin 6,9 g/dL, ortalama eritrosit hacmi (MCV) 78,1 fL, ortalama eritrosit hemoglobin konsantrasyonu (MCHC) 34,9 g/dL, eritrosit dağılım hacmi (RDW) %19,9 bulundu. Retikülositoz (%4,55) izlendi. Periferik kan yaymasında sferositler görüldü. Ozmotik frajilite artmış olarak gözlendi. Aile hikayesi olmayan olguda ön planda HS düşünüldü. Olguya eritrosit transfüzyonu verildi. İzlemlerde splenomegali dikkati çekti. Olgu bu bildirinin yazıldığı tarihte 13 yaşında olup toplam 13 kez eritrosit transfüzyonu almıştır (son eritrosit transfüzyonunu 2 yıl önce aldı). Olgudan kalıtsal hemolitik anemiler yönünden hedefe yönelik yeni nesil dizileme [NGS] yöntemi ile çalışılan genetik analiz istendi. Ankirini kodlayan ANK1 geninde muhtemel patojenik olan heterozigot NM_000037.4 büyük bir delesyon (mutasyonun etkisi: ekzon 2 kaybı) saptandı. Bu bulgu ile HS tanısı doğrulandı.

Sonuç: HS olgularının yaklaşık %70'inin otozomal dominant, %10'unun otozomal resesif kalıtıldığı, kalan %20 olgunun ise de novo mutasyonlar kaynaklı olduğu düşünülmektedir. Olguların çoğunluğunda mutasyonlar aileye özgüdür. Aile hikayesi mevcutsa HS açısından şüphelenmek daha kolaydır. Aile hikayesi bulunmayan olgularda ise altta yatan neden de novo bir mutasyon veya otozomal resesif olarak kalıtılan mutasyonlar olabilir. Olgumuzda HS ilişkili genlerden ANK1'de heterozigot büyük bir delesyon bulunmuş olup bu genetik değişikliğin de novo bir mutasyon olduğu düşünülmektedir.
Özellikle aile hikayesi bulunmayan HS olgularında genetik incelemelerle ailelere daha sağlıklı genetik danışmanlık sunulabilir.

Anahtar Kelimeler: herediter sferositoz, indirekt hiperbilirubinemi, gen mutasyonu, osmotik frajilite, splenomegaly

P44

KANAMA BOZUKLUĞU OLAN HASTADA FAKTÖR 7 EKSİKLİĞİ

İrem ELVER, Özgür Aylin KOTAN YILDIRIR

Byieah, Bursa Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Pediatri, Bursa, Türkiye

Giriş: Faktör VII 13. kromozom üzerindeki FVII geni tarafından kodlanan, karaciğerde sentezlenen, glikoprotein özellikte, K vitaminine bağımlı bir pıhtılaşma faktörü olup vasküler hasar sonucu açığa çıkan doku faktörü ile aktiflenerek sekonder hemostazda önemli rol oynamaktadır.
FVII düzeyi <%30 olmadıkça genellikle klinik kanama görülmemektedir. Hemofilinin aksine kanamanın sıklığı ve şiddeti FVII düzeyi ile orantılı değilse de ağır eksikliklerde ciddi kanamaların daha sık görüldüğü de bir gerçektir. Kanamalar sıklıkla mukokutanöz kanamalar şeklinde olur. En sık rastlanan klinik kanama bulguları menoraji ve burun kanamasıdır. Ayrıca hemartroz ve hematomlar da izlenebilir. Üreme çağındaki kadınlarda daha sık görülmesi şaşırtıcı değildir.
Protrombin zamanının (PT) uzun, aktifleşmiş parsiyel trombin zamanının (aPTT) normal ve FVII düzeyinin düşük bulunması ile tanı konulur. Tedavisinde, plazma kaynaklı ve rekombinan FVII (rFVIIa) konsantreleri kullanılsa da, bunlara erişimin olmadığı ülkelerde düşük miktarda FVII içermelerine rağmen taze donmuş plazma (TDP) ve protrombin kompleks konsantreleri (PCC) de kullanılmaktadır.
Amaç: Menoraji ile takip edilen hastaların zemininde faktör eksikliği gibi hematolojik hastalıkların da var olabileceğini hatırlamak amacıyla bu olgu sunumu hazırlanmıştır.
Yöntem: Bursa Yüksek İhtisas Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Bilim Dalı'na kanama bozukluğu, menoraji ile başvuran ve FVII eksikliği tanısı alan, takibi hala devam etmekte olan hasta olgu sunumu olarak hazırlandı. Hastanın demografik özellikleri, başvuru yakınmaları, PT, aPTT ve FVII değerleri, kanama tipi ve tedavileri kaydedildi.
Olgu: 17 yaş kız hasta 3 yıl önce düşme sonrasında olan vajinal kanama nedenli hastane başvurusunda ayrıntılı fizik muayenesi yapılan tetkikleri alınan hastada demir eksikliği anemisi saptanmış ve tedavisi başlanmış. Yaklaşık 1 sene sonra menorajisinin olması üzerine tekrar hastane başvurusunda bulunan hastanın laboratuvar tahlillerinde demir eksikliği anemisi tedavisine rağmen hemoglobin düşüklüğü görülmüş, adet dönemlerinde kullanmak üzere transamin tedavisi başlanmış. Transamin tedavisi sonrasında şikayetleri devam eden hastanın öyküsünde daha önce de diş çekimi sonrası kanamalarının çok olduğu saptanmış. Fizik muayenesinde özellik olmayan hastanın hemogram koagulasyon kontrolü ve faktör değerleri istenmiş. PT, APTT değerleri normal, faktör 7 düzeyi: 6,6 gelmesi üzerine takibe alınmış.
Çocuk endokrinoloji takip ve tedavilerine rağmen menorajisinin devam etmesi üzerine tarafımıza tekrar başvurusunda alınan tetkiklerinde faktör kontrolleri laboratuvarımızdan ve dış laboratuvardan istendi PT:44.5 aPTT:22 faktör 7 düzeyi :1.1 olarak sonuçlandı. Faktör 7 eksikliği tanısı konulan hastanın tedavisi düzenlendi. Hastanın tedavi ve takibi tarafımızca devam etmektedir.
Sonuç: FVII eksikliği seyrek görülmesi nedeniyle başvuru anında düşünülmesi ve tanı konulması gibi bazı problemleri de beraberinde getirmektedir. Faktör eksikliği olan hastalarda klinik bulgular eksiklik tipine ve şiddetine göre hafif kanamaya yatkınlıktan ağır ve hayatı tehdit edici kanamalara kadar değişebilir. Bu sebepler nedeniyle kanama ile başvuran hastalarda faktör eksikliği akılda tutulmalı ve araştırılmalıdır.
Anahtar Kelimeler: Faktör VII Eksikliği, Menoraji, Kanama Bozukluğu

P45

BİR BULANTISIZ KUSMA NEDENİ: MEDULLABLASTOM

Boğaçhan Murat ÖZKARTAL[1], Mustafa AKÇAM[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tip Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari Anabilim Dali, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tip Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tip Fakültesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari Anabilim Dali-Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dali, Isparta, Türkiye

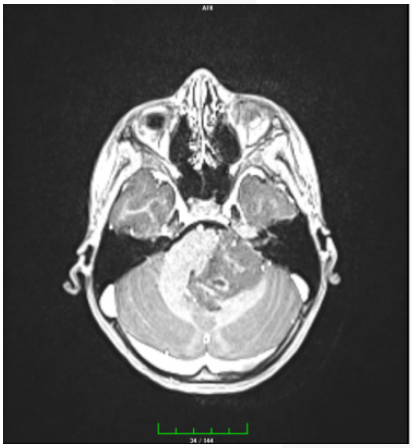
Çocuklarda en sık görülen santral sinir sistemi tümörüdür (SSS).0-14 yaş arasında görülen SSS tümörlerinin %20'sini oluşturur. Erkek çocuklarda daha sıktır. Genellikle 10 yaş altında tanı alırlar. Posteror fossada sıklıkla 4. ventrikülün tavanından köken alır. Klinik bulgular hastanım yaşına ve hastalığın yaygınlık derecesine (lokal veya yaygın) bağlıdır. Klinik bulgular; baş ağrısı, kusma papil ödem, irritabilite, diplopi, nistagmus ve infant dönemde baş çevresinde hızlı artıştır. En yaygın bulgular kusma ve baş ağrısıdır.

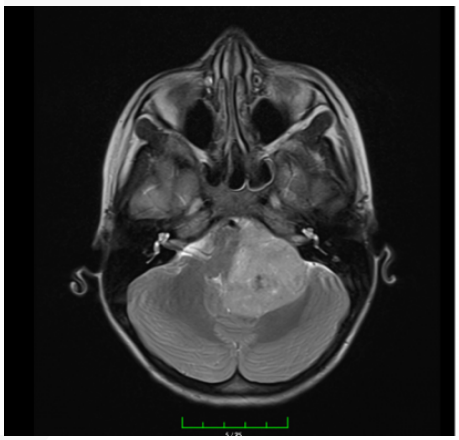
Amaç: Sabahları bulantısız kusması olan vakalarda intrakranial patolojilerin atlanmaması gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

Yöntem: 7 yaş erkek hastanın 2 haftadır sabahları bulantısız fışkırır tarzda kusması oluyormuş. Çocuk gastroenteroloji polikliniğine başvurmuşlar. Fm'de submandibular lenfadenopatisi mevcuttu. Papil ödem yoktu. Diğer sistem muayeneleri olağandı

Bulgular: Tetkiklerinde crp negatif hemogram, biyokimya normaldi. İnatçı kusmaları devam eden hastaya kraniyal difüzyon MR çekildi. Solda foramen luschka asimetrik olarak belirgin genişlemiş, 4. ventrikül içerisine ve lateralde ekstra aksiyal sisternal lokalizasyonu uzanımlı kistik nekrotik komponentleri bulunan diffüzyon kısıtlanması gösteren ADC serilerde yaygın hipointens komponentleri bulunan, düzgün lobüle kontörlü medialde pons ve bulbusu Sol-orta–inferior serebellar pedinkülü, lateralde serebellar hemisferi basılayan ve 4. ventrikülü tama yakın oblitere eden yaklaşık 3.6x 4.2 cm kitlesel lezyon mevcuttur şeklinde raporlanan hastaya kontrastlı kraniyal MR çekildi. Tanımlanan lezyonun orijini yönünden serebellar hemisfer parankimi - beyinsapı ayrımı net olarak yapılamadı. Diffüzyon ağırlıklı serilerde hiperinten, önceki BT tetkikinde hiperdens olması nedeniyle radyolojik olarak ilk planda Medülloblastom olarak yorumlanmış olup ayırıcı tanıda atipik formda epandimom tanısı gözardı edilmemelidir. Hasta beyin cerrahisi tarafından ameliyata alındı. Kitle derin yerleşimli olduğundan subtotal eksize edildi. Gönderilen frozen yuvarlak mavi hücreli medullablastom ile uyumluydu. 2 gün sonra kontrol difüzyon MR çekildi. Hasta yoğun bakım takibinden sonra beyin cerrahiye devir edildi. 1 hafta servis takibinden sonra Radyoterapi (RT) - kemoterapi (KT) için çocuk onkolojisi olan merkeze yönlendirildi.

Sonuç: Medulloblastoma malign tümördür. Sadece cerrahi girişimle tedavi edilemez. Postoperatif ilk 72 saat içerisinde kontrol MR çekilmeli, rezidüel kitleler için tekrarlanan cerrahilerden kaçınılmamalıdır.





Anahtar Kelimeleri: beyin tümörü, ependimom, medulloblastom, inatçi kusma, kiba

P46

BİR LENFADENOPATİ(LAP) ETKENİ: M. TUBERCULOSİS

Ebru SAGAY[1], İbrahim Cemal MASLAK[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi-Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastaliklari Anabilim Dalı-Çocuk Allerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş: Skrofula veya tüberküloz lenfadenit tüberküloz etkeni olan M. tüberkülozis basilinin lenf bezlerini tutmasıyla oluşan bir hastalıktır. Akciğer dışı tüberküloz olgularının en sık görülen formudur. Çoğunlukla boyun lenf bezleri tutulmaktadır. Boyun bölgesi dışında mediastende, akciğer hilusunda, aksillada, inguinal bölgede, karın içinde (mezenterik) ve diğer bölgelerde de görülebilir.

Amaç: Kliniğimize boyunda şişlik şikayeti ile başvurup tüberküloz tanısı olan vakamızı sunmak istedik.

Olgu: 6 yaş kız hasta sağ boyunda şişlik ve kızarıklık şikayeti ile tarafımıza başvurdu. Hastanın hikayesinden şişliğin yaklaşık 1 aydır mevcut olduğu ancak son günlerde şişlikte artış olduğu öğrenildi. Şişliğin ilk çıktığı dönemde şikayetine öksürük ve ateş eşlik etmiş. 7 gün antibiyotik tedavisi almış olan olgunun gece terlemesi ve kilo kaybı olmamış. Enfeksiyon sonrası dönemde ateşi olmamış. FM'de sağ submandibular bölgede mobil ağrısız 2x2 cm boyutunda LAP, fluktuasyon veren LAP üzerinde kızarıklık, ısı artışı ve akıntı mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı.

Bulgular: Hastanemizde yapılan USG'de boyun sağ level 2 düzeyinde 19x24 mm RDUS bakıda belirgin artmış renk kodlanması alınan yoğun içerikli heterojen LAP-LN tarifli lezyon komşuluğunda ciltten yaklaşık 2,5 mm derinlikte 12x30 mm içerisinde yüzen ekojeniteler barındıran düzensiz sınırlı yoğun içerikli görünüm (koleksiyon alanı?) saptandı. Takibinde spontane drene olması üzerine; drene olan materyalden tüberküloz kültürü ve tüberküloz PCR gönderildi.

Apse kültüründe tüberküloz dışı etkenler üremedi. ARB (–) idi. Quantiferon testi (+) gelmesi üzerine hastaya PPD yapıldı, 20x15 mm (+) bulundu. PAAC grafisi çekildi. PAAC grafisi normaldi. Klinik ve şikayetleri aktif tüberküloz ile uyumlu olmayan hastaya kültür sonuçları çıkana kadar ampirik Ampisilin-sulbaktam + Klindamisin antibiyoterapisi başlandı.

Kültür sonuçları geç çıkacağı öngörülen hastaya tru-cut biyopsi yapıldı. Takip esnasında abse kültüründe M. tuberculosis complex üredi. Hastaya İzoniazid-Rifampisin-Pirazinamid (2 ay) başlandı. 4 ay daha İzoniazid – Rifampisine devam etmesi planlandı. Aile Verem Savaş Dispanserine yönlendirildi.

Sonuç: Boyunda şişlikle gelen vakalarda etken olarak tüberküloz lenfadeniti de mutlaka akılda tutulmalıdır. Tüberküloz saptanan hastaların aile üyelerinin de sorgulanıp tedavilerinin düzenlenmesi gözden kaçırılmamalıdır.



Anahtar Kelimeler: lenfadenopati, tüberküloz, izoniaz id-rifampisin, ppd, quantiferon

P47

NADİR GÖRÜLEN BİR OLGU: SÜT ÇOCUKLUĞU DÖNEMİNDE DENİZE GİRME SONRASI GELİŞEN OTİT VE SELÜLİT

Özden AKSU SAYMAN, **Melih TATLI**

Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: Selülit, deri ve derialtı yağ dokusunu tutan, ani başlayıp hızla yayılım gösteren bir enfeksiyondur. Etken genellikle Streptococcus pyogenes ve staphylococcus aureus'dur. Travma, egzema, suçiçeği lezyonları gibi deri bütünlüğünün bozulduğu bölgeler enfeksiyonun başlangıç yeri olabileceği gibi bazılarında hiçbir giriş noktası bulunamaz. (1,2).

Olgu: Sağ kulakta pürülan akıntı ve sol yanak ve göz çevresinde kızarıklık şikayeti ile hastanemiz acil servisine başvuran 34 günlük erkek hasta, tekik ve tedavi amacıyla servisimize yatışı yapıldı. Hastanın şikâyetlerinin yaklaşık 1 hafta önce denize girdikten sonra başladığı bildirildi. Aile tarafından ayrıntılı öykü alındığında, hastanın kucakta denize sokulduğu, yüz bölgesinin ve başının deniz suyu ile yıkandığı öğrenildi. Denize sokulduktan 2 gün sonra sağ kulağında non-pürülan akıntı şikayetinin başladığı, Denize sokulduktan 4 gün sonra da akıntısının pürülan gelmeye başladığı ve sol kaş-alın bölgesi derisinde kızarıklık başladığı aile tarafından ifade edildi. Hastanın özgeçmişinde sezaryen ile 3135 gram ağırlığında ve miadında doğduğu öğrenildi. Postnatal 3. gününde yenidoğan sarılığı nedeniyle yenidoğan servisine yatış öyküsü mevcuttu. Hastanın soy geçmişinde özellik bulunmamaktaydı. Fizik muayenesinde ağırlığı 4,7 kg (50-75 p), boy 56 cm (50-75 p)'idi.Sol kaş hizasından başlayan; 2x2 cm boyutunda yanak bölgesinde deriden kabarık olmayan kızarıklık vardı. Diğer sistemik muayenleri doğaldı. Hastanın tam kan sayımında; lökosit 17.530, Hb 11 g/dL, Hct 33.3, MCV 90 fL, nötrofil 13.040,lenfosit 2.090, trombosit 421.000, nötrofil oranı %72'idi.Karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri normaldi. CRP 97,4 mg/L saptandı. İmmunoglobulin tetkikleri (IgA, IgG, IgM, IgE) yaşa göre normal seviyedeydi. Hasta immün yetmezlik açısından çocuk alerji uzman hekimine; preseptal selülit, periorbital selülit açısından göz hastalıkları uzman hekimine; otite sekonder gelişen bir enfektif durum açısından kulak burun boğaz hastalıkları uzman hekimine danışıldı. Hastaya mevcut bulgularla selülit tanısı konularak izleme alındı.

Sonuç: Süt çocukluğu dönemi, çocukların enfeksiyona yatkın oldukları bir dönemdir. Bu dönemde deniz, havuz gibi alanlara erken maruziyet çeşitli enfeksiyonlara sebebiyet vermektedir.

Anahtar sözcükler: Selülit, Süt çocukluğu dönemi, İmmün yetmezlik

P48

GLANZMAN TROMBASTENISI TANILI HASTADA SÜNNET OPERASYONUNUN YÖNETİMİ

Merve BAYRAK YILDIRIM[1], Ebru YILMAZ KESKİN[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları A.B.D., Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji B.D., Isparta, Türkiye

Giriş-Amaç: Glanzman Trombastenisi Tanılı Hastada Sünnet Operasyonunun Yönetimi

Yöntem ve Gereçler: Bu hasta Glanzman Trombastenisi tanılı olup sünnet operasyonunun yönetimi esnasında kanama kontrolünü sağlamak için yapılanlardan bahsedilmektedir.

Bulgular: Glanzman Trombastenisi tanısıyla takip edilen 8 yaşında erkek hastanın ailesi sünnet isteği ile başvurdu. Tetkiklerinde Hg:13,5 g/dL, Plt:185.000 mm, Protrombin zamanı: 12,4 sn, aPTt:36 sn görüldü. Operasyon öncesinde 2 ünite lökosit filtreli trombosit aferezi, Rekombinant Faktör 7a için reçete düzenledik. İşlemden öncesinde Traneksamik asit iv olarak 10 mg/kg/doz dan 3 dozda başlandı. İşlemden 2 saat öncesinde trombosit aferezi verildi. işlemden hemen öncesinde 100 mcg/kg/doz'dan Rekombinant Faktör 7a hastaya iv olarak yapıldı. İşlem sırasında lokal olarak traneksamik asit uygulaması yapılmış. İşlem sonrasında da 2,5 saatte bir aynı dozdan 3 kez tekrarlandı. 3. günde sargısı açılırken kanaması olması üzerine 2.kez trombosit aferezi verildi. Tekrar 3 doz olacak şekilde 2 saatte bir Rekombinant Faktör 7a tekrar verildi. Sızıntı şeklinde kanaması 3 dozdan sonrasında da devam etmesi üzerine 24 saatlik iv Rekombinant Faktör 7a olarak ilaç infüzyonu başlandı. Kanaması kontrol altına alındı.

Sonuç-Tartışma: Glanzman Trombastenisi tanılı hastalarda kanama kontrolünde trombosit aferezi önerilmektedir. Bu sayede normal fonksiyonu olan trombosit sisteme girdiğinde kanamanın durması daha çabuk olmaktadır. Ancak bu hastalarda tekrarlayan trombosit aferezi verildiğinde alloimmunizasyon gelişebilir. Bunu azaltmak adına Rekombinant Faktör 7a etkili ve güvenli bir tedavi seçeneğidir. Biz bu hastamızda iki tedaviyi birlikte kullandık. Rekombinant Faktör 7a kullanımı trombosit aferezi kullanımını azaltmakta ve kanama kontrolünde faydalı olmaktadır.

Anahtar Kelimeler: glanzman, sünnet, recombinant faktör

P49

GASTROINTESTINAL SEMPTOMLARLA BAŞVURAN ÇOCUĞUN NÖROLOJİK BİR GERÇEĞİ: POSTERIOR FOSSA'DA GİZLENEN TEHLİKE

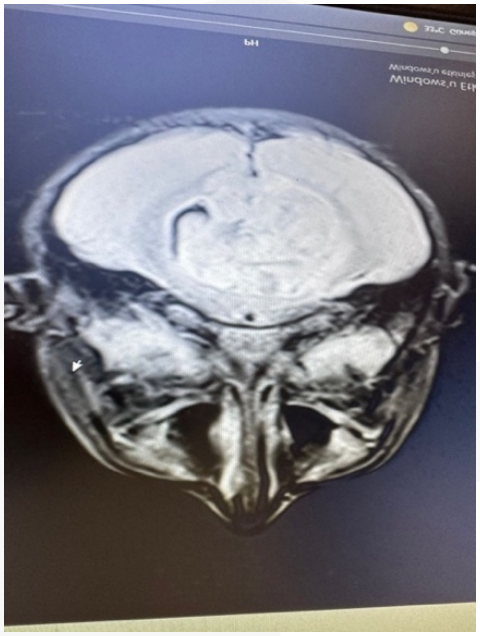
Duygu ÇALIŞKAN[1], Celil YILMAZ[2], **Melih TATLI**[1]

[1]Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk sağlığı ve hastalıkları, Antalya, Türkiye
[2]Alaaddin Keykubat Üniversitesi Alanya Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk nörolojisi, Antalya, Türkiye

Giriş: Posterior fossa kitleleri, pediatrik popülasyonda merkezi sinir sistemi tümörlerinin önemli bir kısmını oluşturmaktadır. Bu vakada, 3 yaş 6 aylık erkek hastada beş aydır devam eden kusma, kilo kaybı ve nörolojik semptomlarla seyreden bir olguyu sunmaktayız.

Vaka: Hasta, 3 yaş 6 aylık erkek, yaklaşık 5 ay önce başlayan ve gün içinde sayısı değişen kusma şikayetiyle çocuk polikliniğine başvurmuş. Kusmalar bazen fışkırır tarzda, bazen de öğürme şeklinde ve eşlik eden periumbilikal karın ağrısı mevcuttu. Yapılan tetkiklerde belirgin bir patoloji saptanmamış, hasta pediatrik gastroenterolojiye yönlendirilmiş.
Pediatrik gastroenteroloji biriminde yapılan endoskopik incelemede, kusmaları açıklayacak bir patoloji tespit edilememiş. Son bir hafta içinde hastanın şikayetlerine baş ağrısı ve kısa süreli denge kaybı eklenmiş. Yeni gelişen semptomlar ve kilo kaybı nedeniyle hasta pediatrik nörolojiye sevk edilmiş.
Pediatrik nörolojide yapılan nörolojık muayenede, kaşektik ve toksik görünümde, ense sertliğinde artış, ataksik yürüyüş bulguları ile birlikte, göz dibi bakısında papil ödemi saptanmış, çekilen kontrastlı beyin manyetik rezonans görüntüleme (MRG) incelemesinde, 4. ventrikülü dolduran ve bu düzeyde uzanım gösteren 6,5 x 5,5 x 4,5 cm boyutlarında bir kitle saptanmıştır. Kontrast verilmesi sonrasında kitle yoğun ve heterojen bir kontrastlanma göstermiştir. Klinik ve radyolojik bulgular medulloblastom, pilositik astrositom gibi bir posterior fossa tümörünü düşündürmüştür.

Tartışma: Pediatrik yaş grubunda kusma genellikle gastroenterolojik nedenlerle ilişkilendirilse de, uzamış ve tedaviye yanıt vermeyen kusmalarda, nörolojik nedenlerin de akılda tutulması gerekmektedir. Bu olguda hastanın başlangıçta sadece gastrointestinal semptomlarla başvurması, nörolojik semptomların daha sonra gelişmesi tanıda gecikmeye neden olmuştur. Bu vakada 4. ventrikülü dolduran ve BOS akımını bloke eden kitle medulloblastom, pilositik astrositom gibi yüksek dereceli bir tümörü düşündürmektedir.



Sonuç: Çocukluk çağında tekrarlayan kusma ve kilo kaybı gibi gastrointestinal semptomlarla başvuran hastalarda, nörolojik sistemin de değerlendirilmesi büyük önem taşımaktadır. Bu vaka, özellikle posterior fossa tümörlerinin kusma, baş ağrısı ve nörolojik bulgularla prezente olabileceğini ve zamanında yapılan nörolojik değerlendirmeler ile tanıda gecikmenin önlenebileceğini vurgulamaktadır.

Anahtar sözcükler: kusma, posterior fossa tümörleri

P50

BİR EOZİNOFİLİK ÖZEFAJİT OLGUSU

Merve BAYRAK YILDIRIM[1], İbrahim Cemal MASLAK[2], Mustafa AKÇAM[3]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağliği Ve Hastaliklari A.B.D., Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Alerji Ve İmmunoloji B.D., Isparta, Türkiye
[3]Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji B.D., Isparta, Türkiye

Giriş-Amaç: Eozinofilik Özefajit (EÖ), sindirim sisteminin başka hiçbir yerinde olmayıp sadece özefagusta eozinofili ile karakterize mix tipte bir besin alerjisidir. Gastroözefagiyal Reflü (GÖR) ile karışabilir. Sıklığı giderek artmaktadır. Yutma güçlüğü, kusma, takılma hissi, beslenme reddi en belirgin klinik özellikleridir. Endoskopide patolojide bakılan preparatta her büyük büyütmede 15 üzeri eozinofil görülmesi eozinofilik özefajit düşündürür. Etiyolojide inek sütü, yumurta ve buğday sorumlu başlıca gıdalardır.

Yöntem ve Gereçler: Bu çalışmadaki hasta çocuk gastroenteroloji ve çocuk alerji polikliniğinde kontrolleri olup, endoskopi sonrasında gözlem amacıyla servis takipleri olan bir hastadır.

Bulgular: 4 yaş erkek hasta kusma, karın ağrısı, beslenme reddi, kilo alamama şikayetleri ile çocuk gastroenteroloji kliniğine başvurdu. Endoskopide servikal, torakal ve abdominal özefagusta trakealizasyon saptandı. Patolojide özefagusta BBA'da >50 eozinofil görülmesi üzerine Proton pompa inhibitörü (PPİ) (8 hafta süreyle 1-2 mg/kg/g dozunda), Sukralfat tedavileri başlandı. Hasta kontrole geldiğinde semptomları gerilemeyen olgunun kontrol endoskopisinde eozinofilinin devam etmesi üzerine (BBA 'da >15 eozinofil) eozinofilik özefajit açısından çocuk alerji bölümüne yönlendiriliyor.
Çocuk alerji bölümünde yapılan testlerinde periferik kanda Absolut eozinofil sayısı (AE):400, total IgE:526 görüldü. Deri prik testinde süt, buğday ve yumurta negatifti. Kanda bakılan Süt Spesifik IgE değeri 1,5 kU/L (+2 pozitif) olarak görüldü.
Hastaya süt ve süt ürünleri eliminasyon diyeti başlandı. 8 hafta sonra kontrolde bakılan periferik kanda AE: 0 olarak görüldü. Kontrol endoskopide patolojide özefagusta eozinofilinin gerilediği (BBA<15 eozinofil), klinik olarak semptomların gerilediği görüldü.

Sonuç-Tartışma: Kusma, karın ağrısı, beslenme reddi, kilo alamama gibi şikayetleri olan çocuklarda PPİ tedavisine yanıt olmaması durumunda EÖ düşünülmesi gerekmektedir. Bu durumda mutlaka çocuk alerji ve çocuk gastroenteroloji bölümü tarafından çocuk izleme alınmalıdır. Kontrol olarak yapılan endoskopide özefagustan alınan numunede patoloji bölümüne eozinofili sayılması gerekliliği özellikle belirtilmelidir. Bu hastalarda diyet ile alerjik olan besin elimine edildiğinde klinik iyileşme gözlenmektedir.

Anahtar Kelimeler: eozinofiliközefajit, reflü, kusma, ppi

P51

X'E BAĞLI HİPOFOSFATEMİK RİKETS (PHEX MUTASYON): BİR OLGU SUNUMU

Benay TURAN[1], Gülümay VURAL[2], Hatice Yelda YALÇIN[3], Özge ÖZER KAYA[4], Eren ER[2], Bumin Nuri DÜNDAR[5]

[1]İzmir Şehir Hastanesi, -, Çocuk endokrinoloji, izmir, Türkiye
[2]İzmir Şehir Hastanesi, -, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye
[3]İzmir Şehir Hastanesi, -, Çocuk Genetik, izmir, Türkiye
[4]İzmir Şehir Hastanesi, -, Tıbbi Genetik, İzmir, Türkiye
[5]Katip Çelebi Üniversitesi, Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinoloji, İzmir, Türkiye

Giriş: Hipofosfatemik rikets, çocukluk çağında renal fosfat kaybına bağlı görülen, alt ekstremite deformiteleri, orantısız boy kısalığı ile seyreden nadir bir rikets nedenidir. Nadir bir hastalık olması nedeni ile geç tanınmakta ve bu durum tedavinin gecikmesine neden olabilmektedir.

Amaç: Bu sunumda yürümede gecikmesi olan ve alt ekstremitelerinde genu varum deformitesi bulunan bir hipofosfatemik rikets olgusu sunulmuştur.

Yöntem: Bu sunum bir olgu sunumu olarak planlanmıştır.

Bulgular: Yürümede gecikme ve alt ekstremite deformitesi ile başvuran 18 aylık erkek olgunun özgeçmişinde miadında sezaryen ile 3065gr (-0.33 SDS) ağırlığında ve 49cm (-0.31 SDS) boy ile doğum öyküsü mevcuttu. Hastanın baş kontrolü 2-3 aylıkken, emekleme 7-8 aylıkken olmuş; ancak sıralaması ve ayakta kısa süre durması yeni başlamıştı. Soygeçmişinde, annesinde ördekvari yürüme, genu varum deformitesi ve boy kısalığı mevcuttu. Anne baba arasında akrabalık yoktu. Fizik muayenesinde ağırlığı 10 kg (-1.03 SDS), boy 76 cm (-1.81 SDS), VKİ:17.3 kg/m2 (0.38 SDS) idi. Frontal bossingi, raşitik rozari ve harrison oluğu, el bileklerinde genişlemeleri ve alt ekstremitelerde genu varum deformitesi mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri olağandı.
Laboratuvarında hemogram, böbrek ve karaciğer fonksiyon testleri normaldi. Serum kalsiyum 9.9 mg/dl(9-11), fosfor 2.5mg/dl(3.8-6.5), magnezyum 2.2mg/dl(1.6-2.6), ALP 756 U/l(125-320), PTH düzeyi 99.3 mcg/l(15-65), 25-OH D vitamini 53.1 ug/L(>20), 1.25-OH D vitamini 79 pg/ml(25.1-153.8) idi. Tübüler fosfat reabsorbsiyonu %84, idrar kalsiyum/kreatinin oranı 0.013'tü.
Kemik surveyinde metafizde genişleme ve çanaklaşmalar mevcut, alt ekstremitede genu varum deformitesi mevcuttu.
Genetik tetkiklerinde PHEX (Phosphate regulating gene with Homology to Endopeptidases located on the X chromosome) geninde (stop gained, exon 2, XL dominant) ENST00000379374.4:c.151C>T p.Gln51Ter hemizigot değişiklik saptandı ve patojenik olarak değerlendirildi. X'e bağlı hipofosfatemik rikets tanısıyla kalsitriol (25 ng/kg/g) ve oral fosfor (30 mg/kg/gün elementer fosfor) kombinasyon tedavisi başlandı ve çocuk endokrinoloji ve ortopedi poliklinik takiplerine alındı.

Sonuç: Hipofosfatemik riketsin erken tanı ve tedavisi gelişebilecek sekelleri önlemek açısından önemli olup, rikets bulguları olan hastalarda ayırıcı tanıda mutlaka düşünülmeli ve genetik analiz gönderilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Rİkets, Genu varum, Boy kısalığı

P52

HERPES MENENJİTİ SEBEBİYLE YATIŞI OLAN, GEÇ TANI ALAN; KOMBİNE İMMÜN YETMEZLİK OLGU SUNUMU

Hatice İşrak ÖZTÜRK[1], İbrahim Cemal MASLAK[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Araştirma ve Uygulama Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi Araştirma ve Uygulama Hastanesi, Süleyman Demirel Üniversitesi, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye

Giriş ve Amaç: Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) T hücre fonksiyonlarının bozulması nedeniyle tekrarlayan akciğer enfeksiyonlarının yanı sıra; otoimmünite, malignite, otoinflamatuar hastalıklar, allerjik hastalıklar gibi immün disregülasyon tabloları ile de prezente olabilir. Bu olgu sunumunda da Herpes Menenjiti tanısı ile takip edilip; Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) tanısı alan olguyu sunmak istedik.
Yöntem: Bu çalışmadaki hastanın birkaç gündür olan Herpes benzeri döküntüsü olması, solunum sıkıntısı eşlik etmesi üzerine yapılan yatışında; Viral Menenjit Panelinde HSV-1 Pozitif tespit edildi. Çocuk yoğun bakımda 2 ay süren yatışından sonra Immun yetmezlik düşünülüp 21 günde bir kere IVIG tedavisi almaktaydı. Hasta; ileri araştırmalar sonucunda; IL2RG geninde hemizigot mutasyon saptanmış olup Kombine İmmün Yetmezlik (KİY) tanısı almıştır.
Bulgular:
15 aylık, erkek hasta, A.E.E
Çocuk Acil Servisine uzamış ateş, öksürük, yüzünde birkaç gündür olan Herpes benzeri döküntüler sebebiyle başvurdu. Çocuk servisinde yatışı sırasında solunum sıkıntısı, vital bulgularında unstabileşme ve oksijen ihtiyacında artma üzerine Çocuk Yoğun Bakıma transfer edildi. Herpes menenjiti ve ARDS sebebiyle çocuk yoğun bakım ünitesinde 2 ay yatış öyküsü mevcut.
Öyküsünde ve hasta dosyasında; anne- baba arasında akraba evliliği olmadığı, yenidoğan döneminde sadece sarılık sebebiyle fototerapi aldığı, anne sütüyle beslendiği öğrenildi.
Kombine İmmün yetmezlik düşünülen olguda;
Ig G: 345 (424-1051) mg/dL
Ig A: 34 (14-123) mg/dL
Ig M: 41 (48-168 mg/dL
Ig E: 4650 (>29) mg/dL
C3: %45 (> %54- %76)
CD8: %17 (>%20)
Tüm ekon skanslama (WES) istendi ve IL2RG geninde Hemizigot mutasyon saptandı. OLgumuz; Kemik İliği Transplantasyonu (KİT) için donör listesine alınmış olup; nakil sırası beklemektedir.
Tartışma ve Sonuç: Primer İmmün Yetmezlik (PİY) olgularının; tekrarlayan enfeksiyonların yanı sıra otoimmün hastalıklar ile de karşımıza gelebileceği unutulmamalıdır.
Anahtar Kelimeler: Kombine İmmün Yetmezlik, Kemik iliği transplantasyonu, Herpes Menejiti, IL2RG geni

P53

BARDET-BIDEL SENDROMUNUN TANI YOLCULUĞU

Esra KOÇYİĞİT[1], Gözde GÜRPINAR[2], Selen HÜRMÜZLÜ KÖZLER[2], Gizem BÖKE KOÇER[2], Sibel Tuğçe AYGÜN[3], Filiz Mine ÇİZMECİOĞLU JONES[2]

[1]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye
[2]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültes, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli, Türkiye
[3]Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültes, Kocaeli Üniversitesi, Çocuk Endokronoloji ve Diyabet, Kocaeli Üniversitesi, Türkiye

Giriş: Bardet-Bidel sendromu (BBS) Otozomal resesif kalıtım gösteren bir siliopati olup, insidansı Avrupa popülasyonlarında 1:160 000 iken akraba evliliğinin yaygın olduğu ülkelerde 1:13 500'a kadar artmaktadır. BBS önemli fenotipik değişkenliğe sahip, heterojen klinik bulgularla tanısı konan nadir görülen, yavaş ilerleyen bir sendromdur. Olgular, birçok klinik özelliği ile sendromdan şüphelenip erken tanı alabilir. Geç tespit, daha yüksek bir morbidite mortalite oranına neden olur. Bundan kaçınmak için hekimler arasında farkındalık artırılmalı, multidisipliner bir yaklaşımı gerekmektedir.

Olgu:8 yaş kız hasta, 5 yaşında iken düşme sonrası çekilen mr'da adrenal hiperpilazi saptanması üzerine tarafımıza yönlendirildi. Miadında 3300 gr olarak NVY ile 1. derece kuzen evliliğinden 6 parmaklı olarak doğmuş. Nöromotor gelişimi geri olan hasta 2,5 aylıktan sonra kilo almaya başlamış. Başvuru sırasında boy: 115,8 cm (0,46 SDS), kilo: 36,8 kg(3,67 SDS),BMI: 27,4(3,61 SDS), nöromotoru geri, strabismusu vardı. 2 yaş 3 aylık iken plastik cerrahi tarafından polidaktili nedeniyle opere edilmiş. 2 yaş 9 aylık iken hipotoni, nöro-motor geriliği nedeniyle çocuk nöroloji tarafından değerlendirilen hastadan prader willi (PWS) , strabismusu olması nedeniyle, BBS2 düşünülerek MLPA ve tek gez dizi analizi gönderilmiş normal olarak sonuçlanmış, 4 yaşında göz hastalıklarında değerlendirilen olguya gözlük önerilmiş, 4 yaş 5 aylık iken kabızlık nedeniyle çocuk gastroentroloji tarafından değerlendirilen olgunun tedavisi düzenlenmiş takibe alınmış. 2 yaşından önce başlayan obezitesi, polidaktilisi, öğrenme güçlüğü, nöromotor gelişme geriliği, olan olguda BBS sendromu klinik olarak düşünüldü yapılan tüm ekzom dizileme analizinde BBS7 c.949 C>A Homozigot VUS olarak sonuçlandı. Anne ve babadan segregasyon analizi gönderildi. Genetik olarak tanısı konan hastanın yapılan göz muayenesinde rodcon distrofisi saptandı. Renal us'da sağ böbrekte gradeI hidronefroz saptandı. Hastaya MCR4 antagonisti başlanması planlandı.

Sonuç: BBS, klinisyenler tarafından klinik bulguları ile tanı konabilecek nadir bir klinik sendromdur. Göz doktorları, endokrinologlar ve nefrologlar, olumsuz prognozu nedeniyle BBS'nin farkında olmalıdır. Erken tanı multidisipliner bir ekip çalışması ile mortalite ve morbiliteyi önlenebilir.

Anahtar Kelimeler: Obezite, Sendromik obezite

P54

PEDİATRİK BÖBREK NAKLİ ALICISINDA DİRENÇLİ ANEMİ İLE SEYREDEN PARVOVIRUS B19 ENFEKSİYONU

Muhammed Ata İZMİR[1], Gülşah KAYA AKSOY[2], Funda TAYFUN KÜPESİZ[3], Mustafa KOYUN[2], Elif ÇOMAK[2], Sema AKMAN[2]

[1]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji, Antalya, Türkiye
[3]Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Hematoloji Onkoloji, Antalya, Türkiye

Giriş: Böbrek nakli sonrası immunsupresyona ikincil fırsatçı enfeksiyonlar ile sıklıkla karşılaşılmaktadır. Parvovirus B19 (PVB19) enfeksiyonu konstitusyonel semptomlarla prezante olabileceği gibi özellikle immunsuprese hastalarda dirençli seyreden saf kırmızı hücre aplazisine yol açabilmektedir. Burada nakil sonrası erken dönemde dirençli anemi ile prezante olan PVB19 enfeksiyonu saptanan bir olguyu sunmayı amaçladık.

Olgu: Caroli hastalığı nedeniyle 2015 yılında babadan karaciğer nakli, otozomal resesif polikistik böbrek hastalığı nedeniyle Kasım 2023'te anneden böbrek nakli yapılmış olan 17 yaş kız hasta, böbrek nakli sonrası 3. ayda halsizlik, yorgunluk ve çarpıntı yakınması ile başvurdu. Muayenesinde boyu 155 cm (3-10p), kilosu 68 kg (90-97p) olan hastanın organomegalisi saptanmadı. Sistem muayenelerinde soluk görünümü ve batında yer alan insizyon skarları dışında patoloji gözlenmedi.
Laboratuvar analizinde Hb: 5.7 g/dL, MCV: 87 fL, RDW: %15,4 olarak saptandı. Periferik yaymada normokrom normositer anemi dışında patoloji saptanmadı. Retikülosit yüzdesi düşüktü (%0.8). Etiyolojiye yönelik gönderilen EBV, CMV PCR negatif sonuçlandı, tacrolimus ve MMF immunsupresif tedavileri kullanan hastada MMF dozu yüzde 30 oranında azaltıldı. Kemik iliği biyopsisinde "proeritroblastlarda eozinofilik nükleol ve nükleer inklüzyonlar" izlendi. Bulgular ön planda viral enfeksiyonu desteklemekteydi. 2 aylık izlemde 5 kez eritrosit transfüzyonu ihtiyacı oldu. Parvovirus IgM pozitif saptanan hastaya bukkal mukozadan alınan örnek ile pcr kanıtlı parvovirüs enfeksiyonu tanısı konuldu. Uzamış parvovirus enfeksiyonu tanısı ile 2 gr/kg IVIG tedavisi verildi. IVIG sonrası transfüzyon ihtiyacı ortadan kalktı. Son hb değeri 12.4 g/dL olup izlemine devam ediliyor.

Sonuç: Böbrek nakli sonrası dirençli seyreden normokrom normositer anemide PVB19 enfeksiyonu akla gelmelidir. Seroloji ve PCR tanı konusunda yol gösterici olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Parvovirüs B19 Enfeksiyonu, Saf Eritroid Aplazisi, Böbrek Nakli, Anemi

P55

ELEKTRONIK SIGARA KULLANIMI SONRASI GELIŞEN SOLUNUM YETMEZLIĞI VE EVALI OLGU SUNUMU

Beyza URAL KOLUAÇIK[1], Bengi DENİZLİOĞLU[1], Murat ERDAL[2], Alper KÖKER[2], Nazan ÜLGEN TEKEREK[2], Oğuz DURSUN[2]

[1]Akdeniz Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye
[2]Akdeniz Üniversite Tıp Fakültesi Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Antalya, Türkiye

Giriş: EVALI (e-sigara veya buharlaştırıcı ürün kullanımına bağlı akciğer hasarı) ilk olarak 2019'da tanımlanan, akut bir solunum yolu hastalığıdır. Patogenezi bilinmemekle birlikte, akut fibrinöz pnömonit, yaygın alveoler hasar veya bronşiyolitle birlikte görülen organize pnömoni patolojik bulgularına sahip bir akut akciğer hasarıdır. Akut eozinofilik pnömoni, yaygın alveoler hemoraji, lipoid pnömoni ve solunum-bronşiolit interstisyel akciğer hastalığı gibi tanımlanmıştır ve bu da birden fazla yaralanma mekanizmasının dahil olabileceğini düşündürmektedir. Enfeksiyöz bir etiyolojiye dair hiçbir kanıt bulunamamıştır. Bu olgu sunumunda elektronik sigara kullanan solunum sıkıntısı ile başvuran hastanın EVALI tanısı ile YANKOT (Yüksek Akımlı Nazal Kanül Oksijen Tedavisi) ihtiyacı nedeniyle yoğun bakım ünitesinde izlenen olgu sunulmuştur.

Olgu: Anksiyete ve depresyon tanılı 17 yaş erkek hasta; 1 hafta öncesinde elektronik sigara kullanma sonrası başlayan ateşin eşlik etmediği öksürük, göğüs ağrısı ve solunum sıkıntısı şikayeti ile acil servise başvurdu. Başvuruda desaturasyonu (%90), takipnesi, taşikardisi ve subfebril ateşi görülen hastanın fizik muayenesinde patolojik bulgu olarak bilateral akciğer bazalinde ral saptandı. Geri solumasız maske ile saturasyonu düzelen hastanın akciğer grafisinde; bilateral vasküler dallanma artışı ve bilateral yaygın infiltrasyon görüldü. Hastanın solunum sıkıntısının artması ve YANKOT ihtiyacı olması üzerine çocuk yoğun bakım ünitesine yatışı yapıldı. İzlemde toraks usg sonucunda bilateral hemitoraksta 4 cm ölçülen anekoik plevral sıvı görüldü. Torasentez ile eksüda vasfında 900 cc plevral sıvı boşaltıldı.
Çocuk enfeksiyon ve göğüs hastalıklarına danışılarak hastaya intravenöz ampisilin-sulbaktam, klaritromisin ve klindamisin tedavisi verildi. Klinik yanıt alınan solunum desteği ihtiyacı kalmayan hasta, 10 gün hastane yatışı sonrası sağlıkla taburcu edildi.

Sonuç: Olgumuzda; son 90 gün içerisinde elektronik sigara kullanımı, akciğer grafide pulmoner ödem olması ve kardiyak, neoplastik, romatolojik hastalıkların ekarte edilmesi sonrası EVALI tanısı düşünüldü. EVALI, halk sağlığı açısından önemli etkileri olan ciddi bir akciğer hastalığıdır. Tanı için daha fazla araştırma çalışmalarına teşvik edilmeye ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelimeler: Akciğer hasarı, E-sigara, EVALI

P56

TRANSAMINAZ YÜKSEKLİĞİ SONRASI METABOLİK HASTALIK TANISI ALAN BİR OLGU

Deniz ÇELİKTAŞ[1], Umut ÖKSÜZ[2], Tuğba GÜRSOY KOCA[3]

[1]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Denizli, Türkiye
[2]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Denizli, Türkiye
[3]Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme BD, Denizli, Türkiye

Giriş-Amaç: Herediter fruktoz intoleransı (HFİ), ALDOB genindeki mutasyon sonucu ortaya çıkan otozomal resesif bir hastalıktır. Fruktoz alımından sonra bulantı, kusma, karın ağrısı, hipoglisemi, hipertransaminasemi ve hepatosteatoz gözlemlenir. Belirtiler genellikle ek gıdaya geçişten sonra ortaya çıkar. Fruktozun, alkolik olmayan yağlı karaciğer hastalığının (NAFLD) nedeni olduğu bilinmektedir. Fruktozla ilişkili hepatosteatoz üzerine yapılan çalışmalarda, genellikle yüksek fruktoz alımının bir sonucu olarak obezite, dislipidemi ve insülin direnci ile ilişkilendirilmiştir. HFİ'nin patogenezi belirsiz olmasına rağmen, erken başlangıçlı hepatosteatozun nadir bir sebebidir. Burada, ALDOB geninde 'c.524C>A p.A175D heterozigot patojenik ve c448G>C p.A150P heterozigot klinik önemi belirsiz heterozigot mutasyon' tespit edilerek HFİ tanısı konulan, NAFLD'li 18 aylık bir bebeği sunuyoruz.

Olgu: Konjenital hipotiroidi tanısıyla takipli kız hasta 7 aylıkken rutin kontrolleri sırasında transaminaz yüksekliği saptanması üzerine polikliniğimize başvurdu. Öyküsünde enfeksiyon, herhangi bir takviye ya da levotiroksin dışında ilaç kullanımı yoktu. Anne sütü ile beslenen olgunun ek gıdalara karşı isteksiz olduğu ve meyve tüketmediği öğrenildi. Fizik muayenede, vücut ağırlığı: 7300 gr (21 persentil), boyu: 70 cm (82 persentil), karaciğer kot altında 2 cm ele geliyordu. Diğer sistem muayeneleri normaldi.

Tekiklerinde alanin aminotransferaz (ALT): 70 U/L (0-45), aspartat aminotransferaz (AST): 105 U/L (0-35) tespit edildi. Tam kan sayımı, koagülasyon parametreleri, ferritin, alfa-fetoprotein, lipid profili, kan şekeri ve kan gazı analizi normaldi. Böbrek fonksiyon testleri ve elektrolitler normal aralıktaydı, idrar analizinde ise herhangi bir anormallik saptanmadı. Abdominal ultrasonografide karaciğer üst sınırda (94 mm) ve parankim ekojenitesi homojen hafif artmış tespit edildi. Metabolik tarama testleri (tandem kütle spektrometrisi, idrar-plazma amino asitleri, idrar organik asitleri, laktat, amonyak), göz muayenesi ve ekokardiyografi normaldi. Enfeksiyöz, toksik ve otoimmün nedenler gibi diğer hipertransaminasemi sebepleri dışlandıktan sonra, daha ileri inceleme için karaciğer biyopsisi yapıldı. Histopatolojik incelemede karaciğer parankiminde diffüz makrovakuoler steatotik görünüm ile portal alanlarda genişleme saptandı. İnfantil dönem hepatosteatozunun olası nadir genetik nedenlerini belirlemek amacıyla klinik ekzom analizi (CES) gerçekleştirildi. ALDOB geninde 'c.524C>A p.A175D heterozigot patojenik ve c448G>C p.A150P heterozigot klinik önemi belirsiz heterozigot mutasyon' saptandı.

Sonuç: Olgumuz bebeklik döneminde asemptomatik hepatomegali ve hepatosteatoz varlığında HFİ'nin akılda tutulması gerektiğini ortaya koymuştur.

Anahtar Kelimeler: hipertransaminazemi, hepatosteatoz, herdeiter fruktoz intoleransı

P57

SUPRAKLAVİKULAR LENFADENOPATİ VE ALL

Ebru SAGAY[1], Mustafa AKÇAM[2], Ayşe Çiğdem SİVRİCE [3]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Pediatri A.B.D, Isparta, Türkiye
[2]Süleyman Demirel Üniversitesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Süleyman Demirel Üniversitesi Pediatri A.B.D-Çocuk Gastroenteroloji Bilim Dalı, Isparta, Türkiye
[3]İsparta Şehir Hastanesi

Giriş: Akut lenfoblastik lösemi (ALL) tanısı; fizik muayene, kan sayımı, periferik yayma, kemik iliği ve BOS'un sitolojik incelemesi ile konur. Kemik iliğindeki çekirdekli hücrelerin %25 ve daha fazlası lenfoblast ise ALL tanısı kesinleşir. Kemik iliği aspirasyonu genellikle önceliklidir; gerektiğinde biyopsi yapılabilir. Öyküde kemik ağrısı, eklem ağrısı, şişlik, bulguların ortaya çıkış süresi, çabuk yorulma, kolay morarma, uzun süren kanama, sık enfeksiyon ve nedeni bilinmeyen, antibiyotik tedavisine rağmen uzun süren ateş sorgulanmalıdır.

Amaç: Supraklavikular lenfadenopatinin (LAP) genellikle patolojik olduğunu ve ileri araştırma gerektiğini hatırlatmayı amaçladık.

Yöntem: 16 yaşındaki erkek hastanın iki ay önce başlayan öksürük, nefes darlığı ve sağ sırtında batıcı ağrı şikayetleri vardı. Öksürüğü balgamlı ve kanlıydı. 14 gün antibiyotik tedavisinden sonra öksürük balgamsız hale geldi. Hasta, bu iki ay içinde istemsiz 15 kilo kaybetti ve gece terlemeleri yaşadı. Boynunda şişlik fark edince polikliniğe başvurdu. Toraks BT, Quantiferon ve PPD testleri yapıldı; her iki test de negatif çıktı. İleri tetkik ve tedavi için çocuk servisine yatırıldı.

Bulgular: Fizik muayenede sağ supraklavikular bölgede 3x2 cm fikse, ağrısız, düzgün sınırlı LAP tespit edildi. Cilt soluktu ve sağ kostovertebral açı hassasiyeti mevcuttu. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Tam kan, periferik yayma, biyokimya, CRP, Brusella, EBV, Tularemi, kan, idrar ve balgam kültürü istendi. Akciğer grafisinde sağda plevral efüzyon görüldü. Periferik yaymada normoblastlar gözlemlendi. Balgam kültüründe Escherichia coli üredi. Boyun ultrasonunda çok sayıda LAP raporlandı. Toraks BT'de perikardiyal efüzyon, sağ hemitoraksta plevral efüzyon ve mediastende yumuşak doku dansiteleri gözlemlendi. Çocuk cerrahisi tarafından LAP biyopsisi ve plevral sıvı örneklemesi yapıldı. Sefotaksim tedavisine başlandı. Yapılan incelemeler sonucu hasta çocuk onkoloji merkezine sevk edildi. Flow sitometri ve patoloji sonucu T hücreli lenfoblastik lenfoma-lösemi tanısı konuldu.

Sonuç: Solukluk, halsizlik, ateş, kanama, solunum sıkıntısı, karın şişliği/hepatosplenomegali, lenfadenomegali gibi belirtiler ALL düşünülmesine neden olmalıdır.

Anahtar Kelimeler: lap, all, kemik iliği aspirasyonu, plevral efüzyon, normoblast

P58

BRONŞIAL KARSINOID TÜMÖR OLGUSU

Hasan YÜKSEL, Özge YILMAZ, Adem YAŞAR, **Harun AYKURT**

Celal Bayar Üniversitesi Tıp Fakültesi Hafsa Sultan Hastanesi, Tıp Fakültesi, Tıp Fakültesi, Manisa, Türkiye

Giriş: Bronşial karsinoid tümörler enterokromaffin hücreler olarak bilinen bronşial öncü hücrelerden gelişen nadir görülen nöroendokrin tümörlerdir (NET). Akciğer NET'leri, çocuklarda en sık görülen primer akciğer neoplazmıdır. Tipik ve atipik olamk üzere iki grupta incelenir.

Olgu Sunumu: Bu olgu sunumunda, pnömoni ön tanısı ile tedavi almış olan, bulgu ve semptomları gerilememesi üzerine yapılan tetkikler sonrasında yabancı cisim aspirasyonu şüphesiyle bronkosopi yapılması için tarafımıza yönlendirlen 8 yaş erkek hasta sunulmuştur. Hastanın yapılan bronkoskopisinde sağ orta segmente giden bronşun kitle ile tamamen kapalı olduğu görülmüş ve cerrahi rezeksiyon ile alınan biyopsi materyalinin patoloji sonucu tipik karsinoid tümör olarak raporlanmıştır.

Tartışma: Bronşial karsinoidli hastalarda belirtiler öksürük, hemoptizi, balgam çıkarma, daha az sıklıkla göğüs ağrısı ve ateştir. Klinik belirtiler tümörün endobronşial büyümesi sonucu oluşan obstrüksiyona, obstrüksiyonun distalinde gelişen enfeksiyona ve hipervaskülarite nedeniyle kanamaya bağlıdır. Röntgenogramlarındaki başlıca bulgular atelektazi, bronşektazi, obstrüktif amfizem ve opasite görünümüdür. Hastaların pnömoni ve bronşial obstrüksiyon bulguları ile gelmeleri sebebiyle bu gibi olgular rahtalıkla atlanabilir ve NET tanısı gecikebilir. Akciğer NET'lerinin yaklaşık dörtte üçü merkezi konumdadır ve bronkoskopi sırasında biyopsiye uygundur. Bronkoskopi görünümü, sağlam üst bronşiyal epitelyumlu tipik olarak pembe ila kırmızı vasküler bir kitledir. Bu sebeple olası vakalara bronkoskopik biyopsi yapılarak tanı konulabilir. Bronşial karsinoid tümörlerin primer ve efektif tedavisi cerrahi rezeksiyondur.

Sonuç: Nadir olarak görülen bu tümörlerin pnömoni ve bronş obstrüksiyon bulguları ile gelen çocuklukların ayırıcı tanısında yer aldığı unutulmamalıdır.

Anahtar Kelimeler: Karsinoid Tümör, Pediatrik

SÖZEL BİLDİRİ TAM METİNLER

SS8

PREMATÜRE BEBEKLERDE ORAL BESLENMEYE GEÇİŞİ DESTEKLEYEN KANIT TEMELLİ YAKLAŞIMLAR: LİTERATÜR DERLEMESİ

Şerife TUTAR[1], **Nazmiye YİRİK[2]**

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, Isparta, ORCID: 0000-0002-3559-8677, serifeguven@sdu.edu.tr

[2]Isparta Şehir Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, ORCID: 0000-0003-3040-6397, nbasturk92@gmail.com

Anahtar Kelimeler: Prematüre doğum, oral beslenme, oral stimülasyon, kanıt temelli yaklaşımlar, yenidoğan yoğun bakım hemşireliği

Giriş

Dünyada her yıl 15 milyon bebek 37. gestasyon haftasından önce doğmakta ve bu bebekler doğum sonrası birçok sorunla mücadele etmektedir (WHO, 2022). Prematüre bebeklerin yenidoğan yoğun bakımdaki ilk ayları optimal büyümenin sağlanması için besin gereksiniminin fazla olduğu bir dönemdir. Ancak bu bebeklerde nörolojik ve fizyolojik olgunluk sağlanamadığından tam oral beslenmeye geçişte sorunlar yaşanmaktadır (Girgin ve Gözen 2020; Thabet ve Sayed, 2021). Oral beslenme, prematüre bebeklerde optimal büyüme ve gelişmenin sağlanabilmesi için önemli bir adımdır (Gentle ve ark., 2022; Liu ve ark., 2021).

Prematüre bebeklerde; immatüriteye bağlı olarak klinik stabilizasyonun sağlanamaması, uzun süreli mekanik ventilasyon desteği, gastrointestinal sistem immatüritesi gibi nedenlerle alternatif beslenme yöntemleri tercih edilebilmektedir (Costa ve ark., 2022). Prematüre bebeğin matürasyon düzeyine göre belirlenen bu beslenme yönteminde bebek tam oral beslenmeye geçene kadar nazogastrik/orogastrik beslenme sondası kullanılmaktadır. Ancak kullanılan bu yöntem bebeklerin oral beslenme becerisi kazanmasını geciktirebilmektedir (Girgin ve ark., 2021).

Prematüre bebeklerde erken dönemde oral beslenmeye geçişte en önemli sorumluluk yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine düşmektedir. Yenidoğan yoğun bakım hemşireleri prematüre bebeklerin beslenmeye hazır oluşluklarını değerlendirmeli, bu konuda kanıta dayalı uygulamaları kullanmalıdır. Prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçiş çok yönlü bir süreçtir (Chinea Jimenez ve ark., 2022; Costa ve ark., 2022). Bu süreçte; beyin gelişimi için duyusal girdi, çevresel uyaran ve beyindeki sinaptik bağlantıların kurulmasına yardımcı olan, nörolojik gelişimi destekleyen ipucu temelli beslenme, oral motor stimülasyon, besleyici olmayan emme, anne sütü kokusu, kanguru bakımı gibi kanıta dayalı uygulamaların kullanılması önerilmektedir (Beissel ve ark., 2024;). Bu uygulamaların prematüre bebeklerde; kilo alımını hızlandığı, emme kapasitesinin arttığı, hastanede kalış ve tam oral beslenmeye geçiş süresini kısalttığı belirtilmektedir (Kamran ve ark., 2020; Thomas ve ark., 2021; Ghomi ve ark., 2019; Aguilar-Rodriguez ve ark., 2020; Zhao ve ark., 2024; Shaki ve ark., 2022; Khodagholı ve ark., 2018; Pandya ve ark., 2021; Çaka ve ark., 2023). Bu literatür derlemesinde amaç; prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçişi destekleyen kanıt temelli yaklaşımları incelemektir.

İpucu Temelli Beslenme

Yenidoğan yoğun bakım ortamlarında prematüre bebeklerin oral beslenmesinde geleneksel hacim odaklı beslenme yöntemlerinin yaygın olarak kullanıldığı belirtilmektedir. Geleneksel hacim odaklı beslenme yönteminde bebeklerin gestasyonel yaşı ve kilosuna göre alması gereken miktar hesaplanmakta belirli aralıklarla bu bebekler beslenmektedir (Samane ve ark., 2022). Bebeğin uyku-uyanıklık, açlık ya da fizyolojik belirtilerine bakılmaksızın planlanan miktarın bebeğe verilmesi esasına dayanan bu yöntem, kısa vadede (anlık beslenme, tartı takibi vb) etkili bir yöntem olarak görülse de uzun vadede bu bebeklerin farklı sorunlar ile karşı karşıya kalmasına neden olabilmektedir. Prematüre bebeklerde beslenme ve uyku uyanıklık döngüsü arasında karşılıklı bir etkileşim bulunmaktadır. Bebeğin beslenmesinin yanı sıra uyku uyanıklık döngüsünün korunması prematüre bebeklerde nöromotor gelişim, öğrenme, hafıza, büyüme, beyin plastisitesinde önemli bir role sahiptir. Bu gelişimsel süreçler prematüre bebeklerin tam oral beslenmeye geçişinde gerekli olan faktörlerdendir (Thomas ve ark., 2021).

Son yıllarda başarılı beslenme için fizyolojik ve davranışsal ipuçlarını anlama ve bu ipuçlarına göre beslemenin oldukça önemli olduğu vurgulanmaktadır (Kamran ve ark., 2020). İpucu temelli beslenmede bebeğin fizyolojik ve davranışsal ipuçlarına göre beslenmenin başlatılması ve sürdürülmesi temel alınmaktadır. Bu beslenme yönteminde prematüre bebekler uyanma, arama, elini ağzına götürme, dudaklarını yalama, ağzını açma, ağız çevresindeki uyarana yönelme, emzik veya parmağını emme gibi açlık belirtileri gösterdiğinde beslenme başlamakta olup emziği uzaklaştırmaya çalışma, vücudu geriye atma, başını çevirme, parmaklarını yelpaze gibi açma, yüzünü buruşturma, biberondan sütü taşırma, renk değişikliği, apne, bradikardi, oksijen desatürasyonu gibi stres belirtileri gösterdiğinde ise beslenme sonlandırılmaktadır (Gözen ve Girgin, 2017; Shokri ve ark., 2023).

İpucu temelli beslenme modelinde beslenme her bebeğin gelişim düzeyine göre bireyselleştirilmiş olarak planlanmaktadır. Bu yönüyle ipucu temelli beslenme güvenli, besleyici, bireysel bir yaklaşım olarak kabul edilmektedir. Bu beslenme yöntemi ile prematüre bebeklerde etkili beslenmenin sağlandığı ve bebeklerde oral beslenme becerilerini desteklediği belirtilmektedir (Kamran ve ark.2020). Literatür incelendiğinde ise ipucu temelli beslenen bebeklerde tam oral beslenmeye geçiş ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığı (Kamran ve ark., 2020; Thomas ve ark., 2021), kilo alımının arttığı ve kandaki oksijen düzeyinin daha iyi korunduğu belirtilmektedir (Samane ve ark., 2022).

Oral Motor Stimülasyon

Prematüre bebeklerde perioral ve intraoral alanlardaki kas tonüsünün zayıf olması ve immatür nöromotor sistem nedeniyle oral motor kontrol tam olarak sağlanamamaktadır. Bu durum prematüre bebeklerde emme kuvvetini olumsuz etkilemektedir. Prematüre bebeklerde bu durum göz önünde bulundurulduğunda oral motor kontrolün geliştirilmesi bebeğin büyüme gelişme süreçlerinde oldukça önemlidir. Bu gelişimsel sürecin desteklenmesinde oral stimülasyon programlarının önemi gün geçtikçe artmaktadır. Oral stimülasyon; yanak, dudak, dil, diş eti, çene ve damak gibi perioral ve intraoral yapıların nazikçe uyarılması olarak tanımlanmaktadır (Lessen, 2011). Oral motor stimülasyon programlarında oral motor fonksiyonların güçlendirilmesi, yeterli emme kuvvetinin oluşturulması (Gözen ve Girgin, 2017), arama ve emme reflekslerinin güçlendirilmesi hedeflenmektedir (Lessen, 2011). Yapılan araştırmalarda bu programların tam oral beslenmeye geçişi hızlandırdığı, hastanede kalış

süresini kısalttığı (Ghomi ve ark., 2019; Aguilar-Rodriguez ve ark., 2020), kilo alımını arttırdığı (Thabet ve Sayed, 2021) görülmektedir.

Literatür incelendiğinde prematüre bebeklerde en sık kullanılan oral motor stimülasyon uygulamalarının Fucile Tekniği ve Prematüre Oral Motor Müdahalesi (PIOMI) olduğu görülmektedir. *Fucile Tekniği,* Sandra Fucile (2002) tarafından geliştirilmiştir. Yanakların uyarılması, üst dudağın uyarılması, alt dudağın uyarılması, üst ve alt dudağın kıvrılması, üst dişetlerinin uyarılması, alt diş etlerinin uyarılması, iç yanağın uyarılması, dilin yan tarafının uyarılması, dilin orta kısmının uyarılması, emziği emmesini sağlama, besleyici olmayan emme olmak üzere on bir adımdan oluşmaktadır. Müdahalenin ilk on üç dakikasında oral yapılar uyarılır son iki dakikasında besleyici olmayan emme uygulanır. Uygulama toplam on beş dakika sürmektedir (Fucile ve ark., 2002). *Prematüre Oral Motor Müdahalesi (PIOMI) ise,* Brenda S. Lessen Knoll (2011) tarafından geliştirilmiştir. Beckman Oral Motor Müdahalesi'nin preterm bebeklere uyarlanmış şeklidir. Müdahale; yanakların uyarılması, dudakların uyarılması, dudakların büzülmesi, diş etlerinin uyarılması, dil ve yanağın lateralinin uyarılması, dil ve yanağın medial septumunun uyarılması, parmağın damağın ortasına yerleştirilmesi ve besleyici olmayan emme olmak üzere sekiz adımdan oluşmaktadır. Müdahalenin ilk üç dakikasında oral yapılar uyarılır son iki dakikasında ise besleyici olmayan emme uygulanır. Uygulama toplam beş dakika sürmektedir (Lessen, 2011).

Besleyici Olmayan Beslenme

Besleyici olmayan emme süt ya da başka bir sıvı akışı olmadan emme becerisini desteklemek amacıyla bebeğin ağzına sağılmış anne göğsü, parmak, emzik yerleştirilmesi ile uygulanan basit bir uygulamadır. Bu uygulama gastrin gibi sindirim enzimlerinin salgısını arttırarak sindirimi kolaylaştırmaktadır (Noori ve ark., 2018). Ayrıca oral beslenme deneyimi yaratarak prematüre bebeklerin kendi kendilerini organize etmelerini sağlamaktadır. Bunun sonucunda beslenme performansı artmakta oral beslenmeye geçiş hızlanmakta dolayısıyla hastanede kalış süresi azalmaktadır (Zhao ve ark., 2024; Shaki ve ark., 2022; Noori ve ark., 2018). Besleyici olmayan emme sırasında oksijen satürasyonunun azaldığı, apne ve bradikardi ataklarının daha az görüldüğü belirtilmektedir. Ayrıca besleyici olmayan emmenin bebekleri sakinleştirdiği de bilinmektedir (Zhao ve ark., 2024).

Yapılan araştırmalarda besleyici olmayan emmenin prematüre bebeklerdeki oral beslenmeye geçişi hızlandırdığı, hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir (Zhao ve ark., 2024; Shaki ve ark., 2022; Noori ve ark., 2018). Ülkemizde "Bebek Dostu Hastane Programı" kapsamında yenidoğan bebeklerde emzik kullanımının desteklenmediği belirtilmekle birlikte prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçişte kullanımına yönelik kanıt temelli uygulamaların olduğu görülmektedir (Shaki ve ark., 2022). Literatür incelendiğinde emzik kullanımının term/preterm bebeklerde ağrı yönetimi, sindirim, davranışsal organizasyon, motor fonksiyon, emmenin desteklenmesi gibi durumlarda önemli katkısının olduğu belirtilmektedir (Fucile ve ark., 2021).

Anne Sütü Kokusu

Koku alma en gelişmiş duyulardan biridir. Kokuya karşı davranışsal tepkiler 28. ve 29. gestasyon haftalarında gelişmeye başlamaktadır. Bunun yanı sıra anne sütüne yönelik tepki ise temel davranışsal gelişim süreçlerinden olduğu belirtilmektedir. Prematüre bebeklerin annelerinin sütlerinin kokusunu ayırt edebildikleri yapılan araştırmalarla da desteklenmektedir (Yıldız ve ark., 2011).

Koku uyaranları beyin sapında yer alan trigeminal ve fasiyal motor sinirlerini harekete geçirerek doğal ve ritmik davranışın oluşmasını sağlamaktadır (Ahmet, 2019). Arama ve emme refleksi gibi koku duyusu da bebeğin beslenmesi için rehberlik etmektedir. Bunun sonucunda bebekler anne sütü kokusu aldıklarında annelerinin göğsüne ulaşmak için uyanma, başını tutma, ağzını açma gibi davranışlar sergilemektedir. Dolayısıyla bu hareketlerin tekrarlanması ile yenidoğanların beslenme yetenekleri gelişmekte ve oral beslenmeye geçiş süresi kısalmaktadır. Bunun sonucunda prematüre bebeklerde kilo alımı hızlanmakta ve hastanede kalış süreleri de kısalmaktadır (Iranmanesh ve ark., 2015). Yapılan araştırmalarda da anne sütü kokusu alan prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçiş ve hastanede kalış sürelerinin kısaldığı (Khodagholı ve ark., 2018), kilo alımlarının arttığı belirtilmektedir (Ahmet, 2019). Yapılan bir meta-analizde de benzer şekilde anne sütü kokusunun parenteral beslenme süresini kısaltarak oral beslenmeye geçişi hızlandırdığı ifade edilmektedir (Qin ve ark., 2024).

Kanguru Bakımı

Kanguru bakımı, 1978 yılında ekipman eksikliği sonucu Kolombiya'da ortaya çıkmıştır. Kanguru bakımının 37. gestasyon haftasından önce doğan, düşük doğum ağırlıklı (2500 grama kadar) bebeklerin bakımında uygulanmıştır. Anne bebek ten tene temasını içeren etkili, güvenli ve ucuz bir yöntem olduğu belirtilmektedir (Conde-Agudelo ve ark., 2012). Kanguru bakımı bebeklere dokunsal, koku-tat ve oro-motor alanlara yönelik duyusal girdi sağlamaktadır (El-Farrash ve ark., 2019). Solunum sıkıntısı olmayan, hemodinamik açıdan stabil prematüre bebeklerde uygulanan kanguru bakımının ise nöromotor gelişimi destekleyerek, oral beslenmeye geçişi hızlandırdığı belirtilmektedir (Pandya ve ark., 2021; Çaka ve ark., 2023; Şimsek ve ark., 2023; El-Farrash ve ark., 2019). Conde-Agudelo ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ise kanguru bakımının annelerde emzirmeyi destekleyerek prematüre bebeklerde kilo alımına olumlu katkı sağladığı ve hastanede kalış süresini kısalttığı belirtilmektedir.

Sonuç

Prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçiş optimum büyüme gelişmenin sağlanmasında kritik öneme sahiptir. Bu nedenle prematüre bebeklerde erken dönemde oral beslenmeye geçişte en önemli sorumluluk yenidoğan yoğun bakım hemşirelerine düşmektedir. İpucu temelli beslenme, oral motor stimülasyon, besleyici olmayan emme, anne sütü kokusu ve kanguru bakımı gibi kanıt temelli uygulamaların prematüre bebeklerde oral beslenmeye geçiş süreçlerini hızlandırarak kilo alımı ve büyüme gelişmeyi desteklediği buna bağlı olarak da hastanede kalış süresini kısalttığı görülmektedir. Yenidoğan yoğun bakım hemşirelerinin prematüre bebeklerin oral beslenmeye geçiş süreçlerinde kanıt temelli yaklaşımlardan yararlanması ve günlük bakımlarına dahil etmesi önerilmektedir.

Kaynaklar

1. Aguilar-Rodríguez, M., León-Castro, J. C., Álvarez-Cerezo, M., Aledón-Andújar, N., Escrig-Fernández, R., Rodríguez de Dios-Benlloch, J. L., ... & Vento-Torres, M. (2020). The effectiveness of an oral sensorimotor stimulation protocol for the early achievement of exclusive oral feeding in premature infants. A randomized, controlled trial. Physical & Occupational Therapy in Pediatrics, 40(4), 371-383.
2. Ahmed, F. A. (2019). Breast Milk Odor Effecton Weight Gain, First Breastfeeding Time and Length of Hospital Stay in Premature Infants. Journal of Nursing and Health Science, 8(3), 42-49.
3. Beissel, A., Denis, A., Laborie, S., Pillet, F., Gauthier-Moulinier, H., Hommey, S., ... & Touzet, S. (2024). Impact of a nurse education programme on oral feeding in a neonatal unit. Nursing in Critical Care, 29(2), 287-295.
4. Chinea Jiménez, B., Ferrández Ferrández, S., Díez Sebastián, J., & Saenz de Pipaon, M. (2022). Influence of full oral Feeding Acquisition on growth of premature infants. Frontiers in Pediatrics, 10, 928051.
5. Conde-Agudelo, A., Belizán, J. M., & Diaz-Rossello, J. (2012). Cochrane Review: Kangaroo mother care to reduce morbidity and mortality in low birthweight infants. Evidence-Based Child Health: A Cochrane Review Journal, 7(2), 760-876.
6. Costa, J. L. F., Neves, A. P. S. D. M., Camargo, J. D. D. A. S., & Yamamoto, R. C. D. C. (2022, April). Characterization of the transition to oral feeding in premature newborns. In CoDAS (Vol. 34, p. e20210136). Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia.
7. Çaka, S. Y., Topal, S., Yurttutan, S., Aytemiz, S., Çıkar, Y., & Sarı, M. (2023). Effects of kangaroo mother care on feeding intolerance in preterm infants. Journal of Tropical Pediatrics, 69(2), fmad015.
8. El-Farrash, R. A., Shinkar, D. M., Ragab, D. A., Salem, R. M., Saad, W. E., Farag, A. S., ... & Sakr, M. F. (2020). Longer duration of kangaroo care improves neurobehavioral performance and feeding in preterm infants: a randomized controlled trial. Pediatric Research, 87(4), 683-688.
9. Fucile, S., Gisel, E., & Lau, C. (2002). Oral stimulation accelerates the transition from tube to oral feeding in preterm infants. The Journal of pediatrics, 141(2), 230-236.
10. Fucile, S., Wener, E., & Dow, K. (2021). Enhancing breastfeeding establishment in preterm infants: A randomized clinical trial of two non-nutritive sucking approaches. Early Human Development, 156, 105347.
11. Gentle, S. J., Meads, C., Ganus, S., Barnette, E., Munkus, K., Carlo, W. A., & Salas, A. A. (2022). Improving time to independent oral feeding to expedite hospital discharge in preterm infants. Pediatrics, 149(3).
12. Ghomi, H., Yadegari, F., Soleimani, F., Knoll, B. L., Noroozi, M., & Mazouri, A. (2019). The effects of premature infant oral motor intervention (PIOMI) on oral feeding of preterm infants: A randomized clinical trial. International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology, 120, 202-209.
13. Girgin, B. A., & Gözen, D. (2020). Turkish neonatal nurses' knowledge and practices regarding the transition to oral feeding in preterm infants: A descriptive, cross-sectional study. Journal of Pediatric Nursing, 53, e179-e185.

14. Girgin, B. A., Gözen, D., Uslubaş, R., & Bilgin, L. (2021). The evaluation of oral feeding in preterm infants: Turkish validation of the Early Feeding Skills Assessment tool. Turkish Archives of Pediatrics, 56(5), 440.
15. Gözen, D., & Girgin, B. A. (2017). Preterm bebeklerde oral beslenmeyi destekleyici kanıta dayalı girişimler. Clinical and Experimental Health Sciences, 7(4), 171-174.
16. Iranmanesh, S., Shamsi, A., pour Aboli, B., & Movahedi, Z. (2015). The effect of breast milk odor on transition time from gavage to oral feeding and hospital stay in premature infants. ICAN: Infant, Child, & Adolescent Nutrition, 7(1), 5-11.
17. Kamran, F., Khatoonabadi, A. R., Aghajanzadeh, M., Ebadi, A., Faryadras, Y., & Sagheb, S. (2020). Effectiveness of cue-based feeding versus scheduled feeding in preterm infants using comprehensive feeding assessment scales: a randomized clinical trial. Iranian Journal of Pediatrics, 30(6).
18. Khodagholi, Z., Zarifian, T., Soleimani, F., Shariati, M. K., & Bakhshi, E. (2018). The effect of non-nutritive sucking and maternal milk odor on the independent oral feeding in preterm infants. Iranian Journal of Child Neurology, 12(4), 55.
19. Lessen, B. S. (2011). Effect of the premature infant oral motor intervention on feeding progression and length of stay in preterm infants. Advances in Neonatal care, 11(2), 129-139.
20. Liu, Y., Kang, L., He, C., Miao, L., Qiu, X., Xia, W., ... & Liu, H. (2021). Neonatal mortality and leading causes of deaths: a descriptive study in China, 2014–2018. BMJ Open, 11(2), e042654.
21. Noori, F., Nariman, S., Rahmiaan, H., Sadat-Hoseini, A. S., & Ravarian, A. (2018). The effect of non-nutritive sucking by mothers on full oral feeding attainment in preterm neonates. Journal of Comprehensive Pediatrics, 9(1).
22. Pandya, D., Kartikeswar, G. A. P., Patwardhan, G., Kadam, S., Pandit, A., & Patole, S. (2021). Effect of early kangaroo mother care on time to full feeds in preterm infants-A prospective cohort study. Early Human Development, 154, 105312.
23. Qin, Y., Liu, S., Yang, Y., Zhong, Y., Hao, D., & Han, H. (2024). Effects of human milk odor stimulation on feeding in premature infants: a systematic review and meta-analysis. Scientific Reports, 14(1), 8964.
24. Samane, S., Yadollah, Z. P., Marzieh, H., Karimollah, H. T., Reza, Z. M., Afsaneh, A., & Als, H. (2022). Cue-based feeding and short-term health outcomes of premature infants in newborn intensive care units: a non-randomized trial. BMC Pediatrics, 22(1), 23.
25. Shaki, F., Aziznejadroshan, P., Rad, Z. A., Chehrazi, M., & Arzani, A. (2022). Comparison of the effect of two methods of sucking on pacifier and mother's finger on oral feeding behavior in preterm infants: a randomized clinical trial. BMC Pediatrics, 22(1), 292.
26. Shokri, E., Zarifian, T., Soleimani, F., Knoll, B. L., Mosayebi, Z., Noroozi, M., GhasrHamidi, K., & Pascoe, M. (2023). Effect of premature infant oral motor intervention [PIOMI] combined with music therapy on feeding progression of preterm infants: a randomized control trial. European Journal of Pediatrics, 10.1007/s00431-023-05237-0. Advance online publication.

27. Şimşek, D. C., Aydın, M., & Günay, U. (2023). Does Kangaroo Care Have an Effect on Transition Time from Gavage Feeding to Full Oral Feeding in Premature Babies?. Klinische Pädiatrie, 235(04), 235-242.
28. Thabet, A. M., & Sayed, Z. A. (2021). Effectiveness of the premature infant oral motor intervention on feeding performance, duration of hospital stay, and weight of preterm neonates in neonatal intensive care unit: results from a randomized controlled trial. Dimensions of Critical Care Nursing, 40(4), 257-265.
29. Thomas, T., Goodman, R., Jacob, A., & Grabher, D. (2021). Implementation of cue-based feeding to improve preterm infant feeding outcomes and promote parents' involvement. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing, 50(3), 328-339.
30. World Health Organization. 2022. Available online: https://www.who.int/fr/news/item/15-11-2022-who-advises-immediate-skin-to-skin-care-for-survival-of-small-and-preterm-babies
31. Yildiz, A., Arikan, D., Gözüm, S., Taştekın, A., & Budancamanak, İ. (2011). The effect of the odor of breast milk on the time needed for transition from gavage to total oral feeding in preterm infants. Journal of Nursing Scholarship, 43(3), 265-273.
32. Zhao, S., Jiang, H., Miao, Y., Liu, W., Li, Y., Zhang, Y., ... & Cui, X. (2024). Effects of implementing non-nutritive sucking on oral feeding progression and outcomes in preterm infants: A systematic review and meta-analysis. Plos One, 19(4), e0302267.

SS12

PREMATÜRE BEBEKTE İNTRAVENTRİKÜLER KANAMA; KANAMA ŞİDDETİ & MORTALİTE İLİŞKİSİ

Ezgi YANGIN ERGON, Senem ALKAN ÖZDEMİR

Neonatoloji Kliniği, S.B.Ü. İzmir Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, İzmir, Türkiye

Anahtar sözcükler: İntraventriküler kanama, Morbidite, Nörogelişim, Prematürite

1.Giriş:

Germinal matriksin kanamasına (GMK) bağlı intraventriküler kanama (İVK), ≤ 32 gestasyonel yaş (GY) ve/ veya ≤ 1500 gramın (g) altındaki prematüre bebeklerde sık görülmektedir (1, 2). İnsidans, tüm dünyada % 20-25 oranında olup ≤ 26 GY bebeklerde bu oran, % 45'lere yükselmektedir (3, 4). Son yıllarda temel yenidoğan yoğun bakım koşullarının iyileşmesi ile birlikte grade 3 ve 4 İVK sıklığı % 5-10'lara gerilemiştir (5).

Germinal matriks, lateral ventriküllerin lateral duvarlarında, duvarın hemen altında subependimal bölgede lökalize olan nöron ve glial hücrelerden zengin jelatinoz bir katmandır, intrauterin dönemde 15. haftadan sonra hızla genişlemeye başlayarak 23-26. haftalarda maksimum büyüklüğe ulaşır ve 36. haftada hemen hemen tümüyle geriler. Erken doğum, germinal matriksin kanaması için başta gelen en önemli nedenlerden biridir, bunun yanı sıra intravasküler, vasküler ve ekstravasküler pek çok faktör de GMK'yı tetikleyebilir (2). Transfontanel ultrason (Tf US) taraması ile günlere göre saptanan İVK sıklığı postnatal 1.günde % 50 iken, bu oran postnatal 4.günden sonra %10'ların altına inmektedir (2).

Prematüre bebeklerde İVK'ya periventriküler hemorajik infarkt, posthemorajik ventriküler dilatasyon, periventriküler lökomalazi (PVL) ve serebellar kanama gibi komplikasyonlar eşlik edebilir, bu nedenle; İVK, önemli bir mortalite ve morbidite nedenidir (2). Grade 3 ve 4 kanamaların kötü nörolojik prognoz ile ilişkili olduğu bilinirken, grade 1 ve 2 için yeterli veri bulunmamaktadır (6). Bu çalışmada prematüriteye bağlı hafif düzeyde kanaması bulunan bebeklerde düzeltilmiş 40. gebelik haftasında transfontanel US - kraniyal MRG bulgularının karşılaştırılması ve 18.-24. ayda uzun dönemde nörogelişimin nasıl etkilendiğinin değerlendirilmesi amaçlandı.

2.Gereç ve Yöntem:

Retrospektif olgu-kontrol çalışması olarak tasarlanan çalışma için GY ≤ 32 olan bebekler çalışmaya dahil edildi. Major konjenital anomalisi bulunan, aile onamı alınamayan bebekler çalışmaya dahil edilmedi. Başvuru saati ≥ 24 saat olan, grade 1-2 İVK'sı olup izlemde grade 3-4 İVK'ya ilerleyen, takip randevularına gelmeyen bebekler çalışma dışı bırakıldı.

Hastaların demografik verilerine yatışı esnasındaki anamnez verilerinden ve elektronik tıbbı kayıt sisteminden erişildi, maternal ve neonatal değişkenler incelendi. Hastaların doğum tarihi, GY'ı, doğum ağırlığı (DA), antenatal steroid dozları, doğum şekli, Apgar skorları, oksijen alma, invaziv/ noninvaziv mekanik ventilatörde kalma süresi, dehidratasyon varlığı, elektrolit dengesizlikleri, sepsis, tedavi gerektiren hemodinamik anlamlı patent duktus arteriozus (PDA), ≥ evre 2 nekrotizan enterekolit (NEK), prematüre retinopatisi (ROP) varlığı kaydedildi. Postnatal 1.haftada yapılan tf US'lere göre çalışma grupları oluşturuldu *(**grup 1:** tf US'de grade 1-2 İVK, **grup 2:** tf US'de İVK yok)*, izlemde postnatal 1.- düzeltilmiş 40. GY tf US'ler incelendi, aynı pediatrik radyolog tarafından tf US ile saptanan kanama ve PVL düzeyleri bilinmeden yorumlanmış kraniyal MRI'lar dikkate alındı. Kanamanın varlığı, kanamanın yaygınlığı ve ventrikülomegalinin varlığında Volpe sınıflaması uygulandı (2).

Bayley-II, 18. ve 24. aylar arasındaki uzun vadeli nörolojik ve gelişimsel sonuçları değerlendirmek için kullanıldı. Nancy Bayley, Bayley Bebek ve Çocuk Gelişim Değerlendirme Ölçeği'ni oluşturmuştu. Bayley Bebek ve Çocuk Gelişim Değerlendirme Ölçeği'nin (Bayley-II) ikinci baskısı 1993'te yayınlanmıştı. Genel anlamda ve çocuğun yaşına uygun olarak, Bayley-II çocuğun gelişimsel durumunu değerlendirir. Amerika Birleşik Devletleri'nde, 1 ile 42 aylık çocuklarda gelişimlerini izlemek için Bayley-II kullanılmaktadır. Bayley-II gelişim testi, 40 yıldan uzun süredir araştırma ve klinik uygulamada kullanılmış ve 1700 çocuk için standardize edilmiştir (7). Bayley-II ölçeği, bir çocuğun gelişiminin en doğru ölçümlerinden biridir. Erken müdahalelerin motor gelişim üzerindeki etkisinin sistematik bir incelemesinde, Bayley ölçeği bir kez daha nöromotor ve gelişimsel sonuçları değerlendirmenin en popüler yolu olarak vurgulanmıştır (8).

Mental gelişim indeksi (MDI) ve psikomotor gelişim indeksi (PDI), Bayley ve Bayley-II için değerlendirme ölçekleridir. Zihinsel gelişim indeksi dilsel ve bilişsel gelişimi incelerken, PDI kaba ve ince motor gelişimini değerlendirir (9).

Nörogelişimsel geriliğin varlığı (NDI) serebral palsi, bilateral işitme kaybı veya körlük veya MDI veya PDI skorunun 70'in altında olması olarak tanımlanırken, hafif gecikmiş performans (MDP) 70 ile 84 arasında bir skor

olarak tanımlandı (10). Polikliniklerimiz yoğun, randevu sürelerinin kısa ve Bayley-III ölçeği daha fazla test gerektirmesi nedeni ile bu çalışmada nörogelişimsel değerlendirme için Bayley-II seçilmiştir.

Değişkenlerin analizinde SPSS 25.0 (IBM Corporation, Armonk, New York, ABD) programı kullanıldı. Normal dağılıma uyan numerik verilerin analizinde parametrik yöntemler, normal dağılıma uymayan numerik verilerin ve kategorik verilerin analizinde nonparametrik yöntemler kullanıldı. Normalizasyon değerlendirilmesi Kolmogorov Simirnov analizine göre değerlendirildi. Parametrik yöntemler için ortalama ve standart deviasyon; nonparametrikler için ortanca ve minimum-maksimum değerler dikkate alındı. İki farklı gruba ait verilerin ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını değerlendirmek için Student-T testi (nonparametrikse Mann Whitney u), ikiden fazla gruba ait verilerin ortalamalarının birbirinden farklı olup olmadığını değerlendirmek için One Way-Anova testi (non parametrikse Kruskal Wallis testi) uygulandı. Proporsiyonların birbirleriyle ilişkisini değerlendirmek için Fisher's exact ve Ki-kare testi kullanıldı. Uninvariate analizlerin yanısıra İVK'sı olan ile İVK'sı olmayan bebeklerde kategorik sonuç değişkenlerinin açıklayıcı değişkenlerle korelasyon etkisini belirlemek için geriye dönük (Wal modelle çoklu lojistik regresyon testleri yapıldı.
Değişkenler %95 güven aralığı ile değerlendirildi ve 0,05'in altındaki p değeri anlamlı kabul edildi.

3.Bulgular:

Çalışmaya 143 prematüre bebek dahil edildi, 8 bebeğin İVK derecesinin izlemde ≥ grade 2'ye ilerlemiş olması, 11 bebeğin neonatal süreçte exitus olması, 38'inin başvuru saatinin ≥ 24 saat olması, 9'unda konjenital anomali düşünülmesi ve 17 sinin verilerinin eksik olması nedeni ile bu bebekler çalışma dışı bırakıldı. Kriterlere uygun 60 bebek (*(**grup 1:** tf US'de grade 1-2 İVK, n=22, **grup 2:** tf US'de İVK yok, n=38)* çalışma grubunu oluşturdu. Gruplar, GY, DA'ı, doğum şekli, cinsiyet yönünden birbiriyle benzer özelliğe sahipti, antenatal steroid oranları da birbirine benzer saptandı. Çalışma grubunun neonatal izlemdeki risk faktörlerini univariate analizler ile incelediğimizde grade 1-2 İVK'sı bulunan bebeklerin 1. ve 5.dk Apgar skorları, kanaması olmayan bebeklere göre daha düşüktü, uzamış inotrop ihtiyacı, hiperglisemi, hipernatremi ve postnatal 7.günde dehidratasyon ise daha yüksekti *(Sırası ile, p_1:0.001, p_2:0.001, p_3:0.004, p_4:0.02, p_5:0.001, p_6:0.03)*. Neonatal sonuçları karşılaştırdığımızda grade 1-2 İVK'sı olan bebeklerde tedavi gerektiren PDA ve ≥ evre 2 NEK, kanaması olmayan bebeklere göre daha sık görüldü *(Sırası ile, p_1:0.01, p_2:0.04)*. Multivariate log reg analizlerinde 5.dk Apgar skorunun düşük olması, uzamış inotrop kullanım, hipernatemi ve PDA varlığı önemini korumaktaydı

(Sırası ile, p_1:0.01, p_2:0.01, p_3:0.02, p_4:0.03). Geriye yönelik değerlendirmelerde bebeklerin %38'inin kraniyal MRI'ına ulaşıldı, istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturmasa da grade 1-2 İVK'sı bulunan bebeklerde PVL oranları diğer gruba göre daha yüksek saptandı *(grup 1: %13, grup 2:%5, p>0.05).* Uzun dönem nörogelişimsel değerlendirmede, NDI açısından gruplar arasında anlamlı fark izlenmezken grade 1-2 İVK grubunda MDI daha düşük saptanırken *(p:0.03)* PDI'da fark saptanmadı, kanama grubunda 9 bebekte MDP izlendi *(p:0.04)*.

4.Tartışma:

Otuz iki GY'dan küçük doğan prematüre bebeklerde postnatal 1. hafta içerisinde yapılan Tf US'de grade 1-2 İVK saptanan 22 bebeğin neonatal risk faktörleri ve uzun dönem nörogelişimsel sonuçları, İVK saptanmayan GY ve DA'ı benzer 38 bebek ile karşılaştırıldı. Hafif düzeyli İVK'sı bulunan bebeklerde 5. dk Apgar skorunun düşük olması, ≥ 5 gün inotrop ihtiyacının sürmesi, hipernatremi ve PDA varlığı, diğer bebeklere göre daha ön plandaydı. Bu bebeklerin uzun dönem nörogelişimsel sonuçları İVK'sı bulunmayan bebeklere göre daha düşük saptandı.

Literatürdeki çeşitli çalışmalar incelendiğinde, 34 gestasyonel haftadan küçük bebeklerin dahil edildiği, prematüre bebeklerde İVK risk faktörlerinin değerlendirildiği bir çalışmada, grade 2,3 ve 4 İVK'sı bulunan bebeklerde, kanaması olmayan bebeklere göre metabolik asidozun, inotrop kullanımının daha sık olduğu, antenatal steroid oranlarının daha düşük olduğu bildirilmiştir (11). Doğum ağırlığı ≤ 1500 g olan 461 bebeğin değerlendirildiği bir başka çalışmada, univariate analizlerde küçük GY, normal spontan vajinal doğum, düşük DA, 5.dk Apgar skorunun düşük olması, sepsis varlığı İVK riskini arttırırken, multivariate analizlerde antenatal steroid yokluğu İVK gelişimi ile ilişkili saptanmıştır (12). Cochrane sistematik derlemesinde de 2020 yılında antenatal kortikosteroidlerin preterm bebeklerde İVK riskini azalttığı bir kez daha vurgulanmıştır (13). Otuz iki GY'dan ve 1500 g'dan küçük doğan, kanaması olmayan, grade 1-2 ve grade 3-4 kanaması bulunan 216 bebeğin dahil edildiği ve 3 grup altında İVK risk faktörlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada, multivariate analizlerde 3 grup arasında antenatal deksametazon varlığı ön plana çıkmakta iken, İVK'sı olmayan ve düşük dereceli kanaması olan bebeklerin subgrup analizi yapıldığında antenatal deksametazon oranları arasında istatistiksel fark izlenmemiştir (14). Bizim çalışmamızda da her iki grup arasında antenatal steroid oranları açısından fark saptanmadı. Antenatal steroid varlığının daha çok yüksek dereceli İVK riskini azalttığını biliyoruz, çalışmamıza grade 3-4 İVK'sı bulunan bebeklerin dahil edilmemiş olması, gruplar arasında fark saptanmamış olmasının bir nedeni olabilir.

İntraventriküler kanaması bulunan prematüre bebeklerin uzun dönem nörogelişimsel sonuçları incelendiğinde, ≤ 27 GY, İVK olmayan, düşük ve yüksek dereceli kanaması olan 1472 bebeğin analiz edildiği multisenter bir çalışmada kanaması olmayan ve düşük dereceli kanaması olan bebeklerin 18.-22.ay nörogelişimsel sonuçlarında fark saptanmamıştır (15). Aynı yıllarda, benzer GY ve hastanın alındığı bir başka çalışmada ise herhangi bir beyaz cevher hasarı olmasa dahi düşük dereceli kanaması olan bebeklerin 24.-36.ayda olumsuz nörogelişimsel sonuçlara sahip olduğu beliritilmiştir (16). Bir diğer çalışmada düşük dereceli İVK'sı olan bebeklerin 18.ay nörogelişimsel sonuçlarında kanama olmayan bebeklere göre fark görülmezken kraniyal MRI incelemelerinde beyaz cevher hasarı ve serebellar skor düşük dereceli kanama grubunda daha yüksek saptanmıştır (17). Son yıllarda Avustralya'da yapılmış gestasyonel yaşı 30 haftadan küçük 491 bebeğin incelendiği bir çalışmada ise 5-8 yaş uzun dönemli izlem yapılmış ve hafif IVK'nın okul çağındaki bilişsel, motor ve akademik sonuçları etkilemediği sonucuna ulaşılmıştır (18). Çalışmamızda her ne kadar NDI açısından bebeklerde fark saptanmamış olsa da düşük dereceli İVK'sı olan bebeklerde MDI skorları daha düşük ve MDP ise daha sık görülmüştür. Literatürde düşük dereceli İVK'sı olan prematüre bebekler için uzun dönem nörogelişimsel sonuçlarda prognoz değişkendir, bu bebeklerin okul çağı sonuçlarının değerlendirilmesi, geniş olgu serilerinin çalışılması daha net sonuçlara ulaşılmasını sağlayabilir.

Çalışmanın vaka sayısının az olması, tek merkezde yapılmış olması, daha uzun süreli izlem 5. yaş, 12. yaş sonuçlarının olmaması çalışmamızı kısıtlı kılan yönlerdir.

5.Sonuç ve Öneriler: Erken doğuma bağlı intraventriküler kanama, prematüre bebeklerde en önemli morbidite sebeplerinden biridir. Bu bebekler düşük derecede İVK dahi olsa nörogelişimsel sorunlar açısından artmış riske sahiptir. Bu nedenle bu bebekler göz ardı edilmeden yakın görüntüleme ve nörolojik değerlendirme altında tutulmalı, morbiditeler yönünden dikkatle incelenmelidir.

6.Kaynaklar:

1. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction-GRADE evidence profiles and summary of findings tables. J Clin Epidemiol. 2011; 64 (4): 383-394.

2. Inder TE Perlman JM, Volpe JJ. Preterm Intraventricular Hemorrhage/Posthemorrhagic Hydrocephalus. In: Volpe's Neurology of the Newborn, 6th, Volpe JJ (Ed), Elsevier, Philadelphia 2018: 637-98.
3. Stoll BJ, Hansen NI, Bell EF, et al; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Trends in care practices, morbidity, and mortality of extremely preterm neonates, 1993-2012. JAMA. 2015; 314 (10): 1039–1051.

4. Su BH, Hsieh WS, Hsu CH, Chang JH, Lien R, Lin CH; Premature Baby Foundation of Taiwan (PBFT). Neonatal outcomes of extremely preterm infants from Taiwan: comparison with Canada, Japan, and the USA. Pediatr Neonatol. 2015; 56 (1): 46–52.
5. Christian EA, Jin DL, Attenello F, et al. Trends in hospitalization of preterm infants with intraventricular hemorrhage and hydrocephalus in the United States, 2000-2010. J Neurosurg Pediatr 2016; 17 (3): 260-9.

6. Cizmeci MN, de Vries LS, Ly LG, van Haastert IC, Groenendaal F, Kelly EN, Traubici J, Whyte HE, Leijser LM. Periventricular Hemorrhagic Infarction in Very Preterm Infants: Characteristic Sonographic Findings and Association with Neurodevelopmental Outcome at Age 2 Years. J Pediatr. 2020 Feb; 217: 79-85.
7. Bayley N. Bayley scales of infant development. 2. San Antonio, TX: Harcourt, Brace, & Company; 1993.
8. Blauw-Hospers CH, Hadders-Algra M. A systematic review of the effects of early intervention on motor development. Dev med Child Neuro 2005; 47: 6, 421-432.
9. Martin JA, Osterman MJ, Sutton PD. Are preterm births on the decline in the United States? Recent data from the National Vital Statistics System. NCHS Data Brief 2010; 39: 1-8.
10. Susan R Harris, Antoinette M Megens, Catherine L Backman, Virginia E Hayes. Stability of the Bayley II Scales of Infant Development in a sample of low-risk and high-risk infants. Developmental Medicine & Child Neurology 2005; 47: 820–823.
11. Lee JY, Kim HS, Jung E, Kim ES, Shim GH, Lee HJ, Lee JA, Choi CW, Kim EK, Kim BI, Choi JH. Risk factors for periventricular-intraventricular hemorrhage in premature infants. J Korean Med Sci. 2010 Mar; 25 (3): 418-24.

12. Zhao Y, Zhang W, Tian X. Analysis of risk factors of early intraventricular hemorrhage in very-low-birth-weight premature infants: a single center retrospective study. BMC Pregnancy Childbirth. 2022 Dec 1; 22 (1): 890.

13. McGoldrick E, Stewart F, Parker R, Dalziel SR. Antenatal corticosteroids for accelerating fetal lung maturation for women at risk of preterm birth. Cochrane Database Syst Rev. 2020 Dec 25; 12 (12): CD004454.

14. Al-Mouqdad MM, Abdelrahim A, Abdalgader AT, Alyaseen N, Khalil TM, Taha MY, Asfour SS. Risk factors for intraventricular hemorrhage in premature infants in the central region of Saudi Arabia. Int J Pediatr Adolesc Med. 2021 Jun; 8 (2): 76-81.

15. Payne AH, Hintz SR, Hibbs AM, Walsh MC, Vohr BR, Bann CM, Wilson-Costello DE; Eunice Kennedy Shriver National Institute of Child Health and Human Development Neonatal Research Network. Neurodevelopmental outcomes of extremely low-gestational-age neonates with low-grade periventricular-intraventricular hemorrhage. JAMA Pediatr. 2013 May; 167 (5): 451-9.

16. Bolisetty S, Dhawan A, Abdel-Latif M, Bajuk B, Stack J, Lui K; New South Wales and Australian Capital Territory Neonatal Intensive Care Units' Data Collection. Intraventricular hemorrhage and neurodevelopmental outcomes in extreme preterm infants. Pediatrics. 2014 Jan; 133 (1): 55-62.

17. Reubsaet P, Brouwer AJ, van Haastert IC, Brouwer MJ, Koopman C, Groenendaal F, de Vries LS. The Impact of Low-Grade Germinal Matrix-Intraventricular Hemorrhage on Neurodevelopmental Outcome of Very Preterm Infants. Neonatology. 2017; 112 (3): 203-210.

18. Legge N, Lutz T, Wocadlo C, Rieger I. Long-term neurodevelopmental outcome in preterm infants with intraventricular haemorrhage. J Paediatr Child Health. 2022 Oct; 58 (10) :1797-1802.

SS13

YENİDOĞAN VE İNFANTLARDA GÖRMENİN DEĞERLENDİRMESİ

Sara EROL[1,2], **Atilla ÇİFCİ[1,2]**

[1]Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi,
[2]Ankara Bilkent Şehir Hastanesi

Anahtar Kelimeler: Görsel değerlendirme, infantlar, görme bozukluğu

Giriş: Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünyada 2,2 milyar insan değişik derecelerde görme bozukluğu yaşamaktadır ve yaklaşık 3 milyon az gören, 1,5 milyon ise hiç görmeyen çocuk bulunmaktadır. Çocukluk dönemindeki görme bozukluklarının %80'i önlenebilir nedenlerden kaynaklanmaktadır. (1) Çocukluk çağındaki az görme ya da körlük az gelişmiş ülkelerde A vitamini eksikliği ya da kızamık enfeksiyonu gibi nedenlerle oluşan korneal hasarlar, katarakt, göz tansiyonu gibi nedenlere bağlıdır. Gelişmiş ülkelerde ise serebral görme bozukluğu, prematüre retinopatisi, kalıtsal retina hastalıkları veya doğumsal göz küresi anormallikleri daha sıktır. (2)

Amaç: Görme değerlendirmesi, çocukların tıbbi bakımının önemli bir parçasıdır. Hayatın ilk aylarında tespit edilip tedavi edilmeyen göz problemleri veya refraksiyon kusurları geri dönüşü olmayan görme kayıplarına neden olabilir. Görme bozuklukları yaşamı tehdit eden nörolojik ya da sistemik bir hastalığın bulgusu da olabilir. Bu nedenle, yenidoğan ve infantlarda görme değerlendirmesi kritik önem taşır. Bu derlemenin amacı, yenidoğan ve infant döneminde görmenin değerlendirilmesinde kullanılan yöntemleri incelemektir.

Metod: Bu sunum, yenidoğan ve infant döneminde görme fonksiyonlarının değerlendirilmesi için literatür taraması, PubMed, Google Scholar gibi uluslararası bilimsel veri tabanlarından sağlanan, alandaki en güncel araştırmalar ve kaynaklar kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Böylece, hem klinik uygulamalarda kullanılan yöntemlerin etkinliği hem de objektif ölçüm tekniklerinin yenilikçi yönleri, mevcut bilimsel literatüre dayalı olarak kapsamlı bir şekilde değerlendirilmiştir.

Bulgular: Nörofizyolojik çalışmaların artmasıyla çocuklarda görmenin gelişimiyle ilgili bilgilerimiz de artmıştır. Görme yolakları doğumda immatürdür ancak zamanla hem optik sinir ve retina hem de görme korteksi matürleşmektedir. Bu maturasyon yaşamın ilk haftalarında gerçekleşir. Görmenin oluştuğu ana retina bölgesi olan foveanın maturasyonu ise yaklaşık 4 yaşında tamamlanmaktadır. Yenidoğan bir bebeğin görme keskinliği yaklaşık 20/400 dür. Görme sisteminin olgunlaşması ile görsel davranışlar gelişir. Doğumdan kısa süre sonra fiksasyon başlar ve çoğu bebek yaklaşık 3 aylıkken objeleri takip edebilir. Derinlik algısı ve binoküler görme fonksiyonu ise 3.-7. aylar arasında gelişir. Erişkindeki 20/20 görme keskinliğine ulaşmak ise yaklaşık 3- 5 yaş arasında olmaktadır. Bu matürasyon basamakları görmenin statik değil dinamik bir süreç olduğunu ve belli sınırlar içerisinde geliştirilebileceğini ve değerlendirilebileceğini göstermektedir. Görme yollarının sağlıklı bir şekilde gelişebilmesi için beyne iki gözden de eşit derecede net ve odaklanmış görüntüler iletilmelidir. Refraksiyon kusurları, şaşılık, katarakt gibi göz bozuklukları bu gelişimi olumsuz etkileyebilir ve ambliyopi ile sonuçlanabilir. (3)
Görme problemlerinin taranması, çocuğun yaşına bağlı olarak farklı yöntemlerle gerçekleştirilir. Okul öncesi çocuklarda görme problemlerinin fark edilmeme oranı %5 ile %10 arasında tahmin edilmektedir. Ambliyopi, genellikle bebeklik döneminden 5-7 yaşına kadar gelişen bir durumdur ve erken teşhis edilip tedavi edilmesi göz gelişimi açısından olumlu sonuçlar sağlar. (4)

Amerikan Pediatri Akademisi (AAP) ve Amerikan Oftalmoloji Akademisi (AAO) gibi kurumlar, 5 yaşından küçük tüm çocuklarda ambliyopi, şaşılık ve diğer görme problemlerini tespit etmeyi önerir. AAP kılavuzları, sağlık kontrolleri sırasında görme taramasının yapılmasını veya risk faktörleri tespit edilirse göz uzmanına yönlendirilmesini önermektedir. Eğer çocukta anormal kırmızı refle, prematürite öyküsü, metabolik veya genetik bir hastalık öyküsü, 3 aylıkken fiksasyon ve takip yeteneğinin gelişmemesi, 4 aydan sonra şaşılık, ≥1 mm pupil asimetrisi (glokom, mikroftalmi açısından),bir veya iki gözde pitoz ya da görme eksenini engelleyen lezyonlar, gözler arası görme keskinliği farkı, nistagmus varsa mutlaka görmenin değerlendirilmesi için göz doktoruna yönlendirilmelidir. (5)

Çocuklarda görme keskinliği testi yaşa göre farklılık gösterir. 3 yaşın altındaki çocuklarda, görsel davranışların değerlendirilmesi önceliklidir. Görsel davranışlar, çocuğun yaşına uygun olarak normal mi ve her iki gözde eşit mi diye değerlendirilir. Muayene odasında çevresel uyaranlara verilen tepkilerin gözlemlenmesi, fiksasyon refleksi, tercihli bakma, foto-tarama ve otorefraksiyon gibi enstrüman bazlı görme tarama cihazları, görsel uyarılmış potansiyel testi ve çocuğa bakım verenlere uygulanan anketler infantların görsel fonksiyonlarını değerlendirmede en güvenilir yöntemlerdir. 3 yaş ve üzeri çocuklarda optotip testleri (harf veya şekil testleri) kullanılarak görme keskinliği ölçülebilir. (6)

Ülkemizde uygulanan "Ulusal Göz Tarama Programı"'na göre ise aile hekimleri tarafından 0-3 ay arasında oftalmaskopla ışık refleksi ve kırmızı refle muayenesi yapılması, bu ilk muayenede patoloji saptanan ya da göz hastalıkları için risk gurubundaki bebeklerin göz doktoruna sevk edilmeleri önerilmektedir. Bu dönemden sonraki ilk göz taraması 36-48. aylarda yapılmaktadır. (7)

Sonuç: Çocukluk döneminde görme gelişimi, dış uyaranlara son derece duyarlıdır ve görme yollarının sağlıklı gelişimi için erken dönemde yapılacak müdahaleler kritik önem taşır. Hem oküler hem de serebral görme bozuklukları çocukluk döneminde nörokognitif gelişim ve bilişsel fonksiyonlar üzerinde olumsuz etkiler göstermekte olup, bu sorun genel iyilik halini bozabilecek küresel bir sağlık problemini temsil etmektedir. Görme problemlerinin erken teşhisi, kalıcı görme kayıplarının önlenmesi açısından hayati olabilir. Tarama ve göz muayenesi, özellikle risk faktörleri olan çocuklarda düzenli olarak yapılmalıdır. Aileler, çocuklarındaki görme problemleri konusunda dikkatli olmalı ve sağlık profesyonellerine gerekli bilgileri sağlamalıdır. Rutin yöntemlerin yanı sıra özellikle preverbal yaş grubundaki çocuklarda çocuğun görsel davranışına odaklanan anket uygulamaları daha sık kullanılmalıdır.

Kaynaklar:

1. World Health Organization. "World Report on Vision." Geneva: WHO, 2019. https://www.who.int/publications/i/item/9789241516570.
2. Teoh LJ, Solebo AL, Rahi JS; British Childhood Visual Impairment and Blindness Study Interest Group. Visual impairment, severe visual impairment, and blindness in children in Britain (BCVIS2): a national observational study. Lancet Child Adolesc Health. 2021 Mar;5(3):190-200. doi: 10.1016/S2352-4642(20)30366-7. Epub 2021 Jan 29. Erratum in: Lancet Child Adolesc Health. 2021 May;5(5):e18. doi: 10.1016/S2352-4642(21)00102-4. PMID: 33524322; PMCID: PMC9765867.
3. Mercuri E, Baranello G, Romeo DM, Cesarini L, Ricci D. The development of vision. Early Human Development. 2007 Dec 1;83(12):795-800.
4. Magramm I. Amblyopia: etiology, detection, and treatment. Pediatr Rev. 1992 Jan;13(1):7-14. doi: 10.1542/pir.13-1-7. PMID: 1734442.

5. US Preventive Services Task Force; Grossman DC, Curry SJ, Owens DK, Barry MJ, Davidson KW, Doubeni CA, Epling JW Jr, Kemper AR, Krist AH, Kurth AE, Landefeld CS, Mangione CM, Phipps MG, Silverstein M, Simon MA, Tseng CW. Vision Screening in Children Aged 6 Months to 5 Years: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. JAMA. 2017 Sep 5;318(9):836-844. doi: 10.1001/jama.2017.11260. PMID: 28873168.
6. Donahue SP, Nixon CN; Section on Opthamology, American Academy of Pediatrics; Committee on Practice and Ambulatory Medicine, American Academy of Pediatrics; American Academy of Ophthalmology; American Association for Pediatric Ophthalmology and Strabismus; American Association of Certified Orthoptists. Visual System Assessment in Infants, Children, and Young Adults by Pediatricians. Pediatrics. 2016 Jan;137(1):28-30. doi: 10.1542/peds.2015-3596. Epub 2015 Dec 7. PMID: 29756730.
7.https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/Yayinlarimiz/Rehberler/02.08.2019_ULUSAL_GORME_TARAMASI_REHBERI.pdf

SS21

KONYA'DA YAŞAYAN 2-17 YAŞ ARASI MALNÜTRE SURİYELİ MÜLTECİ VE TÜRK ÇOCUKLARIN BESLENME DURUMLARININ KARŞILAŞTIRILMASI

Anna CARINA ERGANI[1], Muslu Kazım KÖREZ[2]

[1]Konya Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi, Konya, Türkiye
[2]Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi, Tıbbi İstatistik, Konya, Türkiye

Anahtar kelimeler: Beslenme durumu, Bodurluk, Suriyeli mülteci çocuk

Giriş: Malnütrisyon protein, enerji ve diğer besinlerin eksiklik veya fazlalığına bağlı, vücut kütlesi ve fonksiyonlarında ölçülebilir olumsuz etkilere neden olan beslenme bozukluğu olarak tanımlanmaktadır (1). Çocukların üç aydan daha uzun süre beslenme bozukluğunun etkisinde kalması kronik malnütrisyon olarak tanımlanır ve bu durum kalıcı büyüme-gelişme geriliği ile ilişkilidir. Mikro besin eksikliklerinde, her zaman gözle görülür bulgular saptanamayabilir. Ancak bu durum yaşam boyu büyüme-gelişme geriliğine ve üretkenliğin azalmasına neden olabilen bir kronik malnütrisyon biçimidir (2). Orta ve ağır derecede akut malnütrisyon belirgin bir halk sağlığı problemi olup özellikle düşük ve orta gelirli ülkeleri etkilemektedir. Malnütrisyon tüm dünyada 50 milyona yakın çocuğu etkilenektedir. Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) / Dünya Sağlık Örgütü'nün 2019 yılında yayınladığı raporda 5 yaş altı çocuklarda bodurluk oranı %21,9'dur. Harita incelendiğinde malnütrisyonun Güney-Doğu Asya kıtasında ve Afrika kıtasının bazı bölgelerinde en yüksek olduğu, ülkemizde bu bölgelere göre kıyasla kısmen daha düşük oranda gözlendiği görülmektedir (3). Dünyadaki çeşitli ülkelerin malnütrisyon oranları ekonomik durum, savaş gibi sosyal nedenler, gıda güvenliği ve diğer sebeplerden dolayı değişkenlik göstermektedir (4,5). Bilindiği üzere Suriye'de 2011 yılında başlayan iç savaş sonrası Suriye'den Türkiye'ye mülteci girişi başladı. Günümüzde Konya'da 2-17 yaş aralığında yaklaşık bilinen 35 bin Suriyeli çocuk yaşamaktadır. On üç yıl içinde Suriyeli mültecilerin zamanla barınma, beslenme ve çalışma konusunda daha az sıkıntı yaşadığı gözlendi. Bu çalışmayla beslenme durumlarının ortaya konulması amacıyla malnütrisyonu olan Suriyeli mülteci çocuklar ile Türk çocuklarının sağlık ve beslenme durumlarını karşılaştırmayı amaçladık.

Gereç ve yöntem: Mayıs 2023 ile Ocak 2024 arasında Konya'da yaşayan Dünya sağlık örgütüne (DSÖ) göre yapılan antropometrik (boy, kilo, vücut kitle indeksi (VKİ)) değerlendirilmesinde malnütrisyonu olan 100 Suriyeli mülteci ve 101 Türk malnütre çocuk çalışmaya dahil edildi. Hastaların antropometrik ölçümleri ile hemoglobin, albumin, ferritin, folat, B12 ve D vitamini sonuçları karşılaştırıldı.

Bulgular: Yüzbir Türk ve 100 Suriyeli çocuk olmak üzere toplam 201 çocuk çalışmaya dahil edildi. Çalışma gruplarının cinsiyet dağılımı (%41,6'ya karşı %52 erkek, p=.139) benzer olmasına rağmen, çalışmaya dahil edilen Türk çocuklar Suriyeli çocuklardan daha büyük idi (8,62 ± 4,53'e karşı 4,67 ± 3,13, p<.001). Türk ve Suriyeli çocuklar arasında ağırlık standart sapmasında (SDS) istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmadı. Suriyeli çocukların ortalama boy SDS'si daha düşükken, ortalama VKİ SDS'si Türk çocuklarına kıyasla daha yüksekti. Türk çocuklarının plazma hemoglobin konsantrasyonu Suriyeli çocuklara kıyasla biraz daha düşüktü (12,20 ± 1,86'ya karşı 12,50 ± 1,25, p=.184), ancak farklar anlamlı değildi. Ancak, Türk çocuklarında anemi prevalansı Suriyeli çocuklara göre anlamlı derecede daha yüksekti (%33,7'ye karşı %21, p=.044). Türk ve Suriyeli çocuklar arasında serum ferritin konsantrasyonunda (29 [20 – 54] - 30,5 [21 – 54,25], p=.396) veya demir eksikliği prevalansında (%15,8'e karşı %9, p=.209) anlamlı bir fark gözlenmedi.

Ayrıca Suriyeli çocuklarda B12 vitamini (402 [324.5 – 558.25] vs. 341 [245 – 474], p<.001), folik asit (11 [8 – 14.5] vs. 7.6 [5 – 11], p<.001) ve 25-OH D vitamini (22 [16.38 – 28.25] vs. 11 [7.7- 18], p<.001) düzeyleri Türk çocuklarına göre anlamlı derecede yüksekti. Ayrıca B12 vitamini (%13.9 vs. %3, p=.012), folik asit (%27.7 vs. %8, p<.001) ve D vitamini (%91.1 vs. %76, p=.007) eksiklikleri Türk çocuklarında Suriyeli çocuklara göre anlamlı derecede yüksek idi. Serum albumin düzeyleri Suriyeli çocuklarda Türk çocuklarına göre anlamlı derecede yüksekti (4.47 ± 03.1'e karşı 4.29 ± 0.50, p=.002).

Tablo 1: Türk ve Suriyeli çocukların demografik ve klinik özellikleri

Characteristics	Turkish children (*n*=101)	Syrian children (*n*=100)	*p*-value
Age (years)	8.62 ± 4.53	4.67 ± 3.13	<.001[1]
Sex (male/female)	42 (41.6)/ 59 (58.4)	52 (52)/ 48 (48)	.139[2]
Weight SDS	–2.47 ± 0.73	–2.39 ± 0.69	.460[3]
Height SDS	–1.88 ± 0.85	–2.23 ± 1.08	.011[3]
BMI SDS	–1.85 ± 1.20	–1.44 ± 1.13	.013[3]
Hemoglobin (mg/dL)	12.20 ± 1.86	12.50 ± 1.25	.184[1]
Anemia	34 (33.7)	21 (21)	.044[2]
Albumin (g/L)	4.29 ± 0.50	4.47 ± 0.31	.002[1]
Ferritin (µg/L)	29 [20 – 54]	30.5 [21 – 54.25]	.396[4]
Iron deficiency	16 (15.8)	9 (9)	.209[5]
Vitamin B12 (pg/mL)	341 [245 – 474]	402 [324.5 – 558.25]	<.001[4]
Vitamin B12 deficiency	14 (13.9)	3 (3)	.012[5]
Folic acid (ng/mL)	7.6 [5 – 11]	11 [8 – 14.5]	<.001[4]
Folate deficiency	28 (27.7)	8 (8)	<.001[5]
25-OH Vitamin-D (ng/mL)	11 [7.7 – 18]	22 [16.38 – 28.25]	<.001[4]
Vitamin-D deficiency	92 (91.1)	76 (76)	.007[5]

Sonuç ve Öneriler: Sonuç olarak uzun yıllardır ülkemizde yaşayan ve şehir hayatına girmiş olan Suriyeli mülteci çocukları daha bodur olmasına rağmen özellikle anemik olmadıkları ve serum proteini, vitamin, mineral eksikliği açısından Türk çocuklarına göre yetersizlik göstermedikleri saptanmıştır. Çocukluk çağında daha bodur olmaları toplumsal ve genetik temelli vücut kompozisyonlarına bağlanabilir. Ancak sonuçlarımıza göre mülteci olmanın malnütrisyon sonucunu doğuracağı anlamını taşımamaktadır.

Kaynak:

1. Branca F, Demaio A, Udomkesmalee E, et al. A new nutrition manifesto for a new nutrition reality. Lancet 2020;395(10217):8-10.

2. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B et al. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. JPEN J Parenter Enteral Nutr 2013;37:460-81.

3. Improving maternal, infant and young child nutrition expands opportunities for every child to reach his or her full potential: UNICEF – DSÖ – World Bank Group joint child malnutrition estimates. Key findings of the 2019 edition. Available at: https://data.unicef.org/topic/nutrition/ child-nutrition/

4. Malnutrition rates remain alarming: stunting is declining too slowly while wasting still impacts the lives of far too many young children: UNICEF – DSÖ – World Bank Group joint child malnutrition estimates. Key findings of the 2019 edition. Available at: https://data.unicef.org/ topic/nutrition/malnutrition/

5. Ntenda PAM. Association of low birth weight with undernutrition in preschool-aged children in Malawi. Nutr J 2019;18:51.

SS22

SOSYAL MEDYA BAĞIMLILIĞI VE YEME BOZUKLUKLARI: ERGENLİK DÖNEMİNDE FİZYOLOJİK VE PSİKOLOJİK ETKİLERİ

Hicran ALTIN

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Kliniği

Anahtar Kelimeler: Sosyal medya, Yeme bozuklukları, Ergenlik dönemi

Giriş

Günümüzde sosyal medyanın, bireylerin günlük yaşamlarında giderek daha etkili bir rol oynadığı ve özellikle gençlerin iletişim alışkanlıklarını köklü bir şekilde dönüştürdüğü tespit edilmiştir. Yapılan araştırmalarda, ergenlerin %95'inin aktif olarak sosyal medya kullandığı ve en yaygın platformlar arasında Facebook, Snapchat ve Instagram'ın bulunduğu belirlenmiştir. Sosyal medya kullanımının, bazı çalışmalarda psikolojik iyi oluş ve sosyal destekle olumlu yönde ilişkili olduğu saptanmış, ancak birçok araştırmada özellikle kızlarda sosyal medyanın olumsuz etkilerine dikkat çekilmiştir. Bu olumsuz etkilerin başında beden imajı yer almakta olup, ergenlik döneminde yeme bozukluklarının (YB) sık görülmesi nedeniyle SM'nin bu dönemdeki kritik etkisi büyük önem taşımaktadır. Bu çalışmada, ergenler arasında sosyal medya kullanımının yaygınlığı ve sosyal medyanın olumsuz etkilerinin, özellikle yeme bozuklukları üzerindeki etkilerinin literatür ışığında tartışılması amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Makale araştırmaları, PubMed, Web of Science, Google Scholar, Springer, Scopus ve Wiley gibi çeşitli veri tabanları üzerinden gerçekleştirilmiştir. PubMed'de "Medical Subject Headings (MeSH)" terimleri kullanılarak daha hassas sonuçlar elde edilmiştir. Özellikle "eating disorder", "social media" ve "adolescent" anahtar kelimeleri ile yapılan aramalar, yeme bozuklukları ve sosyal medya kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen son on yıla ait çalışmaları içermektedir.

Bulgular

Pakistan'da gençler arasında yeme bozukluklarının yaygınlığı ile sosyal medya bağımlılığı arasındaki ilişki, tanımlayıcı kesitsel bir yöntemle incelenmiştir. Araştırma, Pakistan'daki çeşitli okullar, kolejler ve üniversitelerde öğrenim gören, 14-25 yaş aralığındaki öğrencilerden oluşan bir örneklem grubunu kapsamaktadır. Çalışmaya toplamda 350 katılımcı dahil edilmiştir; bunların %44,9'u (n=157) erkek, %55,1'i (n=193) kadındır. Katılımcıların %90,3'ü (n=316), interneti eğitim veya iş amaçlı kullandığını belirtmiştir. Gençlerin %46'sı (n=161), en sık kullandıkları sosyal medya platformunun Instagram olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, %38'i (n=132) interneti günde 4-6 saat arasında kullandığını, %48,9'u (n=171) ise sosyal medyada günde 1-3 saat geçirdiğini rapor etmiştir. Yeme Tutumları Testi'ne (EAT-26) dayalı olarak elde edilen sonuçlara göre, katılımcıların %41,7'sinin (n=146) yeme bozukluğu geliştirme riski taşıdığı saptanmıştır. Bu risk grubunun %60'ını kadınlar, %40'ını ise erkekler oluşturmaktadır.

Avustralya'da yapılan bir çalışmada, 9-11. sınıflarda eğitim gören lise öğrencileri ile üniversite öğrencileri arasında depresyon, sosyal anksiyete, görünüş kaygısı, sosyal medya kullanımı ve diğer psikolojik değişkenler karşılaştırılmıştır. Çalışmaya 311 erkek ve 452 kadın katılmıştır. Sonuçlara göre, kadınlar erkeklere kıyasla depresyon, sosyal anksiyete, görünüş kaygısı, görünüşle ilişkili reddedilme hassasiyeti ve sosyal medya kullanım yoğunluğu açısından daha yüksek skorlar elde etmiştir. Özellikle kadınların sosyal medya kullanım sürelerinin ve bu platformlardaki etkileşimlerinin daha fazla olduğu, buna bağlı olarak görünüşle ilgili kaygı ve takıntılarının da erkeklere göre belirgin şekilde daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Avustralya'da gerçekleştirilen bu çalışmada, sosyal medya kullanımı ile gençler arasında yeme bozuklukları (YE) arasındaki ilişki incelenmiştir. Çalışma, Güney ve Batı Avustralya'daki beş okulda öğrenim gören toplam 996 yedinci ve sekizinci sınıf öğrencisini kapsamaktadır. Katılımcıların ortalama yaşı 13,08 yıl olup, %53,6'sı kız (n=534) ve %46,4'ü erkek (n=462) öğrencilerden oluşmaktadır. Beş okulun dördü karma eğitim verirken (%89,7; n=894), biri yalnızca kız öğrencilere eğitim sunmaktadır (%10,3; n=102). Elde edilen EDE-Q skorlarına göre, gençlerin kilo kaygısı, şekil kaygısı, yeme kaygısı ve genel yeme bozukluğu skorları açısından anlamlı farklılıklar gözlemlenmiştir. Kız öğrenciler, kilo ve şekil kaygısı açısından erkeklere kıyasla daha yüksek skorlar elde etmiştir. Ayrıca, öğün atlama (%30,6), çok az yemek yeme (%25,8) ve aşırı yeme davranışları kız öğrenciler arasında daha yaygın olarak rapor edilmiştir. Sonuçlar, sosyal medya kullanımının gençler arasında yeme bozukluğu gelişiminde önemli bir risk faktörü olduğunu göstermektedir. Özellikle kız öğrencilerin bu tür davranışlar ve kaygılar açısından daha yüksek risk taşıdığı belirlenmiştir.

Norveç'te ergenler arasında yapılan bir diğer çalışma, sosyal medya kullanımı, görünüm idealleri ve yeme bozukluğu patolojisi arasındaki ilişkiyi incelemiştir. Bu araştırmaya, 16-19 yaş aralığındaki 1558 katılımcı (%53 kız, %47 erkek) dahil edilmiştir. Yeme bozukluğu semptomları, sosyokültürel görünüm ideallerinin içselleştirilmesi ve görünüm baskıları üzerine odaklanılmıştır. Kızların EDE-QS puanlarının erkeklere kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu bulunmuştur ($p<0.001$, $r=0.44$). Bu sonuç, kızların yeme bozukluğu semptomlarını erkeklere göre daha fazla yaşadığını göstermektedir. Ayrıca, kızların incelik ve düşük vücut yağı idealini erkeklere göre daha fazla içselleştirdiği saptanmıştır ($p<0.001$, $r=0.60$). Medya baskısının da kızlarda erkeklere göre daha yüksek olduğu ($p<0.001$, $r=0.50$) tespit edilmiştir. Bu sonuçlar, sosyal medya kullanımı ve görünüm baskısının özellikle kızlarda yeme bozukluğu riskini artırdığı, erkeklerde ise kaslı olma idealinin daha fazla içselleştirildiğini göstermektedir.

2022 yılında yapılan bir çalışmada, sosyal medya kullanımının çocuklar ve ergenler üzerindeki etkileri incelenmiş ve bu bağlamda PubMed veri tabanında "sosyal medya", "adölesan" ve "pediatri" anahtar kelimeleri kullanılarak toplamda 1005 makale taranmıştır. Tarama sonucunda 922 makale detaylı bir şekilde analiz edilmiş ve PRISMA kurallarına uygun olarak 86 makale seçilmiştir. Bu makaleler arasında çocuklar ve ergenler üzerinde sosyal medya kullanımının olumsuz etkileri değerlendirilen 68 çalışma kapsamlı olarak incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre, sosyal medya kullanımına bağlı olarak en sık karşılaşılan sorunların başında depresyon, kaygı ve bağımlılık gelmektedir. Depresyon, toplam raporların %27,9'unu oluşturan 19 çalışmada tartışılmıştır. Diyetle ilişkili sorunlar ve siber zorbalık, %22,1 oranında 15 çalışmada ele alınmıştır. Psikolojik sorunlar %20,6 oranında 14 çalışmada, uyku sorunları ise %19,1 oranında 13 çalışmada rapor edilmiştir. Bunun yanı sıra, sosyal medya bağımlılığı ve kaygı, her biri %14,7 oranında 10 çalışmada incelenmiştir. Cinsellikle ilgili problemler %13,2 oranında 9 çalışmada, davranışsal sorunlar %10,3 oranında 7 çalışmada ve beden imajı bozukluğu %8,8 oranında 6 çalışmada ele alınmıştır. Daha az sıklıkla bildirilen diğer sorunlar arasında fiziksel aktivite eksikliği, çevrimiçi taciz, görme sorunları, baş ağrısı ve diş çürükleri yer almaktadır.

Bu sorunların yaygınlığı, sosyal medya kullanımının çocuklar ve ergenler üzerindeki olumsuz etkilerinin ne denli ciddi olduğunu göstermektedir.

Tartışma

Ergenlik dönemi, çocukluktan yetişkinliğe geçişin kritik bir aşaması olarak kabul edilmekte olup, bu süreçte bireylerin biyolojik, psikolojik ve sosyal alanlarda önemli değişimler yaşadığı bilinmektedir. Biyolojik değişimlerin yanı sıra, ergenlik dönemi bilişsel ve psikolojik gelişimlerin hızlandığı bir evredir. Bu dönemde kimlik gelişimi, bireyin "ben kimim" sorusuna cevap aradığı ve toplum içindeki rolünü keşfetmeye başladığı önemli bir süreç olarak öne çıkmaktadır. Sosyal açıdan ise ergenler, genç erişkin rollerine hazırlanmakta ve toplumsal sorumluluklar üstlenmeye başlamaktadırlar.

Günümüzde ergenler, çevrimiçi ortamlarda daha fazla zaman geçirmekte ve sıklıkla ebeveyn gözetiminden uzak kaldıkları için daha savunmasız hale gelmektedir. Bu durum, gerçek hayattaki davranışlarına kıyasla, çevrimiçi platformlarda kişisel bilgi ve görselleri paylaşma konusunda daha istekli olmalarına yol açmaktadır. Sosyal medyanın yoğun kullanımı, ergenlerin hem sosyal etkileşimlerini hem de kimlik gelişim süreçlerini şekillendirmektedir. Bununla birlikte, sosyal medyada geçirilen zaman arttıkça çevrimiçi risklere maruz kalma olasılığı da artmaktadır. Yapılan araştırmalara göre, ergenlerin %60'ı sosyal medya platformlarında günde en az iki saat harcarken, %30'u beş saatten fazla zaman geçirmektedir. Bu durum, ergenlerin dijital dünyayla güçlü bir bağ kurmalarına ve çevrimiçi ortamlarda daha fazla vakit geçirmelerine neden olmaktadır. Ancak, bu kullanımın uzun vadeli psikolojik ve sosyal sonuçları olumsuz olabilmektedir.

Sosyal medya bağımlılığı da bu olumsuz sonuçlar arasında önemli bir yer tutmaktadır. Sosyal medya platformlarının sürekli kullanımı, aşırı kullanım durumlarında bağımlılık davranışlarını teşvik edebilmektedir. Araştırmalara göre, sosyal medya kullanan gençlerin yaklaşık %12'sinde bu bağımlılığın belirtileri gözlemlenmiştir. Sosyal medya bağımlılığı, bireylerin yaşamlarının çeşitli alanlarında olumsuz etkiler yaratabilmektedir. En kaygı verici durumlardan biri ise bu bağımlılığın, düzensiz yeme alışkanlıkları ile olan ilişkisidir. Sağlıksız yeme davranışları, ciddi psikolojik ve fizyolojik sonuçlar doğurarak yeme bozukluğu riskini artırmaktadır.

Sosyal medya kullanımının beden imajı ve yeme davranışları üzerindeki olumsuz etkilerini gösteren araştırmalar, Facebook gibi platformları kullanan bireylerin fiziksel görünümlerinden memnun olmadıklarını ve yeme bozukluklarına yönelik daha yüksek bir eğilim bildirdiklerini ortaya koymaktadır. Yeme bozuklukları, kilo kontrol davranışları ve anormal yeme alışkanlıklarıyla kendini gösteren ciddi psikiyatrik bozukluklar arasında yer almaktadır. Kilo, vücut şekli ve yeme konusundaki bozuk tutumlar, yeme bozukluklarının hem başlangıcında hem de devamında önemli bir rol oynamaktadır. Bu bozukluklar, bireylerin fiziksel sağlığı, psikolojik durumu ve sosyal işlevselliği üzerinde ciddi olumsuz etkiler yaratabilmektedir.

DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition) ve ICD-11 (International Classification of Diseases, 11th Revision) sınıflandırmalarına göre altı temel yeme bozukluğu tanımlanmaktadır. Bunlar sırasıyla şu şekildedir: anoreksiya nervoza, bulimia nervoza, tıkınırcasına yeme bozukluğu, kaçınmacı-kısıtlayıcı gıda alımı bozukluğu, pika ve ruminasyon bozukluğu.

Sosyal medya ile yeme bozukluğu patolojisi arasında güçlü bir ilişki bulunmuştur. Facebook'ta geçirilen zamanın, beden imajı memnuniyetsizliği ve yeme bozuklukları patolojisiyle ilişkili olduğu, bu ilişkinin televizyonda veya dergilerde idealize edilmiş güzellik anlayışına sahip modeller izlemekle karşılaştırıldığında daha güçlü olduğu gösterilmiştir. Sosyal medya platformlarında kullanıcılar, genellikle en çekici ve idealize edilmiş fotoğraflarını paylaşmakta ve diğer kullanıcılar da bu tarz içeriklere maruz kalmaktadır. Bu durum, özellikle ergenlerin vücut imajı algısını olumsuz yönde etkileyen bir çevrimiçi ortam yaratmaktadır. Ergenler, sosyal medyada daha çekici modellere ve idealize edilmiş bedenlere maruz kaldıkça, kendilerini bu kişilerle kıyaslama eğilimine girmekte ve bu da vücut imajı kaygılarını artırmaktadır.

Sosyal medya, depresyon ve sosyal kaygı gibi duygusal sorunlar için risk faktörü oluşturabilecek bir sosyal karşılaştırma ortamı sunmaktadır. Gençler arasında, sosyal medyada sıklıkla zayıflık ve güzellik algılarıyla ilgili içeriklere maruz kalmanın, fiziksel görünümleriyle ilgili memnuniyetsizlik ve öz-imaj sorunlarına yol açabileceği bildirilmektedir.

Bazı sosyal medya içerikleri, anoreksiya yanlısı mesajların yayılmasını teşvik etmekte ve bu mesajlar yalnızca belirli web siteleriyle sınırlı kalmayıp, Snapchat, Twitter, Facebook, Pinterest ve Tumblr gibi sürekli değişen sosyal medya platformlarına yayılmaktadır. Bu durum, yeme bozukluğunu destekleyen içeriklere kullanıcılar tarafından daha kolay erişim sağlanmasına neden olmaktadır. Araştırmalar, anoreksiya yanlısı web sitelerinin kullanımının, daha güçlü bir zayıflık arzusu, bedensel görünümlerine ilişkin daha düşük öz-değerlendirme ve daha yüksek düzeyde mükemmeliyetçilik ile ilişkili olduğunu göstermektedir. Bu faktörlerin tümü, yeme bozukluklarının gelişimi ile doğrudan bağlantılıdır. Bu durum, sosyal medyanın içerik filtrelemesindeki zorluklar ve anoreksiya gibi zararlı eğilimleri destekleyen içeriklerin geniş bir kitleye ulaşabilmesi nedeniyle, özellikle genç kullanıcılar için önemli bir risk oluşturmaktadır.

Sonuç

Ergenlerin sosyal medya kullanımının kimlik gelişimi, sosyal etkileşimleri ve beden imajı algıları üzerinde önemli etkileri olduğu görülmektedir. Özellikle aşırı sosyal medya kullanımı, bireylerde sosyal medya bağımlılığına yol açabilmekte ve bu durum düzensiz yeme alışkanlıkları ile ilişkilendirilmektedir. Araştırmalar, sosyal medyanın idealize edilmiş beden algısı yaratmada güçlü bir etken olduğunu ve bunun sonucunda ergenlerde beden memnuniyetsizliği ve yeme bozuklukları riskinin arttığını ortaya koymaktadır. Bu nedenle, sosyal medyanın dikkatli ve bilinçli kullanımı, genç bireylerin psikolojik ve fizyolojik sağlıklarını korumada kritik bir rol oynamaktadır.

Kaynaklar

1. Pew Research Center. Teens, social media & technology 2018; 2018.
2. Plaisime M, et al. Social media and teens: a needs assessment exploring the potential role of social media in promoting health. Soc Media + Soc. 2020;6(1):025
3. Facebook's Contribution to Well-being among Adolescent and Young Adults as a Function of Mental Resilience. J Psychol. 2016;150(4):527-41.
4. Twenge JM, Haidt J, Lozano J, Cummins KM. Specification curve analysis shows that social media use is linked to poor mental health, especially among girls. Acta Psychol (Amst). 2022 ;224:103512.
5. Javaras KN, Runfola CD, Thornton LM, Agerbo E, Birgegård A, Norring C, Yao S, Råstam M, Larsson H, Lichtenstein P, Bulik CM. Sex- and age-specific incidence of healthcare-register-recorded eating disorders in the complete swedish 1979-2001 birth cohort. Int J Eat Disord. 2015;48(8):1070-81.
6. Derman O (2008) Ergenlerde psikososyal gelişim. Adolesan Sağlığı II Sempozyum Dizisi 63(1):19–21
7. Chassiakos Y.L.R., Radesky J., Christakis D., Moreno M.A., Cross C., Council on Communications and Media Children and Adolescents and Digital Media. Pediatrics. 2016;138:e20162593.
8. Hussain Z., Starcevic V. Problematic social networking site use: A brief review of recent research methods and the way forward. Curr. Opin. Psychol. 2020;36:89–95.
9. Dahlgren CL, Sundgot-Borgen C, Kvalem IL, Wennersberg AL, Wisting L. Further evidence of the association between social media use, eating disorder pathology and appearance ideals and pressure: a cross-sectional study in Norwegian adolescents. J Eat Disord. 2024; 29;12(1):34.
10. Zauderer S. 121 Social Media Addiction Statistics Worldwide. 2023.
11. He Z., Yang W. Impulsiveness as potential moderators of the relation between social media dependence and eating disorders risk. BMC Psychol. 2022;10:120.
12. He Z., Li M., Liu C., Ma X. Common predictive factors of social media addiction and eating disorder symptoms in female collegestudents: State anxiety and the mediating role of cognitive flexibility/sustained attention. Front.Psychol. 2022;12:647126.
13. Tayhan Kartal F., Yabancı Ayhan N. Relationship between eating disorders and internet and smartphone addiction in college students. Eat. Weight Disord.-Stud. Anorex. Bulim. Obes. 2021;26:1853–1862.
14. Stronge S., Greaves L., Milojev P., West-Newman T., Barlow F., Sibley C. Facebook is linked to body dissatisfaction: Comparing users and non-users. Sex Roles. 2015;73:200–213.
15. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (5th edn.), American Psychiatric Association, Washington, DC (2013) WHO, International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). https//icd.who.in/en (2024)
16. Mushtaq T, Ashraf S, Hameed H, Irfan A, Shahid M, Kanwal R, Aslam MA, Shahid H, Koh-E-Noor, Shazly GA, Khan MA, Jardan YAB. Prevalence of Eating Disorders and Their Association with Social Media Addiction among Youths. Nutrients. 2023;15(21):4687.
17. Wilksch SM, O'Shea A, Ho P, Byrne S, Wade TD. The relationship between social media use and disordered eating in young adolescents. Int J Eat Disord. 2020;53(1):96-106.
18. Dahlgren CL, Sundgot-Borgen C, Kvalem IL, Wennersberg AL, Wisting L. Further evidence of the association between social media use, eating disorder pathology and appearance ideals and pressure: a cross-sectional study in Norwegian adolescents. J Eat Disord. 2024; 29;12(1):34.

19. Bozzola E, Spina G, Agostiniani R, Barni S, Russo R, Scarpato E, Di Mauro A, Di Stefano AV, Caruso C, Corsello G, Staiano A. The Use of Social Media in Children and Adolescents: Scoping Review on the Potential Risks. Int J Environ Res Public Health. 2022;12;19(16):9960.

20. Hawes T, Zimmer-Gembeck MJ, Campbell SM. Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. Body Image. 2020;33:66–76

21. Hawes T, Zimmer-Gembeck MJ, Campbell SM. Unique associations of social media use and online appearance preoccupation with depression, anxiety, and appearance rejection sensitivity. Body Image. 2020;**33**:66–76.

22. Khajeheian D., Colabi A.M., Ahmad Kharman Shah N.B., Bt Wan Mohamed Radzi C.W.J., Jenatabadi H.S. Effect of Social Media on Child Obesity: Application of Structural Equation Modeling with the Taguchi Method. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2018;15:1343.

23.Custers K. The Urgent Matter of Online Pro-Eating Disorder Content and Children: Clinical Practice. Eur. J. Pediatr. 2015;174:429–433.

24. Moorman E.L., Warnick J.L., Acharya R., Janicke D.M. The Use of Internet Sources for Nutritional Information Is Linked to Weight Perception and Disordered Eating in Young Adolescents. Appetite. 2020;154:104782.

SS34

ÇOCUKLUK ÇAĞI VİTAMİN B12 EKSİKLİĞİ TEDAVİSİNDE KULLANILAN İNTRAMUSKÜLER SİYANOKOBOLAMİN VE SUBLİNGUAL METİLKOBALAMİN TEDAVİ YANITIN KARŞILAŞTIRILMASI

Ayşe Mavi ÖZDEMİR[1], Hicran ALTIN[1], Ayşe ÖZ[2], Sultan AYDIN[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya, Türkiye
[2] Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hematoloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Anahtar Kelimeler:

Giriş

Vitamin B12 eksikliği, dünya genelinde ve ülkemizde halen yaygın bir besinsel eksiklik olup, prevalansı %1,5-15 arasında değişmektedir. Genellikle hayvansal gıdalardan alınan ve mikroorganizmalar tarafından sentezlenen vitamin B12, en sık yetersiz alım nedeniyle görülmekte olup, sosyoekonomik düzeyi düşük toplumlarda daha yaygın görülmektedir. Midede üretilen intrinsik faktör (IF), vitamin B12 emiliminde kritik bir rol oynar. IF eksikliği olduğunda, vitamin B12 emilimi bozulur ve eksiklik gelişir. Bu vitamin, DNA, yağ asitleri ve miyelin sentezinde önemli görevler üstlenen enzimler için kofaktör olarak çalışır. Depolanabilir bir vitamin olmasına rağmen uzun süre emilemediğinde vücutta ciddi hematolojik, nörolojik ve gastrointestinal hastalıklara neden olabilir. Vitamin B12 eksikliği, özellikle halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, baş dönmesi, unutkanlık ve ellerde ayaklarda uyuşma gibi çeşitli belirtilerle kendini gösterir. Çocuk hastalarda depresyon, bilişsel gerilik ve nörogelişimsel sorunlar gibi daha ciddi nörolojik bozukluklara yol açabilir. Yenidoğan döneminde, annenin vitamin B12 eksikliği, bebeklerde gelişimsel gerilik ve hipotoni gibi semptomlara yol açar. Eksiklik genellikle makrositer anemiye neden olur ve hematolojik incelemelerde nötropeni, trombositopeni ve periferik yaymada hipersegmentasyonlu nötrofiller gibi bulgular görülür. Bu durumda hastalar yorgunluk, çabuk yorulma, solukluk, hepatomegali ve kalp yetmezliği gibi belirtiler gösterir. Replasman tedavisi ile hematolojik bozukluklar genellikle tamamen düzelir. Vitamin B12 eksikliğinin tanısında, hastanın anamnezi ve fiziki muayenesi önemlidir. Serum vitamin B12 düzeyi ölçümü, eksiklik tanısında temel yöntem olup, genellikle 200 pg/mL'nin altı eksiklik olarak kabul edilir. Tedavi ise vitamin B12 replasmanıdır ve intramusküler (IM), oral veya sublingual (dilaltı) olarak uygulanabilir. Son dönemde, dilaltı metilkobalamin (MeCbl) tedavisi, pediatrik hasta grubunda non-invaziv yapısı ve kolay uygulanabilirliği nedeniyle öne çıkmaktadır. Ancak dilaltı tedavi, özellikle şiddetli eksiklik ve malabsorpsiyon bozukluğu olan hastalarda henüz tam anlamıyla etkinliğini kanıtlamamıştır. Tedavi protokolleri farklılık göstermekle birlikte, daha fazla klinik araştırma ile bu yöntemlerin etkinliği daha iyi anlaşılabilecektir.

Bu çalışma, Vitamin B12 eksikliği olan çocukların tedavisinde sublingual (SL) metilkobalamin ile intramüsküler (İM) siyanokobalamin tedavisinin etkinliğini karşılaştırmayı amaçlamaktadır.

Gereç ve yöntem

Bu çalışma, 01.07.2022 - 01.07.2023 tarihleri arasında, SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Hematoloji-Onkoloji ve Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine başvuran ve etiyolojisinde vitamin B12 eksikliği düşünülen 1-18 yaş aralığındaki çocuk hastaların retrospektif olarak kapsamlı değerlendirilmesiyle gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, halsizlik, iştahsızlık, baş ağrısı, baş dönmesi, unutkanlık, sinirlilik, çabuk yorulma, ellerde ve ayaklarda uyuşukluk ve sürekli uyuma isteği gibi şikayetlerle başvuran, bilinen kronik bir hastalığı olmayan ve vitamin B12 düzeyi 200 pg/ml'nin altında olan toplam 293 hasta dahil edilmiştir. Hastalar, intramusküler (İM) siyanokobalamin tedavisi alan grup (n=138) ve sublingual (SL) metilkobalamin tedavisi alan grup (n=155) olmak üzere iki tedavi grubuna ayrılmıştır.

Çalışmaya, kronik metabolik hastalığı olanlar, vitamin B12 emilimini etkileyen ve megaloblastik anemiye yol açabilecek ilaç kullananlar ile 1,5 ila 3 ay arasında kontrol muayenesine gelmeyen hastalar dahil edilmemiştir.

İntramusküler Siyanokobalamin Tedavi Grubu (Grup 1): Bu gruptaki hastalara, ilk hafta her gün, ikinci hafta günaşırı, üçüncü hafta haftada iki kez, dördüncü hafta haftada bir kez ve sonrasında üç ay boyunca ayda bir kez olacak şekilde 100 µg (1/10 ampul) kas içi siyanokobalamin uygulanmıştır.

Sublingual Metilkobalamin Tedavi Grubu (Grup 2): Bu gruptaki hastalara, 8 yaş altına 1 puf (500 µg), 8 yaş ve üstüne 2 puf (1000 µg) sublingual metilkobalamin verilmiştir. Tedavi, ilk 1,5 ay boyunca her gün, sonraki 1,5 ay boyunca haftada üç gün olacak şekilde uygulanmıştır. İlaç uygulaması sırasında, ilacın dil altına sıkıldıktan sonra 1 dakika ağızda tutulması, ardından yutulması ve 15 dakika boyunca yiyecek ve içecek tüketilmemesi önerilmiştir. Kullanılan preparatlar gıda takviyesi niteliğindedir.

Çalışma, 1975 Helsinki Bildirgesi'ne uygun olarak titizlikle ve özenle yürütülmüş olup, SBÜ Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 02.11.2023 tarihli toplantısında alınan 15/2 sayılı karar ile etik uygunluk onayı alınmıştır.

Bulgular

Çalışmaya dahil edilen hastaların tedavi öncesi, bir buçuk ay ve üçüncü ay sonrasındaki vitamin B12 düzeyleri, hemogram parametreleri, yaş ve cinsiyet dağılımları gruplar arasında karşılaştırılmıştır. Yaş dağılımı açısından, intramusküler (İM) grupta ortalama yaş 8,91 ± 3,1 yıl, sublingual (SL) grupta ise 7,88 ± 3,17 yıl olarak bulunmuştur. Cinsiyet dağılımı İM grubunda %59,4 kız (n=82) ve %40,6 erkek (n=56) iken, SL grubunda %56,8 kız (n=88) ve %43,2 erkek (n=67) olarak tespit edilmiştir. Cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Hastaların başvuru semptomları incelendiğinde, baş ağrısı ve unutkanlık şikayetleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark tespit edilmiştir.

Tedavi öncesi serum vitamin B12 düzeyleri İM grubunda 144,15 ± 38,99 pg/ml, SL grubunda 149,45 ± 37,15 pg/ml olup, istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır (p=0,083). Bir buçuk ay kontrolde, serum vitamin B12 düzeyleri İM grubunda 458,55 ± 163,27 pg/ml, SL grubunda 442,87 ± 115,81 pg/ml olarak ölçülmüş olup, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,583). Üçüncü ay sonunda ise İM grubunda 520,18 ± 131,75 pg/ml, SL grubunda ise 529,47 ± 139,44 pg/ml olarak belirlenmiş ve yine istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,721). Her iki grupta da tedavi ile birlikte serum vitamin B12 düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı bir artış gözlenmiştir (p<0,05).

İM siyanokobalamin tedavisi alan grup (n=138) ile sublingual metilkobalamin tedavisi alan grup (n=155) arasında, tedavi öncesi, bir buçuk ay ve üçüncü ay serum vitamin B12 düzeyleri karşılaştırıldığında, tedavi süresince her iki grupta da vitamin B12 düzeylerinde istatistiksel anlamlı artış saptanmıştır ($p<0,05$) (Tablo 1'de gösterilmiştir).

Tablo 1. Serum Vitamin B12 Seviyelerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**İntramüsküler (im) N=138 Mean ± SD**	**Sublingual (dilaltı) N=155 Mean± SD**	***p***
Vitamin B12 tedavi öncesi	144,15±38,99	149,45 ± 37,15	0,083
Tedavi sonrası 1,5.ay	458,55±163,27	442,87 ± 115,81	0,583
Tedavi sonrası 3. ay	520,18±131,75	529,47 ± 139,44	0,721
p	<0,05*	<0,05*	

p <0,05 istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. SD: Standart Sapma. Bağımsız grupların karşılaştırılmasında, bağımsız gruplar için t-testi uygulanmıştır. Bağımlı grupların karşılaştırılmasında ise bağımlı gruplar için eşleştirilmiş (paired) t-testi kullanılmıştır.

Tedavi öncesi Hb düzeyleri İM grubunda 11,9 ± 1,9 g/dL, SL grubunda ise 11,8 ± 1,7 g/dL olup, gruplar arasında anlamlı fark bulunmamıştır ($p=0,728$). Tedavi sürecinde, bir buçuk ay ve üçüncü ay sonunda Hb düzeylerinde tedavi ile birlikte istatistiksel anlamlı bir artış gözlenmiştir ($p<0,05$), ve bu artış her iki grupta da benzer şekilde saptanmıştır.

Tedavi öncesi MCV düzeyleri İM grubunda 78,7 ± 9,3 fL, SL grubunda ise 77,9 ± 9,3 fL olarak belirlenmiş olup, gruplar arasında anlamlı fark saptanmamıştır ($p=0,472$). Bir buçuk ay ve üçüncü ay MCV düzeylerinde tedavi ile birlikte anlamlı bir değişiklik gözlenmemiştir ($p>0,05$).

Tartışma

Çalışmamızın sonuçlarına göre, yaş ve cinsiyet dağılımı açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır. Başvuru semptomları en sık halsizlik ve iştahsızlık gibi non-spesifik şikayetlerden oluşurken, baş dönmesi, baş ağrısı ve unutkanlık en sık karşılaşılan nörolojik semptomlar olarak tespit edilmiştir. Özellikle baş ağrısı ve unutkanlık şikayetleri açısından gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuştur. Her iki grupta da vitamin B12 tedavisi sonrasında serum vitamin B12 düzeylerinde, tedavi öncesine göre anlamlı bir artış saptanmıştır. Tedavi yanıtları gruplar arasında benzer bulunmuştur. Ayrıca, tedavi sonrası Hb düzeylerinde de her iki grupta anlamlı artışlar gözlemlenmiştir. Ancak beklenildiği gibi MCV değerlerinde anlamlı bir düşüş görülmemiştir.

Vitamin B12 eksikliğinin tedavisi intramusküler (IM) siyanokobalamin (CNCbl), oral CNCbl ve sublingual metilkobalamin (MeCbl) ile gerçekleştirilebilmektedir. Vitamin B12 replasman tedavisinde standardize edilmiş bir tedavi protokolü bulunmamakla birlikte, çoğu tedavi rejiminde replasman süresi en az üç aydır. Günümüze kadar tedavide en yaygın kullanılan form, kabul görmüş bir yöntem olan IM formudur. Erişkin hasta grubunda sublingual tedavinin etkinliği gösterilmiş olmasına rağmen, çocuk hastalarda sublingual tedavinin etkinliğini destekleyen çalışmalar sınırlıdır. Kartal ve arkadaşlarının 129 hastanın retrospektif olarak değerlendirildiği çalışmada, IM ve sublingual tedavi yanıtlarının karşılaştırılması sonucunda her iki grupta da tedavi sonuçlarının benzer olduğu görülmüştür.

Saxena ve arkadaşlarının, vitamin B12 eksikliği semptomları olan 37 hasta üzerinde prospektif olarak gerçekleştirdikleri çalışmada ise sadece sublingual vitamin B12 kullanılmış ve yapılan kontrol tetkiklerinde 10. gün ve 42. günde serum vitamin B12 seviyelerinin normal düzeye ulaştığı gösterilmiştir. Kılıç ve arkadaşlarının 0-3 yaş arası hastalarda yapılan retrospektif çalışmasında, oral CNCbl, IM CNCbl ve sublingual MeCbl tedavi yanıtları karşılaştırılmış ve sublingual tedavinin oral ve IM tedavi kadar etkin olduğu gösterilmiştir. Abdelwahab ve arkadaşlarının yakın zamanda yayımlanan ve 13 çalışmayı içeren 4275 hasta ile gerçekleştirilen metaanalizinde ise IM, oral ve sublingual tedaviler karşılaştırılmış ve bu tedavi yöntemlerinin birbirine üstün olmadığı, vitamin B12 düzeylerini etkili şekilde artırdıkları saptanmıştır.

Bizim çalışmamızda da IM CNCbl ve sublingual MeCbl tedavi yanıtları karşılaştırılmıştır. Tedavi öncesi vitamin B12 seviyeleri, grup 1'de 144,15 ± 38,99 pg/ml ve grup 2'de 149,45 ± 37,15 pg/ml olarak benzer düzeyde bulunmuştur. Her iki grupta da tedavi sonrasında serum vitamin B12 düzeyleri istenen değerlere yükselmiş ve üçüncü ay sonunda serum vitamin B12 düzeyleri grup 1'de 520,18 ± 131,75 pg/ml, grup 2'de ise 529,47 ± 139,44 pg/ml seviyelerine ulaşmıştır. Daha önceki çalışmalarla uyumlu olarak, IM ve sublingual tedavi yöntemlerinin etkinliklerinin benzer olduğu saptanmıştır. Sublingual uygulamanın non-invaziv olması, sağlık kuruluşlarına daha az başvuru gerektirmesi, kolay uygulanabilirliği ve hemşire ile hastane iş yükünün azalması gibi avantajları bulunmaktadır. Buna karşın, IM tedavi sonrasında siyatik sinir zedelenmeleri, travmatik uygulamalar ve çocuklarda psikolojik sorunlar ile anksiyete bozukluklarına yol açabilecek korkular, IM uygulamanın dezavantajları olarak görülmektedir. Çalışmamızda da gösterildiği gibi, sublingual tedavi hem uygulama kolaylığı hem de azalan yan etkiler nedeniyle üstün bir tedavi alternatifi olarak öne çıkmaktadır.

Sonuç

Daha önce yapılan çalışmalar ve literatür tarama sonuçlarımız ışığında, çalışmamızın sonuçlarına göre çocuklarda sublingual MeCbl tedavisinin, intramusküler CNCbl tedavisi kadar etkili olduğu görülmektedir. Bu iki tedavi yönteminin birbirine üstünlüğü kanıtlanamamıştır. Özellikle pediatrik hasta grubunda sublingual tedavinin non-invaziv olması, sağlık kuruluşlarına başvuru sayısını azaltması, kolay uygulanabilirliği ve tedaviye uyumu artırması, hemşire ve hastane iş yükünün azalması gibi önemli avantajları bulunmaktadır. Ayrıca, intramusküler tedavi sonucu gelişebilecek siyatik sinir zedelenmeleri, travmatik uygulamalar ve invaziv bir işlem olan intramusküler enjeksiyonun çocuklarda yol açabileceği korku ve psikolojik sorunlar açısından da sublingual tedavi önemli bir alternatif olarak öne çıkmaktadır.

Ancak, çalışmamızın retrospektif doğası, serum homosistein, kan ve idrar MMA (metilmalonik asit) düzeylerinin çalışılmamış olması gibi kısıtlılıkları bulunmaktadır. Sublingual MeCbl tedavisinin, etkinliği kanıtlanmış olan intramusküler CNCbl tedavisinin yerine geçebilmesi için daha fazla katılımcıyla gerçekleştirilecek randomize kontrollü çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar

1. Kartal A. T., Mutlu Z. C. Comparison of Sublingual and Intramuscular Administration of Vitamin B12 for the Treatment of Vitamin B12 Deficiency in Children. Rev Invest Clin. 2020;72(6):380–5.
2. Bensky MJ, Ayalon-Dangur I, Ayalon-Dangur R, Naamany E, Gafter-Gvili A, Koren G, et al. Comparison of sublingual vs. intramuscular administration of vitamin B12 for the treatment of patients with vitamin B12 deficiency. Drug Deliv Transl Res. 2019 Jun 15;9(3):625–30.
3. Tiwari A, Kumar Singh R, Satone PD, Meshram RJ. Metformin-Induced Vitamin B12 Deficiency in Patients With Type-2 Diabetes Mellitus. Cureus. 2023 Oct 27;
4. Chandra J, Dewan P, Kumar P, Mahajan A, Singh P, Dhingra B, et al. Advanced Pediatrics Centre, Postgraduate Institute of Medical Education and Research, Chandigarh; 13 BJ Wadia Hospital for Children, Mumbai and PD Hinduja Hospital. PAN Society, Indian Academy of Pediatrics (IAP). 2022;782.
5. Gupta R, Rawat A, Singh P, Gupta J, Pathak A. Infantile tremor syndrome:current perspectives. Res Rep Trop Med. 2019 Jul;10:103–8.
6. Aguirre JA, Donato ML, Buscio M, Ceballos V, Armeno M, Aizpurúa L, et al. Serious neurological compromise due to vitamin B12 deficiency in infants of vegan and vegetarian mothers. Arch Argent Pediatr. 2019;117(4):E420–4.
7. Snow CF. Laboratory diagnosis of vitamin B12 and folate deficiency: a guide for the primary care physician. Arch Intern Med. 1999; 159 (12): 1289-98.
8. Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A. Anemiler. In: Hasanoğlu E, Düşünsel R, Bideci A, eds. Temel Pediatri. Ankara: Güneş Tıp Kitapevi 2010; 1: 975- 81.
9. Green R, Datta Mitra A. Megaloblastic Anemias: Nutritional and Other Causes. The Medical clinics of North America. 2017;101(2):297-317.
10. Stabler SP, Allen RH. Vitamin B12 deficiency as a worldwide problem. Vol. 24, Annual Review of Nutrition. 2004. p. 299–326.
11. Coşkun T. B12 Vitamini. Katkı Pediatri Dergisi 2003; 25: 419-33.
12. Rygvold O. Hypovitaminosis B12 following partial gastrectomy by the Billroth II method. Scand J Gastroenterol Suppl. 1974; 29: 57-64.
13. Carmel R. Pernicious anemia. The expected findings of very low serum cobalamin levels, anemia, and macrocytosis are often lacking. Archives of internal medicine. 1988;148(8):1712-4.
14. Stabler SP. Clinical practice. Vitamin B12 deficiency. The New England journal of medicine. 2013;368(2):149-60.
15. Elangovan R, Baruteau J. Inherited and acquired vitamin B12 deficiencies: Which administration route to choose for supplementation? Vol. 13, Frontiers in Pharmacology. Frontiers Media S.A.; 2022
16. Hoffbrand AV. Megaloblastic anemias. Harrison's Principles of İnternal Medicine 18 Edition. 2012;1:870-1.
17. Orhan Kilic B., Kilic S., Sahin Eroğlu E., Gül E., Belen Apak F. B. Sublingual methylcobalamin treatment is as effective as intramuscular and peroral cyanocobalamin in children age 0-3 years. Hematology. 2021;26(1):1013–7
18. Saxena C, Kumari S, Dewan P, Gomber S, Agarwal R, Sharma S, et al. Therapeutic Response to Sublingual Methylcobalamin in Children With Vitamin B12 Deficiency Anemia. Indian Pediatr. 2023;913
19. Abdelwahab O. A., Abdelaziz A., Diab S., Khazragy A., Elboraay T., Fayad T., et al. Efficacy of different routes of vitamin B12 supplementation for the treatment of patients with vitamin B12 deficiency: A systematic review and network meta-analysis. Ir J Med Sci. 2024;193(3):1621–39.

SS36

TURNER SENDROMUNDA KARDİYOVASKÜLER BULGULARIN İNCELENMESİ

Emre ÖZTÜRK[1], Taner KASAR[2], Emine YURDAKUL ERTÜRK[1], Ecem İpek ALTINOK[1], Ceren YAPAR GÜMÜŞ[1]

[1]ODÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Ordu, Türkiye
[2]ODÜ Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Kardiyolojisi BD, Ordu, Türkiye

Giriş: Turner sendromu (TS), konjenital over hipoplazisi sendromu olarak da bilinir ve ilk olarak 1938'de Oklahoma'lı bir doktor olan Henri Turner tarafından tanımlanmıştır. Literatüre göre, Turner sendromu yaklaşık 2000-2500 canlı kız doğumda 1 oranında görülmektedir (1).Turner sendromu, artmış ense kalınlığı, ense kistik higroması, aort koarktasyonu/sol taraflı kalp anomalileri, brakiosefali, at nalı böbrek, polihidramnios, oligohidramnios veya immün olmayan fetal hidrops gibi anormal ultrason bulgularıyla doğum öncesi tespit edilebilir (2). Yeni doğan kız bebeklerde Turner sendromu, el ve ayaklarda konjenital lenfödem, yele boyun, tırnak displazisi, dar ve yüksek kemerli damak ve kısa dördüncü metakarpal veya metatarsal kemiklerle ortaya çıkabilir. Kızlar büyüdükçe kısa boy, geniş aralıklı meme uçlarıyla "kalkan" göğüs, yele boyun, boyun tabanında düşük saç çizgisi, kübitus valgus ve ön kol ve bilekte Madelung deformitesi geliştirir (3). Doğuştan kalp anormallikleri bireylerin %50'sine kadar görülür, esas olarak kalbin sol tarafını etkiler ve sık olarak biküspit aort kapağı (BAV), aort koarktasyonu ve torasik aort anevrizması içerir TS'li kadınlarda mortalite oranları genel popülasyona göre 3 kat daha yüksektir ve en yaygın ölüm nedeni kardiyovasküler hastalıktır (4). Aort diseksiyonunun (AoD) belirti ve semptomlarının derhal tanınması, TS'li genç yetişkin kadınlarda ölümcül komplikasyonların meydana geldiğinin farkında olunmasına bağlıdır (5). TS'li çocuklarda hipertansiyon ve TS'li yetişkinlerde koroner arter hastalığı, miyokard enfarktüsü ve inme, dislipidemi, tip II diabetes mellitus, obezite ve hiperürisemi gibi metabolik anormalliklere yatkınlık nedeniyle daha da dikkatli olunmalıdır (6). Doğuştan kalp defektleri TS'li bireylerin %23 ile %50'sinde görülür ve erken ölümün en sık nedenidir. Sol taraflı obstrüktif lezyonlar da sık görülür; BAV %15-30 ve aort koarktasyonu %7-18 prevalansa sahiptir (7)

Gereç ve yöntem: Bu çalışmanın amacı, Turner sendromu olan bireylerde kardiyovasküler bulguları araştırmak ve bu bulguların klinik önemini öne çıkarmaktır. Eylül 2023 ile Mayıs 2024 arasında kliniğimize başvuran ve Turner sendromu teşhisi konan 12 hasta çalışmaya dahil edilmiştir. Bu hastaların ekokardiyografi (EKO), elektrokardiyografi (EKG), ritim ve tansiyon holter bulguları ile takip süreleri ve cerrahi müdahale geçmişleri retrospektif olarak analiz edilmiştir.

Bulgular: Çalışmaya katılan 12 hastanın verileri incelenmiş, medyan yaş 10,5 yıl (3-16) ve ortalama takip süresi 5,1 yıl (1-13) olarak bulunmuştur. Bu hastalardan 5'inde (%41,6) kardiyovasküler anormallikler tespit edilmiştir. İki hasta (%16,6) için kardiyak cerrahi planlanmıştır. Bu vakalardan biri aort koarktasyonu, diğeri ise parsiyel pulmoner venöz dönüş anomalisi idi. Üç hastada (%25) arteriyel hipertansiyon saptanmıştır. Biküspit kapak, genellikle fiziksel muayene ile değil, yalnızca ekokardiyografi ile tanımlanmıştır. Takip süresinde biküspit aort kapağı olan sadece bir hastada aort kök dilatasyonu mevcuttu. Tüm hastalara EKG ve ritim holter testi uygulanmış ve takip süresince herhangi bir aritmi gözlenmemiştir. EKG bulgularına göre 10 hastanın (%83,3) EKG'si normal bulunmuş, üç vakada ise anatomik değişikliklere bağlı farklılıklar (1 sağ ventrikül dilatasyonu, sağ aks, inkomplet sağ dal bloğu ve 1 vakada sol ventrikül hipertrofisi) saptanmıştır.

Tartışma: Kardiyovasküler hastalıklar, TS'li kadınlarda önemli bir ölüm nedenidir. Tanı sırasında, TS'li tüm bebekler ve çocuklar, klinik muayene, iletim anormalliklerini tespit etmek için elektrokardiyogram (EKG), kan basıncı ölçümü ve ekokardiyografiyi içeren kapsamlı bir kardiyak değerlendirmeye tabi tutulmalıdır. TS hastalarının yaklaşık %50'sinde yüksek oranda biküspit aort kapağı, aort koarktasyonu ve yaygın arteriyopati gibi doğuştan kalp anormalliği bulunur. Sıklıkla, TS'li kadınlarda sistemik hipertansiyon vardır ve bu aynı zamanda ilerleyici kardiyak disfonksiyon ve aortopati için bir risk faktörüdür (8). Doğuştan kalp defekti olan TS'li bireylerde, kalp hastalıklarının yönetimi, daha önce açıklanan kılavuzlara göre kardiyologlar tarafından multidisipliner bir ekibin yardımıyla belirlenmelidir. Yapısal kalp hastalığı olmayan bireylerde yıllık kan basıncı değerlendirmesi yapılmalıdır. Klinisyenler, TS'li kız ve kadınların hipertansiyon açısından takibinde dikkatli olmalı ve hipertansiyon genel popülasyon için belirlenen standartlara göre tedavi edilmelidir. Aortları normal görünen hastalarda periyodik gözetim görüntüleme önerilir (7). İleri kardiyak inceleme yenidoğan ve bebeklerde transtorasik ekokardiyografi (TTE) ile, erişkin popülasyonda ise kardiyak manyetik rezonans (CMR) veya bilgisayarlı tomografi (BT) ile yapılmalıdır TS'li çocuklarda 12 yaşından itibaren (sedasyon olmadan yapılabildiğinde) ekokardiyografide kardiyak anomaliler saptanmasa bile CMR önerilir. Gerçekten de, ekokardiyografi hem çıkan hem de inen aortların boyutunu olduğundan az gösterdiğinden, CMR TS'li torasik aortun morfolojik anomalilerinin tanısı ve izlenmesi için altın standart görüntüleme testidir (9). Kardiyak inceleme yapılması açısından uluslararası protokoller belirlenmiştir. Hastaların klinik takibi risk skorları ve aort boyut indekslerine göre yapılır. Aort çapının (çıkan aortta veya en büyük boyuta sahip yerde) /vücut yüzey alanı bölünmesiyle aort boyut indeksi (ASI) hesaplanır (10). Hipertansiyon her yaştan TS hastasında görülebilir ve hastaların yaklaşık %42'sinde bildirilmiştir. TS'de spesifik hipertansiyon tedavilerini destekleyen kanıt yoktur. Kan basıncının birincil amaç olduğunda tedavi edici ajan seçimi genel kılavuzlara uygun olmalıdır. ASI ≥2,0 cm/m2 ise kan basıncı daha optimal tutulmalı ve tedavi protokollerini buna göre yapılmalıdır (10)

Sonuç: Turner sendromu teşhisi konduğunda, tarama amaçlı ekokardiyografi yapılması önerilir. Başlangıçta bir kardiyoloğa yönlendirme faydalı olabilir, ancak fizik muayene, görüntülemenin yerini tutmaz. Yapısal kardiyak malformasyonları olan ve olmayan bireyler, yaşam boyu hipertansiyon riski açısından düzenli olarak izlenmelidir. Yapısal kardiyak malformasyonlar veya hipertansiyon bulunmadığında, tekrarlayan ekokardiyografi taraması mevcut verilere göre gerekli olmayabilir. Yapısal malformasyonları olan hastalar için takip protokolleri bireysel olarak düzenlenmelidir.

Anahtar sözcüler: Turner sendromu, biküspit aort kapak, aort koarktasyonu

Kaynakça:

1. Cui X, Cui Y, Shi L, Luan J, Zhou X, Han J. A basic understanding of Turner syndrome: Incidence, complications, diagnosis, and treatment. Intractable Rare Dis Res 2018 [cited 2024 Sep 11];7(4):223.
2. Kikkeri NS, Nagalli S. Turner Syndrome. Orthopaedics for the Newborn and Young Child: a Practical Clinical Guide 2023 Aug 8 [cited 2024 Sep 11];521–7.
3. Yoon SH, Kim GY, Choi GT, Do JT. Organ Abnormalities Caused by Turner Syndrome. Cells. 2023 May 1 [cited 2024 Sep 11];12(10).
4. Schoemaker MJ, Swerdlow AJ, Higgins CD, Wright AF, Jacobs PA. Mortality in women with turner syndrome in Great Britain: a national cohort study. J Clin Endocrinol Metab]. 2008 [cited 2024 Sep 11];93(12):4735–42.
5. Lin AE, Lippe BM, Geffner ME, Gomes A, Lois JF, Barton CW, et al. Aortic dilation, dissection, and rupture in patients with Turner syndrome. J Pediatr. 1986 [cited 2024 Sep 11];109(5):820–6.
6. Gravholt CH, Juul S, Naeraa RW, Hansen J. Morbidity in Turner syndrome. J Clin Epidemiol. 1998 Feb [cited 2024 Sep 11];51(2):147–58.
7. Silberbach M, Roos-Hesselink JW, Andersen NH, Braverman AC, Brown N, Collins RT, et al. Cardiovascular Health in Turner Syndrome: A Scientific Statement From the American Heart Association. Circ Genom Precis Med. 2018 Oct 1 [cited 2024 Sep 12];11(10):e000048.
8. Somerville S, Rosolowsky E, Suntratonpipat S, Girgis R, Goot BH, Tham EB. Cardiac Magnetic Resonance Imaging in Pediatric Turner Syndrome. J Pediatr. 2016 Aug 1;175:111-115.e1.
9. Mortensen KH, Gopalan D, Norgaard BL, Andersen NH, Gravholt CH. Multimodality cardiac imaging in Turner syndrome. Cardiol Young. 2016 Jun 1 [cited 2024 Sep 12];26(5):831–41.
10. Donato B, Ferreira MJ. Cardiovascular risk in Turner syndrome. Revista Portuguesa de Cardiologia. 2018 Jul 1;37(7):607–21.

SS49

DOĞUM SONRASI ALTI AYLIK DÖNEMDE POSTPARTUM DEPRESYONUN EMZİRME ÖZ YETERLİLİK VE EMZİRME BAŞARISINA ETKİSİ

Hatice BÖLÜKBAŞI[1], Nevin ŞANLIER[1]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik

[2]Ankara Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik

Anahtar Sözcükler: Beslenme, Postpartum depresyon, Başarılı emzirme, Öz yeterlilik

Giriş

Doğum sonrası dönem; duygusal, fiziksel ve sosyal deneyimlerle birlikte annelik rolü ve yeni sorumluluklar edinilen özel bir dönemdir [1]. Bu süreç olumlu anne-bebek ilişkisinin temelini atmak için en elverişli dönem olarak görülmekte olup annelerin kendilerini rahat ve güvende hissederek bebek bakımına aktif olarak katılmaları ve bakımlarını sürdürmede başarılı olmaları hem anne hem de bebeğin fiziksel ve ruhsal gelişimini olumlu yönde etkilemekte, çocuğun gelişimi ve bir birey haline gelmesinde önem kazanmaktadır [2, 3]. Gebelik ve doğum dönemlerinin neden olduğu nöroendokrin ve psikososyal değişiklikler bazı annelerde normal bir süreç içinde gelişirken bazılarında normalden fazla korku duygusu gelişmekte ve hafif depresif belirtiler yaşamakta, önemli bir kısmında ise hastaneye yatırılmayı gerektirecek düzeyde ağır psikiyatrik bulgular gelişebilmektedir [4, 5]. Doğumdan sonra gelişen postpartum depresyon doğumdan iki hafta sonra başlayabilmekte ve belirgin olarak doğum sonrası üçüncü-altıncı ayda görülmektedir [6]. Dünyadaki bütün kadınları ve ailelerini etkileyen önemli bir halk sağlığı sorunu olmakla birlikte doğum sonrası dönemde anne-bebek ilişkisini uzun dönemde ise bebeğin kognitif, davranışsal, duygusal ve sosyal yönden gelişimini etkileyebilmektedir [7].

Postpartum depresyonun annenin emzirme özyeterliliği ve emzirme başarısını etkileyebileceği düşünülmektedir. Depresif belirtiler gösteren anneler bebeklerini emzirme konusunda daha çok kaygı yaşamakta, sütlerinin besleyiciliği ve yeterliliği konusunda olumsuz düşüncelere sahip olmaktadır [8, 9]. Annenin bebeğini emzirme yeteneği, bebeğini emzirmek isteyip istemeyeceği, emzirme konusunda göstereceği çaba, emzirme konusunda olumlu ve olumsuz düşünceleri, karşılaştığı zorluklara nasıl tepki vereceği "emzirme öz yeterliliği" olarak tanımlanmaktadır [10]. Başarılı bir emzirme annenin bebeği memede tutuşu ve bebeğin memeye doğru bir şekilde yerleşmesi, emzirmenin uygun sürede ve sıklıkta olmasıyla sağlanmaktadır [11].

Annenin bebeğini emzirememesi depresyon için risk etmeni olabilirken, depresyon gelişimine bağlı olarak da anne emzirmeyi sonlandırabilmektedir [12, 13]. Depresyon gelişimine yatkın olan anneler emziklilik döneminde yaşadığı sorunlara karşı daha zor mücadele etmekte, yaşadığı stres ve kaygı bebeğini başarılı bir şekilde emzirmesine engel olmaktadır.

Bu çalışma ile doğum sonrası dönemde postpartum depresyonun emzirme öz yeterlilik ve emzirme başarısına etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Çalışma Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne bağlı iki Aile Sağlığı Merkezi'nde gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya postpartum 2 hafta-6 ay arasında olan ve araştırmaya katılmayı kabul eden 18-42 yaş arası 228 gönüllü emzikli kadın dahil edilmiştir. Annelerin emzirme davranışını etkileyeceği düşünüldüğünden 2500 gramın altında bebeği olan, 37. gebelik haftasından önce doğum yapan, bebeği sağlık sorunu nedeniyle çocuk servisine sevk edilen, sistemik bir rahatsızlığı olan ve antidepresan ilaç kullanan anneler çalışmaya dâhil edilmemiştir.

Bu çalışma için İstanbul Medipol Üniversitesi Etik Kurulu'ndan kurul onayı alınmış (02/06/2015 tarih ve 108400987-328 sayılı), çalışmaya katılmayı kabul eden gönüllü kadınlara Onam Formu imzalatılarak onayları alınmıştır.

Araştırma verileri araştırmacı tarafından hazırlanan anket formu kullanılarak toplanmıştır. Anket formunun ilk bölümünde anneye (annenin yaşı, eğitimi, çalışma durumu vb.), gebeliğe (gebelik döneminde besin desteği alma durumu, çocuk sayısı, doğum şekli vb.), bebeğe (bebeğin cinsiyeti, doğum ağırlığı, gebelik haftası vb.) ve emzirmeye ait (emzirme deneyimi, emzirme eğitimi alma durumu vb.) sorular yer almaktadır. Formun ikinci bölümünde ise Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği [14], Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği [10] ve LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı [15] yer almaktadır.

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği (EDDÖ)

Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği Cox ve arkadaşları (1987) tarafından doğum sonrası dönemdeki kadınlarda depresyon riskini belirlemek amacıyla geliştirilmiş bir tür kendini değerlendirme ölçeğidir [14]. Türkçe geçerlik ve güvenirliği ise Engindeniz ve arkadaşları (1997) tarafından yapılmıştır. Ölçek 10 sorudan oluşmaktadır. Cevaplar 4'lü Likert biçiminde değerlendirilmiş ve 0-3 puan arasında puanlandırılmıştır. Her sorunun puanlaması farklı olup; 3., 5., 6., 7., 8., 9., 10. ifadeler giderek azalan şiddeti göstermektedir ve puanlama 3, 2, 1, 0 biçimindedir. Puanlamada 1., 2. ve 4. ifadeler ise 0, 1, 2, 3 olarak puanlandırılmıştır. Ölçeğin toplam puanı bu madde puanlarının toplanması ile elde edilmektedir. On iki puan üzerinde puan alan kişiler risk grubu olarak kabul edilmektedir. Ölçekten alınabilecek en düşük puan 0 ve en yüksek puan 30'dur [16].

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği

Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeği Dennis (1999) tarafından geliştirilen 33 maddelik bir ölçektir. Ölçek 2003 yılında 14 maddeye indirilerek Emzirme Öz-Yeterlilik Ölçeğinin kısa formu geliştirilmiştir. Daha kolay uygulandığı ve öz-yeterliliği doğru değerlendirdiği için kısa formun kullanımı önerilmektedir [10]. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenirlik çalışması Tokat (2013) tarafından yapılmıştır. Emzirme Öz-Yeterliliği Kısa Form Ölçeği 5 puanlı Likert tipi bir ölçektir (1= "hiç emin değilim" ve 5 = "her zaman eminim"). Ölçekten alınabilecek en düşük puan 14, en yüksek puan 70'tir. Puanın yüksek olması yüksek emzirme öz-yeterliliği göstermektedir [17].

LATCH Emzirme Tanılama Ölçüm Aracı

Jensen ve ark. (1993) tarafından geliştirilmiş olan ölçeğin [15] Türkçe geçerliliği Yenal ve Okumuş (2003) tarafından yapılmıştır [18].

LATCH Emzirme Puanlama Sisteminde emzirmeyi değerlendirmek amacıyla beş kriter kullanılmıştır.

Bu kriterler;

L (Latch on breast); bebeğin memeyi kavramasını,

A (Audible Swallowing); bebeğin yutkunma sesinin duyulması,

T (Type of Nipple); annenin meme başının tipini,

C (Comfort of Breast/Nipple); annenin meme/meme başı rahatlığını,

H (Hold/Positioning); annenin bebeğini emme pozisyonuna yerleştirme için gereksinimi olan yardımı tanımlamaktadır.

LATCH Emzirme Puanlama Sisteminde her kriter için 0,1,2 puanı verilmektedir. Puanların toplanması ile emzirme değerlendirilmektedir. Toplam puanın 9 ve altında olması annenin emzirme konusunda yardıma gereksinimi olduğunu göstermekte, yüksek puan yüksek emzirme başarısı olarak değerlendirilmektedir [18]. Bu çalışmada annelerin emzirme başarıları değerlendirilirken Aile Sağlığı Merkezi'nde görevli hemşirelerden destek alınmıştır.

Antropometrik ölçümler

Annelerin vücut ağırlığı ve vücut bileşimleri Tanita BC-533 marka taşınabilir biyoelektrik impedans cihazı ile ölçülmüştür. Ölçümler birey ayakkabısız ve çorapsız olacak şekilde yapılmıştır. Ölçüm için bireylerden en az 4 saatlik açlık ile gelmeleri, test öncesi fazla miktarda sıvı tüketmemeleri ve üzerlerinde metal eşya bulundurmamaları istenmiştir. Boy uzunluğu ölçümü Tanita portable plastik boy ölçer kullanılarak ayakta, ayaklar bitişik ve baş Frankfurt düzlemde iken yapılmıştır [19]. Bireylerin beden kütle indeksi (BKİ) hesaplanarak (vücut ağırlığı (kg)/boy uzunluğu (m) ^{2}) sonuçlar Dünya Sağlık Örgütü'nün BKİ sınıflandırmasına göre değerlendirilmiştir [20]. Bebeklerin vücut ağırlıkları 0.1 kg'a duyarlı hassas bebek terazisi ile bebekler çıplak iken ölçülmüştür [21].

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada SPSS 23.0 versiyonu ve MS Excel kullanılarak analizler ve grafikler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil olan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri nicel değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en düşük ve en yüksek değer olarak nitel değişkenler için sıklık ve yüzdeler olarak verilmiştir. Nitel değişkelerin karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanılarak gruplar sarasındaki farklılıklar incelenmiştir. Nicel değişkenler için verilerin ölçekler üzerinden toplanmış puanlar üzerinden elde edilmesinden dolayı parametrik olmayan testlerden Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin ilişkilerini incelemek için Spearman Korelasyon katsayısı incelenmiştir. Tüm değişkenlerin testleri %5 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir [22].

Bulgular

Bu çalışma Ankara İlinde iki Aile Sağlığı Merkezi'nde postpartum 2 hafta- 6 aylık dönemde bebeğini emziren 228 kadın üzerinden yürütülmüştür. Annelerin ortalama yaşı 27,96±5,25 yıl olarak tespit edilmiş olup %32,9'u üniversite mezunu ve %72,8'i ev hanımıdır. Ailelerin %81,6'sı çekirdek ailedir (Tablo 1).

Tablo 1. Aileye ait tanımlayıcı bilgiler (n=228)

Tanımlayıcı Özellikler	n	%
Annenin yaşı (yıl)		
≤18	3	1,3
19-30	159	69,8
≥31	66	28,9
$\overline{X}$ ±SS	27,96±5,25	
Annenin eğitim durumu		
Okuryazar değil	4	1,8
Okuryazar/ ilkokul mezunu	44	19,3
Ortaokul mezunu	52	22,8
Lise ve dengi okul mezunu	53	23,2
Üniversitesi mezunu	75	32,9
Annenin meslek durumu		
Ev hanımı	166	72,8
Memur	40	17,5
İşçi	7	3,1
Özel sektör	15	6,6
Eşin eğitim durumu		
Okuryazar değil	2	0,9
Okuryazar/ ilkokul mezunu	39	17,1
Ortaokul mezunu	41	18,0
Lise ve dengi okul mezunu	64	28,1
Üniversitesi mezunu	82	35,9
Eşin meslek durumu		
İşçi	81	35,6
Memur	59	25,9
Özel sektör	79	34,6
Çalışmıyor	9	3,9
Aile tipi		
Çekirdek aile	186	81,6
Geniş aile	42	18,4

Gebelik ve doğuma ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 2'de verilmiştir. Annelerin %74,6'sı gebeliklerinin planlı/istenilen olduğunu belirtmiştir. Annelerin çoğunluğu (%35,5) 38. haftada, doğum yaparken; yaklaşık yarısı (%52,2) normal doğum yapmıştır. Gebelik dönemlerinde ise %89'unun besin desteği aldığı ve en fazla demir (% 72,4) ve folik asit (%70,4) preparatı kullandıkları tespit edilmiştir. Annelerin gebelik öncesi dönemde %40,4'ü hafif şişman, %34,6'sı normal vücut ağırlığına sahiptir.

Tablo 2. Gebelik ve doğuma ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=228)

Gebelik ve doğuma ait özellikler	n	%
Gebeliğin istenme/planlı olma durumu		
İstendi/planlı	170	74,6
İstenmedi/planlı değil	58	25,4
Gebelik haftası		
37. hafta	14	6,1
38. hafta	81	35,5
39. hafta	63	27,6
40. hafta	49	21,5
41 -42.hafta	21	9,3
$\overline{X}$ ±SS (hafta)	38,94±1,13	
Doğum şekli		
Normal	119	52,2
Sezaryen	109	47,8
Gebelikte besin desteği alma durumu		
Aldı	203	89,0
Almadı	25	11,0
Aldığı besin desteği türü*(n=203)		
Demir preparatı	147	72,4
Folik asit	143	70,4
Multivitamin	127	62,6
D vitamini ve kalsiyum	7	3,4
BKİ sınıflaması (kg/m²)		
Zayıf (<18,5)	2	0,9
Normal (18,5-24,9)	79	34,6
Hafif şişman (25-29,9)	92	40,4
Şişman (≥30)	55	24,1

*Bir seçenekten fazla cevap alınmıştır.

Katılımcıların emzirme durumuyla ilgili özelliklerinin dağılımı Tablo 3'te sunulmuştur. Annelerin %62,8'i doğumdan sonra 30 dakika içinde bebeklerini emzirmeye başladığını ifade etmiştir. Annelerin %64,9'u emzirme ile ilgili bilgi aldığını belirtirken ve en fazla bilgi alınan kaynağın ebe ve hemşireler olduğu tespit edilmiştir. Annelerin bebeklerini emzirme sıklığı ortalama 102,91±53,79 dakika olarak bulunmuştur.

Bebeğe ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı Tablo 4'te gösterilmektedir. Bebeklerin %51,3'ü kız, %48,7'si erkektir. Bebeklerin % 46,5'i 3201-4000 g, %43,0'ü 2501-3200 g aralığında doğmuş olup %71,9'u 0-3 aylık dönemde ve %41,7'si ilk bebektir.

Tablo 3. Annelerin emzirme durumuyla ilgili özelliklerinin dağılımı (n=228)

Emzirme durumuyla ilgili özellikler	n	%
Doğumdan sonra emzirme durumu (dk)		
İlk 30	143	62,8
30- 60	32	14,0
61 ve üzeri	34	14,9
Gün içinde emzirme gerçekleşmedi	19	8,3
Emzirme ile ilgili bilgi alma durumu		
Aldı	148	64,9
Almadı	80	35,1
Bilgi alınan kaynak* (n=148)		
Ebe/hemşire	124	83,8
Doktor	8	5,4
Gazete / dergi	5	3,4
İnternet	3	2,0
Kendisi sağlık personeli	8	5,4
Emzirme sıklığı (dk)		
≤30	23	10,1
31-60	62	27,2
61-120	110	48,2
121-180	26	11,4
≥181	7	3,1
$\overline{X}$ ±SS	102,91±53,79	

*Bireylerden tek cevap alınmıştır.

Tablo 4. Bebeğe ait tanımlayıcı özelliklerin dağılımı (n=228)

Bebeğe ait bilgiler	n	%
Cinsiyeti		
Erkek	111	48,7
Kız	117	51,3
Doğum ağırlığı (g)		
≤2500	9	3,9
2501-3200	98	43,0
3201-4000	106	46,5
≥4001	15	6,6
Şu anki yaşı (ay)		
0-3	164	71,9
4-6	64	28,1
Kaçıncı çocuk		
İlk	95	41,7
İkinci	90	39,5
Üçüncü	32	14,0
Dört ve üzeri	11	4,8

Tablo 5' te annelerde ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı ve ortalama puanları verilmiştir. Annelerin EDDÖ'den aldığı ortalama puan 7,3±5,81 olup annelerin %19,3'ü depresyon riski taşımaktadır. Annelerin %43,0'ü başarılı emzirme eylemi gösterirken, emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları ortalam puan 60,2±6,23'tür. Depresyon riski olmayan anneler Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği'nden 60,9±5,57 puan, LATCH'dan 9,1±1,07puan alırken; depresyon riski olan anneler ise Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği'nden 56,9±7,72 puan ve LATCH'dan 8,4±1,78 puan almıştır (Tablo 6).

Tablo 5. Annelerde ölçeklerden aldıkları puanların dağılımı ve ortalama puanları

Ölçekler	n	%
EDDÖ		
Depresyon riski var (puan ≥13)	44	19,3
Depresyon riski yok (puan≤12)	184	80,7
Aritmetik ortalama ($\overline{X}$ ±SS)	7,3±5,81	
LATCH		
Yetersiz emzirme eylemi (≤9 puan)	130	57,0
Başarılı emzirme eylemi (10 puan)	98	43,0
Aritmetik ortalama ($\overline{X}$ ±SS)	9,0±1,26	
Emzirme Öz Yeterlilik Ölçeği		
Aritmetik ortalama ($\overline{X}$ ±SS)	60,2±6,23	

Tablo 6. Annelerde depresyon görülme durumuna göre Emzirme Öz yeterliliği ve Emzirme Başarılarının ortalama puanları ve anlamlılık değerleri (n=228).

	EDDÖ ≤ 12	**EDDÖ ≥13**	**test değeri**	
	n=184	**n=44**	**t testi**	**p**
Emzirme öz yeterliliği	60,9±5,57	56,9±7,72	3,456	**0,001***
Emzirme başarısı (LATCH)	9,1±1,07	8,4±1,78	2,397	**0,017***

Tartışma

Postpartum depresyon görülme sıklığı; hastaların doğumdan sonra farklı zamanlarda değerlendirilmelerine, örneklem büyüklüğüne, popülasyon farklılığına ve tanı koyma aracına bağlı olarak da değişiklik göstermektedir [23]. Doğum sonrası dönemde annelerin depresyon görülme durumlarının %12,5, %28, %14 olarak tespit edildiği farklı çalışmalar mevcuttur [24-26]. Bu çalışmada EDDÖ'ye göre annelerin % 19,3'ünün depresif belirtiler gösterdiği ve risk altında olduğu tespit edilmiştir.

Bu çalışmada depresyon riski olan annelerin risk taşımayan annelere göre daha düşük emzirme öz yeterliliğine sahip olduğu ve daha yetersiz emzirme eylemi gösterdiği tespit edilmiştir ($p<0,05$). Yapılan farklı çalışmalarda da depresif belirti gösteren annelerin bebeklerini 2-2,5 ay daha az emzirdikleri saptanmıştır [27, 28].

Annede yeterli süt salınımının olması, meme ile ilgili problemlerin olmaması, bebeğin yeterli emme refleksinin olması, sık emzirme ve emzirme suresinin uygun olması başarılı emzirmenin gerçekleşebilmesi için önemlidir [29]. Bu çalışmada annelerin emzirme başarısı ortalama puanı 9,0±1,26'dır. Emzirme başarısının değerlendirildiği başka bir çalışmada bu çalışmaya benzer şekilde başarı puanı 8,4±1,77 olarak bulunmuştur [30]. Bu çalışmada annelerin yalnızca %43,0'ünün tam olarak başarılı emzirme eylemi gösterdiği tespit edilmiştir. Başka bir çalışmada da annelerin sadece %30,0'unun başarılı emzirme eylemi gösterdiği saptanmıştır [31]. Başarılı emzirme eylemi gösteren annelerin sayısı oldukça azdır. Bu durum annelere verilen emzirme eğitiminin etkili olmayışı, tek seferde verilmesi ve tekrarlanmamasından kaynaklanabilir.

Annenin kendine olan güveni emzirmenin başlatılması ve sürdürülmesinde etkili olan en önemli değiştirilebilir faktörlerdendir [32]. Bu çalışmada annelerin emzirme öz yeterlilik ölçeğinden aldıkları ortalama puanı 60,2±6,23 olup emzirme öz yeterliliklerinin iyi olduğu görülmektedir. Farklı çalışmalarda da çalışmanın tekniğine bağlı olarak annelerin yüksek, düşük ve orta düzeyde emzirme öz yeterliliklerinin olduğu bilinmektedir [32-37]. Bu durumda annelerin eğitim durumu, eşin eğitim durumu, emzirme hakkında bilgi düzeyi, kendisinin ve bebeğin sağlık durumu gibi etmenlerin etkili olacağı düşünülmektedir.

Sonuç ve Öneriler

Doğum sonrası dönemde bebeğe olan ilgi artmakta ve annenin yaşadığı bazı duygusal sorunlar gözden kaçabilmektedir. Postpartum dönemde kadının ruhsal durumu, yaşanan zorluklar, bu dönemde zaten çok kırılgan olan anneyi tükenme noktasına getirebilmektedir. Postpartum depresyon gelişimini takip etmek amaçlı annelerin kendilerini daha iyi ifade etmeleri, aile bireylerinin doğum sonu dönemde yaşanabilecek duygusal durumlar konusunda bilgilendirilmesi sağlanmalıdır. Özellikle daha önce depresyon geçiren, istenmeyen/planlı olmayan gebelik yaşayan, dört ve üzerinde çocuk sahibi olan annelerin izlemlerinin yapılması önemli olabilir.

Annelerin bebeklerini yeterli süt alıp alamadıklarını, emmeye başlama ve bitirme isteklerini, yutma sesinin varlığı vb. durumları doğru bir şekilde değerlendirebilmeleri gerekmektedir. Annenin emzirmeden hoşnut kalması, emzirme konusunda istekli olması bebeği ile olumlu iletişim kurması adına önemlidir. Meme başı çatlakları vb. sorunlar karşısında annenin ne yapacağını bilmesi güvenini artıracaktır. Sadece gebelik döneminde değil gebelik öncesi ve sonrasında da annenin desteklenmesi, doğru emzirme tekniklerinin anlatılması annenin emzirme öz yeterliliğini destekleyecektir.

Emzirmenin başarılı bir şekilde başlatılabilmesi ve sürdürülebilmesi için annelere emzirmenin önemi, ilk 6 ay boyunca bebeğin anne sütü dışında hiçbir besine ihtiyacı olmadığı, anne sütünü artırmak için annenin yeterli ve dengeli beslenmesi, bol sıvı tüketmesi ve bebeğini sık sık emzirmesi gerektiği anlatılmalıdır. Annelerin başarılı ve etkili emzirme konusunda kendilerinin de aktif olarak katılacağı konunun uzmanları tarafından verilecek eğitimler düzenlenmeli ve anneler teşvik edilmelidir. Annelerin var olan öz güvenlerinin gerekli eğitimler sonrasında bilgi eksiklikleri giderilerek desteklenmesi başarılı emzirmenin sağlanması adına yararlı olacaktır. Ayrıca annelerin hastanede başlayan eğitim sürecinin gebe ve bebek takibi sırasında pekiştirilmesi anne-bebek sağlığını iyileştirmek adına önerilebilir.

Kaynaklar

1. Yıldız, D. (2008). Doğum sonrası dönemde annelerin bebek bakımı konusunda danışmanlık gereksinimleri ve yaklaşımlar. *Gülhane Tıp Dergisi*, *50*(4), 294-298.
2. Beydağ, K. D. (2007). Doğum sonu dönemde anneliğe uyum ve hemşirenin rolü. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*.
3. Güleşen, A., & YILDIZ, D. (2013). Erken Postpartum Dönemde Anne Bebek Bağlanmasının Kanıta Dayalı Uygulamalar ile İncelenmesi. *TAF Preventive Medicine Bulletin*, *12*(2).
4. Marakoğlu K, Özdemir S, Çivi S. (2009). Postpartum depresyon. Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi;29(1):206-14.
5. Sünter, A., et al.(2002), *Samsun il merkezinde doğum sonrası depresyonu prevalansı ve risk faktörleri.* VIII. Ulusal halk sağlığı kongresi kitabı: p. 855-858.
6. Erdem, Ö. (2009). Doğum sonrası hüzün ve doğum sonrası depresyon. *Konuralp Medical Journal*, *1*(1), 32-37.
7. O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual review of clinical psychology*, *9*(1), 379-407.
8. Özkan, H., Üst, Z. D., Gündoğdu, G., Çapık, A., & Şahin, S. A. (2014). Erken postpartum dönemde emzirme ve depresyon arasındaki ilişki. *Şişli Etfal Hastanesi Tıp Bülteni*, *48*(2), 124-31.
9. Annagür, B. B., & Annagür, A. (2012). Doğum sonrası ruhsal durumun emzirme ile ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *4*(3), 279-292.
10. Dennis, C. L. (1999). Theoretical underpinnings of breastfeeding confidence: a self-efficacy framework. *Journal of human lactation*, *15*(3), 195-201.
11. Gür, E(2007), *Anne sütü ile beslenme.* Türk Ped A. **42**: p. 11-5.
12. Ystrom, E. (2012). Breastfeeding cessation and symptoms of anxiety and depression: a longitudinal cohort study. *BMC pregnancy and childbirth*, *12*, 1-6.

13. Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *45*(6), 554-558.
14. Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression: development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British journal of psychiatry*, *150*(6), 782-786.
15. Jensen, D., Wallace, S., & Kelsay, P. (1994). LATCH: a breastfeeding charting system and documentation tool. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, *23*(1), 27-32.
16. Engindeniz, A.N., Küey, L., and Kültür, S. (1997). *Edinburgh doğum sonrası depresyon ölçeği Türkçe formu geçerlilik ve güvenilirlik çalışması.* Bahar Sempozyumları 1. Kitabı, Ankara: Psikiyatri Derneği Yayınları, 51-52.
17. Tokat, M. A., Okumuş, H., & Dennis, C. L. (2010). Translation and psychometric assessment of the Breast-feeding Self-Efficacy Scale—Short Form among pregnant and postnatal women in Turkey. *Midwifery*, *26*(1), 101-108.
18. Yenal, K., Okumuş, H. (2003). LATCH Emzirme Tanılama Aracının güvenirliğini inceleyen bir çalışma. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*,*1*, 38-44.
19. Gibson, R. S. (2005). *Principles of nutritional assessment*. USA: Oxford university press.
20. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311,Geneva.
21. Gözen, D.(2010) Çocuk sağlığının göstergesi: büyümenin izlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7* (1), 5-13
22. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013) *Corp, Armonk, NY,* USA.
23. Erdem, Ö., Bucaktepe, P. G. E. (2012). Postpartum depresyon görülme sıklığı ve tarama yöntemleri. *Dicle Tıp Dergisi*, *39*(3), 458-461.
24. Arslantaş, H., Ergin, F., and Balkaya, N. A. (2009). Aydin il merkezinde doğum sonrası depresyon sıklığı ve ilişkili risk etmenleri. ADÜ Tıp Fakültesi Dergisi 2009; 10(3) : 13 - 22
25. Nur, N., Çetinkaya, S., Bakır, D. A., & Demirel, Y. (2004). Sivas il merkezindeki kadınlarda postnatal depresyon prevalansı ve risk faktörleri. *CÜ Tıp Fakültesi Dergisi*, *26*(2), 55-59.
26. Kirpinar, İ., Tepeli, I. Ö., Gözüm, S., & Pasınlıoğlu, T. (2012). Erzurum il merkezinde doğum sonrası depresyonlarının sıklık ve yaygınlığı ile DSM-IV tanısal dağılımı: İleriye dönük bir çalışma. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *13*(1).
27. Watkins, S., Meltzer-Brody, S., Zolnoun, D., & Stuebe, A. (2011). Early breastfeeding experiences and postpartum depression. *Obstetrics & Gynecology*, *118*(2 Part 1), 214-221.

28. Hahn-Holbrook, J., Haselton, M. G., Dunkel Schetter, C., & Glynn, L. M. (2013). Does breastfeeding offer protection against maternal depressive symptomatology? A prospective study from pregnancy to 2 years after birth. *Archives of women's mental health*, *16*, 411-422.
29. Golbasi, Z. (2003). Postpartum Donemde Erken Tabburculuk. *Evde bakim Hizmetleri ve Hemsirelik, CU Hemsirelik Yuksek Okulu Dergisi*, *7*(2), 15-22.
30. YenaL, K., Tokat, M. A., Ozan, Y. D., Çeçe, Ö., & Abalın, F. B. (2013). Annelerin emzirme öz-yeterlilik algıları ile emzirme başarıları arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *10*(2), 14-19.
31. Örsdemir, Ç.(2011),Doğum Sonu Dönemde Annelerin Emzirmeye İlişkin bilgileri ve Emzirme Davranışlarının Belirlenmesi, Yüksek lisans Tezi, Yakın Doğu Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Lefkoşa
32. Gregory, A., Penrose, K., Morrison, C., Dennis, C. L., & MacArthur, C. (2008). Psychometric properties of the Breastfeeding Self-Efficacy Scale-Short Form in an ethnically diverse UK sample. *Public Health Nursing*, *25*(3), 278-284.
33. Tokat, M. A., & Okumuş, H (2013). Emzirme öz-yeterlilik algısını güçlendirmeye temelli antenatal eğitimin emzirme öz-yeterlilik algısına ve emzirme başarısına etkisi. *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi*, *10*(1), 21-29.
34. Küçükoğlu, S., Aytekin, A., & Ateşeyan, S. (2015). Yenidoğan yoğun bakim ünitesinde bebeği yatan annelerin bebeklerine anne sütü verme eğilimleri ile emzirme öz yeterliliklerinin karşilaştirilmasi. *Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi*, *4*(2), 71-78.
35. Küçükoğlu, S., Çelebioğlu, A., & Coşkun, D. (2014). Yenidoğan kliniğinde bebeği yatan annelerin postpartum depresyon belirtileri ve emzirme özyeterlilik düzeylerinin belirlenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *3*(3), 921-932.
36. Cinar, N., Köse, D., & Altinkaynak, S. (2015). The relationship between maternal attachment, perceived social support and breast-feeding sufficiency. *J Coll Physicians Surg Pak*, *25*(4), 271-5.
37. Alus Tokat, M., Serçekuş, P., Yenal, K., & Okumuş, H. (2015). Early Postpartum Breast-Feeding Outcomes and Breast-Feeding Self-Efficacy in T urkish Mothers Undergoing Vaginal Birth or Cesarean Birth With Different Types of Anesthesia. *International journal of nursing knowledge*, *26*(2), 73-79.

SS50

İLKOKUL VE ORTAOKUL ÖĞRENCİLERİNE VERİLEN SAĞLIKLI BESLENME EĞİTİMİNİN ÖĞRENCİLERİN AKDENİZ DİYETİNE UYUMUNA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hatice BÖLÜKBAŞI[1], Hacer BAYKAN[2], Mizgin TAY[2], Refika GÖKTEPE[2], Emine YASSIBAŞ[2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik
[2]Gazi Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Beslenme ve Diyetetik

Anahtar Sözcükler: Beslenme eğitimi, Okul, Akdeniz diyeti, Beslenme davranışı

Giriş

Yeterli ve dengeli beslenme; sağlığın korunması, iyileştirilmesi ve hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde obezite riskinin azaltılması açısından çok önemlidir [1, 2]. Yetersiz ve dengesiz beslenme dünyada olduğu gibi ülkemizde de önemli bir sorundur. Beslenme sorunları açısından en riskli gruplardan biri ise büyüme çağındaki çocuklardır [3]. Yetersiz ve dengesiz beslenen çocuklarda büyüme, gelişme ve vücut fonksiyonlarında aksaklıklar olur, hastalıklara karşı direnç azalır, sık hastalanma ve okula devamsızlık nedeniyle okul başarısı düşer. Okul başarısını artırmak, sınıf tekrarlarını azaltarak eğitim ve öğretim maliyetini düşürmek, gelecek nesillerin daha güçlü ve sağlıklı olmalarına temel hazırlamak için çocukların beslenmesine önem verilmelidir [4].

En sağlıklı beslenme modellerinden biri olarak bilinen Akdeniz diyeti; yüksek düzeyde zeytinyağı, nişasta içermeyen sebzeler, kurubaklagiller, tam tahıllar, kuru yemişler de dâhil meyveler; orta düzeyde tavuk ve balık, düşük düzeyde tam yağlı süt/süt ürünleri ve kırmızı etin tüketildiği bir beslenme modelidir. Akdeniz diyetinin, doymuş yağlardan zengin diyetlerin yerine zeytinyağı tüketimine dayalı sağlıklı bir beslenme modeli arayanlar için önerilebilecek en etkili beslenme modellerinden biri olduğu ve Akdeniz diyetine uyumun kronik hastalıklar ile ters ilişkili olduğu bildirilmektedir [5]. Bu beslenme modeli yaşamın erken dönemlerinden itibaren edinilirse doğru bir yaşam tarzı ile yetişkinlikte de optimal sağlık durumunun korunmasına katkıda bulunacaktır. Sağlıklı beslenme davranışlarının çocukluk ve adölesanlık dönemlerinde kazanılması, bireylerin yaşamlarının ileriki dönemlerinde de bu davranışları sürdürme olasılıklarını arttırmaktadır [6]. Çocuklar yetişkinlik dönemine kadar zamanının büyük bir kısmını okulda geçirmektedir. Zamanlarının büyük bir bölümünü okulda geçiren çocukların beslenmeleri ailelerinin kontrolünden çıktığı için sağlıklı beslenme alışkanlıklarının kazanılmasında okullara büyük görev düşmektedir [7].

Tüm dünyada ve ülkemizde artış gösteren çocukluk çağı obezitesi ile gelecek nesilde kronik hastalık yükü riski tehlikeli bir şekilde artmaktadır. Çocukluk döneminde sağlıksız beslenme, yaşam boyunca gelişebilecek sağlık sorunlarının temel nedeni olduğu için bu dönemde çocuklara sağlıklı beslenme alışkanlıkları ve besin tercihleri kazandırılması önemlidir. Bu çalışma ile ilkokul ve ortaokul öğrencilerine verilen sağlıklı beslenme eğitiminin öğrencilerin Akdeniz diyetine uyumlarına etkisini değerlendirmek amaçlanmaktadır.

Gereç ve Yöntem

Araştırma Ankara'nın Çankaya ilçesindeki Millî Eğitim Bakanlığı (MEB)'na bağlı İMKB Alpaslan İmam-Hatip Ortaokulu ve Bahçelievler Nebahat Keskin İlkokulu'nda ilkokul grubundan 74 öğrenci ve ortaokuldan 54 öğrencinin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Bu çalışma için Gazi Üniversitesi Etik Komisyonundan onay alınmıştır. Aileler araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra çalışmaya katılmayı onaylayan ailelerin çocukları çalışmaya dahil edilmiştir. Gerekli izinler alındıktan sonra sınıf öğretmenleri ile çalışma takvimi planlanmış ve kararlaştırılan tarihlerde öncelikle ilkokul ve ortaokul öğrencilerine yüz yüze görüşülerek anket formu uygulanmıştır. Anket uygulandıktan sonra her iki örneklem grubu içinde 4 ders saati kapsamında sağlıklı beslenme eğitimleri verilmiştir. Beslenme eğitimleri okulların ders programına göre ayarlanmış ve aynı gruba bir günde birden fazla eğitim verilmemesine özen gösterilmiştir. Beslenme eğitimleri araştırmayı yapacak olan diyetisyenler tarafından öğrencilerin yaş grubuna uygun bir şekilde video, şarkı, oyun ve poster gibi görsel öğelerle zenginleştirilerek sunum olarak anlatılmıştır. Anlatım dilinin açık, sade, anlaşılır olmasına özen gösterilmiş ve yabancı kelimeler veya çocukların anlamayacağı bir dil kullanılmamıştır. Öğrencilerin beslenme eğitimi verilen günde eksiksiz bir şekilde katılımları sağlanmıştır. Çocuklara verilmiş olan eğitim konuları: "Yeterli ve Dengeli Beslenme ve Önemi, Besin gruplarının önemi (Süt ve Et Grubu, Ekmek/Tahıl ve Sebze/Meyve Grubu) ve Sağlıklı Beslenme Tabağı" şeklindedir. Beslenme eğitimleri tamamlandıktan 1 ay sonra araştırmanın başında uygulanan anket formu aynı öğrencilere tekrar uygulanmıştır.

Anket formunun ilk kısmında araştırmacılar tarafından geliştirilen bilgi formu yer almaktadır. Bilgi formunun hazırlanmasında konu ile ilgili literatürden ve daha önce bu konuda çalışmış olan araştırmacıların anket formlarından yararlanılmıştır. İkinci kısımda ise çocukların günlük diyetlerinin Akdeniz diyetine uygunluklarını saptamaya yönelik geliştirilen Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED) diyet indeksi ve çocukların sağlıklı besin tercihlerini saptamaya yönelik Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ) yer almaktadır.

Bilgi formunda öğrencilerin genel bilgilerini (cinsiyet, doğum tarihi, kaçıncı sınıfta oldukları, anne ve babalarının eğitim durumları, daha önce beslenme eğitimi alıp almadıkları vb.) belirlemeye yönelik ve beslenme alışkanlıklarını (günde kaç ana öğün tükettikleri, günde kaç ara öğün tükettikleri, ana öğün atlayıp atlamadıkları, eğer atlıyorlarsa hangi ana öğünü atladıkları, öğün atlama nedenleri) belirlemeye yönelik sorular sorulmuştur.

Akdeniz Diyet Kalite İndeksi (KIDMED)

Beslenme alışkanlıklarını belirlemeye yönelik uygulanan KIDMED indeksi, Serra-Majem ve ark. (2004)'nın geliştirdiği, Akdeniz diyetinin özelliklerini içeren bir indekstir [8]. Ölçeğin, Akar Şahingöz ve ark. (2019) tarafından Türkçe'ye uyarlaması yapılarak, geçerlilik ve güvenirliği belirlenmiştir [9]. Ölçek 16 maddeden oluşmuş ve 1-0 olarak puanlanabilmektedir. Orijinal ölçekte puanlamada davranışı gerçekleştirmemeleri durumunda 6, 12, 14 ve 16. maddelerin puanlamaları -1 olarak ve kalan 12 madde +1 olarak puanlanmaktadır. Böylece kontrol listesinden elde edilen puan aralıklarının değerlendirilmesinde 3 küçük ve eşit olan düşük düzeyde, 4 ile 7 aralığında olan orta düzeyde, 8 puanına eşit ve daha büyük olan yüksek düzeyde uyum olarak değerlendirilmektedir [9].

Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ)

Araştırmamızda ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin besin tercihlerini belirlemek için Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Çocuk ve Adölesan Kardiyovasküler Sağlık Çalışması (Child and Adolescent Trial For Cardiovascular Health-CATCH-), Sağlık Davranış Formu (Health Behavior Questionnaire-HBQ-) ölçeklerinden olan "Beslenme Davranış Ölçeği (BDÖ)" Türkçe'ye Öztürk (2010) tarafından uyarlanmıştır. Bu ölçek çocukların besin tüketimlerini belirlemek amacıyla az yağlı/tuzlu ve çok yağlı/tuzlu besin seçeneklerinin olduğu resimli 14 maddeden oluşmaktadır. Çocuklara karşılaştırılabilir besinler gösterilerek iki besin arasından hangisini daha çok (sık) yediği sorulmuştur. Ölçek maddeleri sağlıksız besin için -1, sağlıklı besin için +1 değer almakta; toplam puanı ise -14, +14 aralığındadır. Çocukların ölçekten yüksek puan alması onların sağlıklı beslenme alışkanlıklarını göstermektedir [10].

Örneklem grubunun boy uzunluğu ve vücut ağırlığı okulla anlaşılan zaman diliminde araştırmacılar tarafından ölçülmüştür. Boy uzunluğu ölçümleri tekniğine uygun olarak 0,1 cm'ye duyarlı stadiometre ile vücut ağırlığı ise elde taşınabilen 0,1 kg ağırlığa duyarlı dijital tartı ile ölçülmüştür [11, 12]. Bireylerin Beden Kütle İndeksleri (BKİ) vücut ağırlığının (kg) boy uzunluğunun (m) karesine bölünmesi formülü ile bulunmuştur [13]. Bireylerin boy uzunluğu ve BKİ, Dünya Sağlık Örgütü'nün AnthroPlus programı kullanılarak değerlendirilmiştir [14].

Verilerin İstatistiksel Analizi

Çalışmada SPSS 23.0 versiyonu ve MS Excel kullanılarak analizler ve grafikler elde edilmiştir. Çalışmaya dahil olan değişkenlerin tanımlayıcı istatistikleri nicel değişkenler için aritmetik ortalama, standart sapma, ortanca, en düşük ve en yüksek değer olarak nitel değişkenler için sıklık ve yüzdeler olarak verilmiştir. Nitel değişkelerin karşılaştırmalarında ki-kare analizi kullanılarak gruplar sarasındaki farklılıklar incelenmiştir. Nicel değişkenler için verilerin ölçekler üzerinden toplanmış puanlar üzerinden elde edilmesinden dolayı parametrik olmayan testlerden Mann Whitney-U ve Kruskal Wallis testleri kullanılmıştır. Nicel değişkenlerin ilişkilerini incelemek için Spearman Korelasyon katsayısı incelenmiştir. Tüm değişkenlerin testleri %5 anlamlılık düzeyinde incelenmiştir [15].

Bulgular

Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin demografik bilgileri Tablo 1'de gösterilmiştir. Öğrencilerin 74'ü ilkokulda, 54'ü ortaokulda eğitim görmektedir. Öğrencilerin %50,8'i kız, %49,2'si erkektir. Öğrencilerin anne ve babalarının çoğunlukla üniversite mezunu olduğu belirlenmiştir. Araştırmaya katılan öğrencilerin %62'si daha önce bir beslenme eğitimi almadığını beyan etmiştir.

Tablo 1. Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin demografik bilgileri

		İlkokul		Ortaokul	
		S	%	S	%
Cinsiyet	Erkek	42	56,8	21	38,9
	Kız	32	43,2	33	61,1
Yaş	7	3	4,1	-	-
	8	57	77,0	-	-
	9	14	18,9	-	-
	11	-	-	2	3,7
	12	-	-	48	88,9
	13	-	-	4	7,4
Babanın eğitim durumu	Okuryazar değil	2	2,7	-	-
	Okuryazar	2	2,7	-	-
	İlkokul mezunu	1	1,4	1	1,8
	Ortaokul mezunu	4	5,4	2	3,7
	Lise mezunu	13	17,6	15	27,8
	Üniversite mezunu	52	70,2	36	66,7
Annenin eğitim durumu	Okuryazar değil	1	1,4	1	1,9
	Okuryazar	2	2,7	-	-
	İlkokul mezunu	3	4,1	7	13,0
	Ortaokul mezunu	4	5,4	4	7,4
	Lise mezunu	12	16,2	20	37,0
	Üniversite mezunu	52	70,2	22	40,7
Daha önce beslenme eğitimi aldınız mı?	Evet	12	16,2	4	7,4
	Hayır	62	83,8	50	92,6

Tablo 2'de öğrencilerin eğitim öncesi ve sonrasında ana ve ara öğün tüketim dağılımı gösterilmiştir. Öğrencilerin beslenme alışkanlıkları incelendiğinde ana öğün olarak daha çok 3 ana öğünü tercih ettiklerini ve en çok öğle öğününü atladıklarını belirtmişlerdir. Eğitim öncesi ve eğitim sonrasında öğrencilerin ana ve ara öğün tüketimlerinde çok büyük farklılık olmadığı görülmüştür.

Tablo 2. Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin cinsiyete göre ana ve ara öğün tüketimi dağılımı

Beslenme alışkanlıkları	İlkokul								Ortaokul							
	Eğitim öncesi				Eğitim sonrası				Eğitim öncesi				Eğitim sonrası			
	Erkek		Kız		Erkek		Kız		Erkek		Kız		Erkek		Kız	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
Günlük ana öğün sayısı																
1 öğün	-	-	-	-	-	-	-	-	1	4,8	1	3,0	-	-	-	-
2 öğün	5	11,9	5	15,6	5	11,9	5	15,6	6	28,6	11	33,3	9	42,9	12	36,4
3 öğün	37	88,1	27	84,4	37	88,1	27	84,4	14	66,7	21	63,6	12	57,1	21	63,6
Günlük ara öğün sayısı																
0 öğün	4	9,5	1	3,1	3	7,1	2	6,3	4	19,0	4	12,1	3	14,3	5	15,2
1 öğün	9	21,4	12	37,5	11	26,2	8	25,0	8	38,1	17	51,5	8	38,1	10	30,3
2 öğün	19	45,2	12	37,5	15	35,7	9	28,1	6	28,6	8	24,2	6	28,6	14	42,4
3 öğün	10	23,8	7	21,9	13	31,0	13	40,6	3	14,3	4	12,1	4	19,0	4	12,1
Ana öğün atlama																
Evet	8	19,0	5	15,6	18	42,9	12	37,5	5	23,8	8	24,2	7	33,3	4	12,1
Hayır	15	35,7	16	50,0	5	11,9	6	18,8	5	23,8	5	15,2	4	19,0	9	27,3
Bazen	19	45,2	11	34,4	19	45,2	14	43,8	11	52,4	20	60,6	10	47,6	20	60,6
Genellikle atlanan ana öğün																
Sabah	10	37,0	8	50	5	21,7	8	40	3	18,8	10	35,7	7	50	16	55,2
Öğle	14	51,9	4	25	12	52,2	7	35	9	56,3	14	50	5	35,7	5	17,2
Akşam	3	11,1	4	25	6	26,1	5	25	4	25	4	14,3	2	14,3	8	27,6
Ana öğün atlama sebebi																
Geç kalkma	4	14,8	3	18,8	3	13,1	2	10	-	-	3	10,7	2	14,3	1	3,4
Vakit olmaması	10	37,1	4	25	9	39,1	9	45	4	25	4	14,3	5	35,7	9	31,0
Alışkanlığının olmaması	2	7,4	-	-	1	4,3	-	-	2	12,5	2	7,1	2	14,3	-	-
Canının istememesi	6	22,2	7	43,8	6	26,1	7	35	7	43,7	18	64,3	5	35,7	16	55,2
Unutması	3	11,1	1	6,2	3	13,1	-	-	2	12,5	1	3,6	-	-	1	3,4
Diğer	2	7,4	1	6,2	1	4,3	2	10	1	6,3	-	-	-	-	2	6,9

Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin antropometrik ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri Tablo 3'te gösterilmiştir. İlkokuldaki ve ortaokuldaki öğrencilerin vücut ağırlıkları ve boy uzunluklarının eğitimden sonra artış gösterdiği görülmektedir.

Tablo 3. Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin antropometrik ölçümlerinin ortalama ve standart sapma değerleri

	İlkokul				Ortaokul			
	Eğitimden önce		Eğitimden sonra		Eğitimden önce		Eğitimden sonra	
	x̄	±SS	x̄	±SS	x̄	±SS	x̄	±SS
Vücut ağırlığı (kg)	33,8	8,26	34,9	8,36	50,9	11,80	51,7	11,60
Boy uzunluğu (cm)	133,2	6,02	135,2	5,99	154,2	7,16	156,0	6,81

Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası KIDMED ve BDÖ Skorlarının cinsiyete göre dağılımı Tablo 4'te gösterilmiştir. İlkokuldaki bireylerin eğitim sonrasında KIDMED skorları eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yükselmiştir (p=0,001). Ortaokuldaki bireylerin ise eğitim sonrasında BDÖ skorları eğitim öncesine göre anlamlı düzeyde yükselmiştir (p=0,004).

Tablo 4. Araştırmaya katılan ilkokul ve ortaokul öğrencilerinin eğitim öncesi ve eğitim sonrası KIDMED ve BDÖ Skorlarının cinsiyete göre dağılımı

	İlkokul								Ortaokul							
	Kız				Erkek				Kız				Erkek			
	Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası		Eğitim öncesi		Eğitim sonrası	
	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%	S	%
KIDMED Skoru																
<3 (düşük)	5	15,6	3	9,4	4	9,5	3	7,1	8	24,2	9	27,3	4	19,0	3	14,3
4-7 arası (orta)	17	53,1	16	50	21	50,0	18	42,9	17	51,5	17	51,5	15	71,5	11	52,4
≥ 8 (iyi)	10	31,3	13	40,6	17	40,5	21	50,0	8	24,3	7	21,2	2	9,5	7	33,3
Ortalama ve standart sapma(X±SS)	6,3	2,31	7,2	2,27	6,2	2,50	7,5	2,68	5,3	2,88	5,2	2,59	5,0	2,07	6,5	2,99
p			**0,001***								0,120					
BDÖ Skoru																
Ortalama ve standart sapma(X±SS)	3,8	4,07	4,6	5,26	3,8	5,04	4,9	5,28	-0,9	4,90	0,4	4,93	0,3	4,74	1,8	5,68
p			0,116								**0,004***					

*p<0,05 KIDMED: Akdeniz Diyeti Kalite İndeksi, BDÖ: Beslenme Davranış Ölçeği

Tartışma

Beslenme eğitimi bireylerin sağlıklı beslenme alışkanlıkları kazanmaları, yeterli ve uygun yiyecek seçimini yapabilmeleri ve sağlıklı bir yaşama ulaşabilmeleri için oldukça önemlidir [16]. Beslenme eğitiminin öğrencilerin Akdeniz diyetine uyumlarına etkisini değerlendirmek amacıyla yapılan bu çalışmada beslenme eğitimi ile ilkokul grubundaki öğrencilerin KIDMED puan ortalamalarının anlamlı düzeyde arttığı tespit edilmiştir (p<0,05). Ayrıca eğitim öncesinde Akdeniz diyetine iyi uyum gösteren kız öğrencilerin oranı %31,3 iken eğitim sonrasında bu oran %40,6'ya çıkmıştır. Yapılan başka bir çalışmada eğitim öncesi erkek öğrencilerin % 23,9'unun, kızların % 10,0'unun Akdeniz diyetine iyi uyum gösterdiği; eğitim sonrasında kız ve erkeklerin tamamının KIDMED skorlarının iyi (≥8) olduğu belirlenmiştir [4]. Literatürde beslenme eğitimi ve Akdeniz diyetine uyumun değerlendirildiği farklı çalışmalar bulunmaktadır [17, 18]. Bu çalışmalarda katılımcıların ortalama puan değerleri ve Akdeniz diyetine uyum sınıflamaları farklılık gösterse de verilen beslenme eğitimlerinin öğrencilerin Akdeniz diyetine uyumlarını artırdığı görülmektedir. Ailenin eğitim dizeyi, sosyoekonomik durum ve verilen eğitim içeriği gibi faktörler çocukların beslenme kalitesi üzerinde farklılık oluşturabilmektedir.

Bu çalışmada ayrıca çocukların BDÖ'den aldıkları puanların da oldukça düşük olduğu görülmektedir. Literatürde benzer yaş grubunda yapılan çalışmalarda bireylerin BDÖ puanlarının benzer şekilde düşük olduğu, özellikle ortaokul öğrencilerinin fast food tarzı besinlere daha fazla yöneldiği görülmektedir [19, 20]. Bu çalışmada beslenme eğitimi sonrasında ortaokul öğrencilerinin BDÖ skorlarında anlamlı düzeyde artış olduğu belirlenmiştir. Kız öğrencilerde eğitim öncesinde BDÖ ortalama puanı -0,9±4,90 iken eğitim sonrasında 0,4±4,93'e; erkelerde ise eğitim öncesi 0,3±47,74 iken eğitim sonrası 1,8±5,68'e yükselmiştir ($p<0,05$). La Torre ve arkadaşlarının yapmış olduğu bir çalışmada aynı beslenme eğitimi alan ilkokul ikinci sınıf öğrencilerinin dördüncü sınıf öğrencilerine kıyasla, bilgi ve davranış puanlarında daha belirgin artış olduğu belirlenmiştir [21]. Beslenme eğitiminin içeriğinin yaş gruplarına uygun bir şekilde planlandığında eğitimin etkili olabileceği söylenebilir.

Sonuç ve Öneriler

Bu çalışmada beslenme eğitimi sonrasında ilkokul öğrencilerinin KIDMED skoru anlamlı düzeyde artış gösterirken, ortaokul öğrencilerinde ise BDÖ puanlarının anlamlı düzeyde arttığı belirlenmiştir ($p<0,05$). Böylece çocuklara verilecek sistemli bir beslenme eğitiminin çocukların beslenmeleri üzerinde etkili olduğu gösterilmiştir. Beslenme eğitimi ilkokul öğrencilerinin Akdeniz diyetine uyumlarını artırırken; ortaokul öğrencilerinin besin tercihlerini olumlu şekilde değiştirmiştir. Verilecek beslenme eğitimlerinin yaş gruplarına uygun olarak planlanması, ilkokul grubundaki çocuklar için temel beslenme alışkanlıklarına yönelik; ortaokul öğrencileri için ise besin tercihlerine yönelik eğitimlerin yapılması önerilebilir.

Kaynaklar

1. Haylı, M. Ç., ve Avcı, M. Z. (2020). Nutritional Problems in Childrenand Solutions. IAAOJ Health Sciences, 6 (1), 101-108.
2. Meşe Yavuz, C., ve Koca Özer, B. (2019). Adölesan Dönem Okul Çocuklarında Beslenme Alışkanlıkları ve Beslenme Durumunun Değerlendirilmesi. Journal of Tourism and Gastronomy Studies, 7 (1), 225-243.
3. Eyinacar, M. (2019). Sağlıklı Beslenme Alışkanlığı Kazandırılması Projesi Kapsamında İlkokul Öğrencilerinin Ebeveynlerine Verilen Beslenme Eğitiminin, Çocukların Beslenme Alışkanlıkları Üzerine Etkileri, Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
4. Doğan, L. (2017). Adölesanlarda beslenme eğitimi: Akdeniz diyeti örneği, Yüksek Lisans Tezi, Gazi Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara.
5. Bayram, S. Ş., & Aktaş, N. (2020). Selçuk Üniversitesi Öğrencilerinin Akdeniz Diyet Kalitelerinin Değerlendirilmesi. *Beslenme ve Diyet Dergisi*, *48*(3), 65-75.

6. Keskin, K., Çubuk, A., Öztürk, Y., & Alpkaya, U. (2017). 12–14 Yaş Çocukların Fiziksel Aktivite Düzeyleri ile Beslenme Davranışları Arasındaki İlişkinin İcelenmesi. *İstanbul Üniversitesi Spor Bilimleri Dergisi*, *7*(3), 34-43.
7. Altay, M., Cabar, H. D., & Altay, B. (2018). Adolesan dönemi çocuklarda beslenme ve okul sağliği. *Sinop Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *2*(1), 173-180.
8. Serra-Majem, L., Ribas, L., Ngo, J., Ortega, R. M., García, A., Pérez-Rodrigo, C. and Aranceta, J. (2004). Food, youth and the Mediterranean diet in Spain. Development of KIDMED, Mediterranean Diet Quality Index in children and adolescents. *Public Health Nutrition*, 7(7), 931-935.
9. Şahingöz, S. A., Özgen, L., & Yalçın, E. (2019). Akdeniz diyet kalitesi ölçeğinin (Mediterranean Diet Quality-KIDMED) geçerlik ve güvenirlik çalışması. In *Proceedings Book of 5th International Eurasian Congress on Natural Nutrition, Healthy Life & Sport* (Vol. 2019, pp. 1078-1088).
10. Öztürk, M. (2010). Çocukların beslenme alışkanlıklarının sağlık davranışı etkileşim modeline göre incelenmesi (Yayımlanmamış Doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
11. Gibson, R. S. (2005). *Principles of nutritional assessment*. USA: Oxford university press.
12. Gözen, D.(2010) Çocuk sağlığının göstergesi: büyümenin izlenmesi, *Hemşirelikte Eğitim ve Araştırma Dergisi, 7* (1), 5-13
13. World Health Organization. Obesity and Overweight Fact Sheet No:311,Geneva.
14. WHO Anthro (version 3.2.2.), WHO Antro Plus, Erişim. (www.who.int/growthref/tools/en/).
15. IBM SPSS Statistics 23.0 (2013) *Corp, Armonk, NY,* USA.
16. Sabbağ, C. ve Sürücüoğlu, M.S. (2012). Influence of education on primaryschoolstudentsnutrition in Ankara, Turkey. *Healthmed*, 6(2), 616-620.
17. Kabaran, S., & Gezer, C. (2013). Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'ndeki çocuk ve adölesanlarda Akdeniz diyetine uyum ile obezitenin belirlenmesi. *Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi*, 7(1), 11-20.
18. Farajian, P., Risvas, G., Karasouli, K., Pounis, G. D., Kastorini, C. M., Panagiotakos, D. B. and Zampelas, A. (2011). Very high childhood obesity prevalence and low adherence rates to the Mediterranean diet in Greek children: the GRECO study. *Atherosclerosis*, 217(2), 525-530.
19. Durmaz, A., & Ayçiçek, H. M. 6-19 yaş bireylerin beslenme tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Samsun Sağlık Bilimleri Dergisi*, *9*(2), 231-247.

20. Konca, E., Ermiş, E., Ermiş, A., & Erilli, N. A. (2019). 7-14 Yaş Öğrencilerin Fiziksel Aktivite Durumlari Ve Beslenme Alişkanliklarinin Araştirilmasi. *Social Sciences*, *14*(1), 105-117.
21. La Torre, G., Mannocci, A., Saulle, R., Sinopoli, A., D'Egidio, V., Sestili, C., Manfuso, R., and Masala, D. (2017). Improving knowledge and behaviors on diet and physical activity in children: results of a pilot randomize dfield trial. AnnIg; 29(6), 584-594.

SS65

BİR ÜNİVERSİTE HASTANESİNİN ÇOCUK YATAN HASTA KLİNİKLERİNDE SAĞLIK HİZMETİ İLE İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLARIN EPİDEMİYOLOJİK VE KLİNİK ÖZELLİKLERİ; BİR YILLIK SÜRVEYANS

Abdulkerim ELMAS[1*], Mustafa AKÇAM[1], Füsun Zeynep AKÇAM[2], Yasemin ERSÖZLÜ[3], Metehan ÖZEN[3]

[1]Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, Türkiye
[2] Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Isparta, Türkiye
[3] Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi, İstanbul, Türkiye
[*] Sorumlu Yazar: Abdulkerim Elmas, akelmas@gmail.com

Anahtar kelimeler: Sağlık Hizmet İlişkili Enfeksiyon, Antibiyotik Direnci, Yoğun Bakım Ünitesi, Yenidoğan, Mortalite

1.Giriş

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonlar (SHİE), bir sağlık kuruluşundaki tüm klinik disiplinleri yakından ilgilendiren bulaşıcı hastalıklardır. Bu enfeksiyonlar, bir hastanede veya başka bir sağlık tesisinde sağlık hizmeti alırken ortaya çıkan ve hastaneye yatıştan 48 saat veya daha uzun bir süre sonra veya taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde geçirilen enfeksiyonlar olarak tanımlanır [1]. Çocuklarda görülen SHİE'ler yetişkinlerde görülenlerle birçok benzerlik gösterirken, yaşa bağlı konak faktörleri ve bağışıklık sistemindeki farklılıklara atfedilen farklılıklar da sergilemektedir.

SHİE oranı hastanın yaşına ve özelliklerine, ülkenin gelişmişlik düzeyine ve hastanenin teknolojik imkanlarına göre değişmektedir. Farklı çalışmalarda %3,1 ile %14,1 arasında değişen oranlarda SHİE bildirilmiştir [2]. SHİE'ler, yukarıdaki risk faktörlerine sahip hastalara bakım sağlayan diğer birimlere kıyasla yoğun bakım ünitelerinde nispeten daha yaygındır [3].

SHİE'lerin epidemiyolojisine ilişkin bilgi, önleyici stratejilerin oluşturulmasında ve etkili ve güvenilir planların uygulanmasında çok önemlidir. Diğer gelişmekte olan ülkelerde olduğu gibi Türkiye'de de özellikle çocuklarda SHİE'lere odaklanan az sayıda veri bulunmaktadır. Epidemiyolojik çalışmalar, sağlık politikalarını belirleyenlere ve klinisyenlere sağlık hizmetlerini iyileştirmede yardımcı olmaktadır. Sonuçlarımız hem hastanemiz hem de diğer sağlık hizmeti sağlayıcıları tarafından kullanılacaktır. SHİE insidansı, türleri, mortalite oranları, üreyen mikroorganizmalar ve direnç durumu farklı hastaneler arasında değişiklik göstermektedir. Bu çalışma ile kliniğimizin SHİE'ler açısından değerlendirilmesi ve alınacak önlemlerin planlanması amaçlanmıştır. Ayrıca ilerleyen yıllarda yapılacak benzer çalışmalar planlama ve önlemlerin etkinliğini belirleyecektir. Bu çalışmada Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı yatan hasta kliniklerinde meydana gelen SHİE'ler değerlendirilerek etkenler belirlenmiş ve antibiyotik direnç durumları incelenmiştir.

2.Gereç ve Yöntem

Bu kayıt temelli tanımlayıcı çalışma Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi'nde bir yıl boyunca 24 yataklı çocuk servisi, 6 yataklı çocuk yoğun bakım ünitesi ve 9 yataklı yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yürütülmüştür.

Çalışma verileri, SHİE gelişen yatan hastalara yapılan günlük ziyaretler, tıbbi çizelge incelemeleri, hemşire gözlemleri ve radyolojik, mikrobiyolojik ve diğer tanısal test sonuçlarının analizleri yoluyla prospektif olarak toplanmıştır. Doktor, verileri enfeksiyon kontrol komitesinin hazırladığı formlar aracılığıyla günlük olarak toplamıştır. Formlara klinik, demografik özellikler, kullanılan ilaçlar ve antibiyotikler, tanılar, hastanede yatış süresi, üretilen mikroorganizmalar ve direnç durumları kaydedilmiştir. Örneklem büyüklüğü bir yıl boyunca pediatri kliniklerine başvuran tüm hastalardan oluşmuştur. Örnekleme yöntemi, bir yıl boyunca çalışmaya dahil edilen tüm hastalardan sadece SHİE tanısı alanların seçilmesiyle belirlenmiştir. Çalışma katılımcılarının takibi taburcu edilinceye, başka bir tesise nakledilinceye veya herhangi bir nedenle hastanın yatışının sona erdiğini ifade eden ölümüne kadar devam etmiştir. SHİE kriterlerini karşılamayan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır. SHİE'ler Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDC) tarafından 2008 yılında güncellenen sınıflandırma sistemine göre tanımlanmıştır [4]. SHİE oranı SHİE sayısı/ kabul edilen hasta sayısı x 100 ve SHİE insidans dansitesi SHİE sayısı/hasta günü x 1.000 olarak hesaplanmıştır.

Bu çalışma 2008 Helsinki Bildirgesi ilkelerine uygun olarak yürütülmüştür. Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Etik Kurulu tarafından onaylanmıştır (toplantı numarası XVII, no: 08). Tüm istatistiksel analizler IBM SPSS Statistics (Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.) kullanılarak gerçekleştirilmiştir. Tüm nitel değişkenler sayı ve yüzde olarak ifade edilmiştir. Farklı gruplar arasında nitel değişkenlerin sıklığını karşılaştırmak için ki-kare testi kullanılmıştır. Sürekli değişkenler Mann-Whitney testi kullanılarak değerlendirilmiştir. Risk analizi odds oranı ve güven aralıkları olarak hesaplanmıştır. Tüm testler için 0.05'ten küçük bir olasılık (p) anlamlı kabul edildi.

3.Bulgular

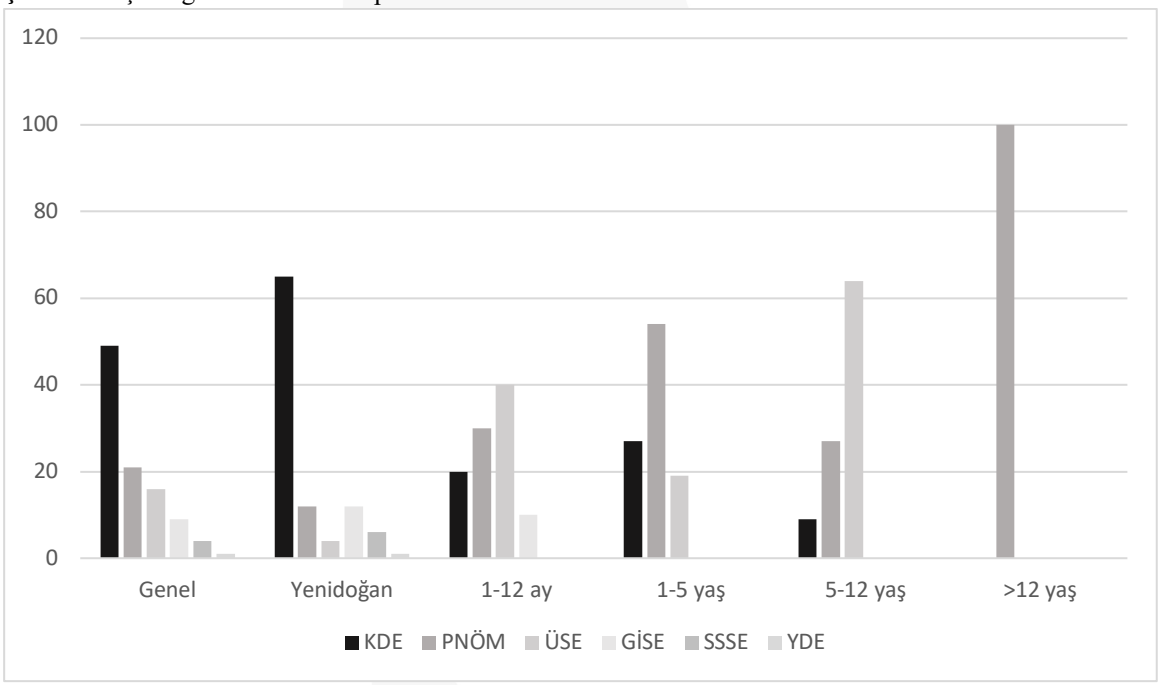
Çalışma döneminde hastanemizin pediatrik yataklı kliniklerine (çocuk servisi [ÇS], çocuk yoğun bakım ünitesi [ÇYBÜ] ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi [YDYBÜ]) toplam 1.291 hasta kabul edilmiş ve bunlardan 65'inde (%5.03) toplam 102 SHİE atağı gelişmiştir. Bu hastaların 16'sı (%24,8) ÇS'de, dokuzu (%13,8) ÇYBÜ'de ve 40'ı (%61,5) YDYBÜ'de takip edilmiştir. Genel SHİE oranı %7,9 ve SHİE insidansı 1.000 hasta günü başına 9,31 vakadır. Her bir kliniğin SHİE oranları incelendiğinde, ÇYBÜ'de %33,3, YDYBÜ'de %32,3 ve ÇS'de %1,74 SHİE oranı tespit edilmiştir (**Tablo 1**).

Tablo 1. Yatan hasta sayısı, SHİE'u olan hasta sayısı, SHİE atak sayısı ve SHİE insidans dansitesi oranı

Yatan hasta klinikleri	**2010–2011**					
	Toplam yatan hasta sayısı, n	SHİE olan hasta sayısı, n	SHİE atak sayısı, n	Hasta günü, n	SHİE oranı, %	SHİE insidansı, %
ÇYBÜ	48	9	16	1.422	33,3	11,2
YDYBÜ	210	40	68	3.699	32,3	18,3
ÇS	1.033	16	18	5.833	1,74	3,09
Toplam	1.291	65	102	10.954	7,9	9,3

SHİE alt tipleri arasında kan dolaşımı enfeksiyonları (KDE) en yaygın olanıydı (50 atak, %49). Farklı SHİE alt tiplerinin prevalansının farklı yaş grupları arasında değişiklik gösterdiği, yenidoğan döneminde en sık KDE'lerin (%65), 5-12 yaş grubunda üriner sistem enfeksiyonları (ÜSE) (%64) ve 1-5 yaş grubunda pnömonilerin (PNÖM) (%54) görüldüğü tespit edilmiştir **(Şekil 1).**

Şekil 1. Yaşlara göre SHİE'ların tipleri

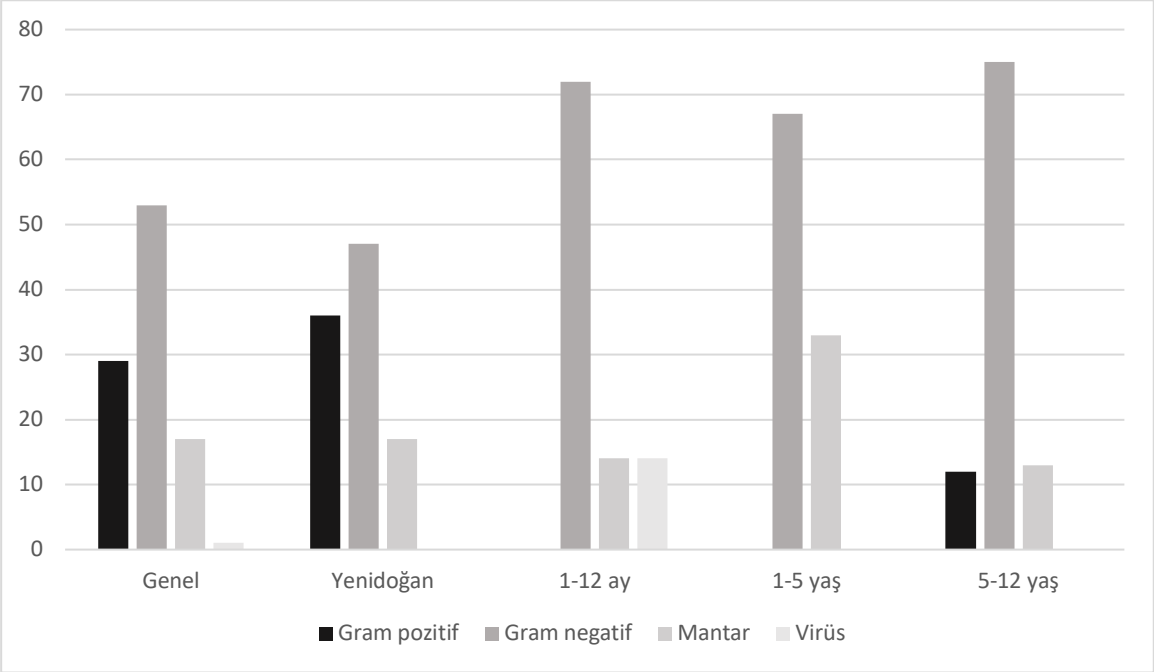


KDE: Kan dolaşımı enfeksiyonu, PNÖM: Pnömoni, ÜSE: Üriner sistem enfeksiyonu, GİSE: Gastrointestinal sistem enfeksiyonu

SSSE: Santral sinir sistemi enfeksiyonu, YDE: Yumuşak doku enfeksiyonu

KDE'lere neden olan etkenler %30 oranında gram-pozitif bakteriler, %51,4 oranında gram-negatif bakteriler ve %17,2 oranında mantarlar olarak bulunmuştur. Gram-pozitif bakteriler arasında en sık izole edilen patojenik ajan, toplamın %65'ini oluşturan koagülaz-negatif stafilokoklardır (KNS). Gram-negatif bakteriler arasında *Klebsiella* spp. (%12,8), *Acinetobacter baumannii* (%12,8) ve *E. coli* (%11,5) en sık izole edilen mikroorganizmalar olmuştur. İzole edilen tüm mantarlar *Candida* cinsine aitti. Yaş gruplarına göre analiz edildiğinde, yenidoğan döneminde gözlenen gram-pozitif mikroorganizmaların baskınlığı, yaş ilerledikçe gram-negatif mikroorganizmaların baskınlığına doğru kaymıştır (**Şekil 2**).

Şekil 2. Yaşlara göre SHİE'lerde izole edilen etkenler



SHİE'lerden sorumlu bazı izole ajanların antibiyotik direnç paternleri araştırılmıştır. *P. aeruginosa* için, Sefepime %100 ve piperasilin-tazobaktama %66,6 direnç saptanırken, karbapenemlere veya aminoglikozidlere direnç tespit edilmemiştir. **Tablo 2**'de SHİE'lerden sorumlu mikroorganizmalar için antibiyotik duyarlılık testlerinin sonuçları sunulmakta olup izolasyon oranı %5'in üzerindedir.

Tablo 2. İzolasyon oranı %5'in üzerinde olan SHİE'lerden sorumlu mikroorganizmaların antibiyotik direnç durumu (%)

	KNS	*P. aeruginosa*	*A. baumannii*	*Klebsiella* spp	*E.coli*	*Enterococus* spp
Amikasin	-	0	87,5	0	0	33,3
Amoksisilin-Klavunat	-	-	-	71,4	100	-
Ampisilin-Sulbaktam	-	-	0	14,2	28,5	85,7
Aztreonam	-	100	-	57,1	85,7	-
Dalfopristin	46,1	-	-	-	-	-
Doripenem	-	-	75	-	-	-
Eritromisin	69,2	-	-	-	-	-
Gentamisin	38,4	0	87,5	14,2	0	-
İmipenem	-	0	0	14,2	0	-
Klindamisin	61,5	-	-	-	-	-
Kolistin	-	-	37,5	-	-	-
Levofloksasin	-	0	87,5	-	-	-
Linezolid	0	-	-	-	-	0
Meropenem	-	0	87,5	14,2	0	-
Metronidazol	-	-	-	85,7	-	-
Mezlosilin	-	-	87,5	-	-	-
Minosiklin	-	-	12,5	-	-	-
Netilmisin	-	0	87,5	-	-	-
Ofloxasin	100	0	-	-	-	-
Oxasilin	100	-	-	-	-	-
Penisilin	100	-	-	-	-	-
Piperasilin-Tazobaktam	-	66,6	62,5	14,2	28,5	-
Rifampin	100	-	-	42,8	-	-
Sefepim	-	100	100	71,4	57,1	-
Sefoperazon-sulbaktam	-	33,3	25	28,5	0	-
Sefotaksim	-	-	-	71,4	85,7	-
Seftazidim	-	100	87,5	71,4	85,7	-
Seftriakson	-	-	87,5	71,4	85,7	-
Sefuroksim		-	-	57,1	85,7	-
Siprofloksasin	69,2	0	87,5	14,2	0	42,8
Sefazolin	-	-	-	71,4	85,7	-
Sefalotin	-	-	-	42,8	85,7	-
Sefiksim	-	-	-	14,2	85,7	-
Teikoplanin	7,6	-	-	0	-	0
Tikarsilin-klavulanik asit	-	66,6	50	-	-	-
Trimetoprim-sulfametoksazol	69,2	-	0	28,5	57,1	-
Tobramisin	-	-	12,5	-	-	-
Vancomisin	0	-	-	-	-	0

Genel mortalite oranı tüm yatan çocuk hastalar arasında %3,1 iken, SHİE tanısı konan hastalar için %24,6'dır. SHİE ile ilişkili genel mortalite %7,6'dır. Tüm mortalite oranları **Tablo 3**'te sunulmuştur.

Tablo 3. Mortalite oranları

	Genel (N=1291)	YDYBÜ (N=210)	ÇYBÜ (N=48)	ÇS (N=1,033)
Genel mortalite, n (%)	41 (3,1%)	24 (11,4%)	17 (35,4%)	-
SHİE ilişkili mortalite, n (%)	5 (0,4%)	5 (2,4%)	-	-
SHİE ilişkili olmayan mortalite, n (%)	25 (1,9%)	17 (8,1%)	8 (16,6%)	-
Diğer nedenler, n (%)	11 (0,8%)	2 (0,9%)	9 (18,8%)	-
	GENEL-SHİE* (N=65)	YDYBÜ-SHİE* (N=40)	ÇYBÜ-SHİE* (N=9)	ÇS-SHİE* (N=16)
Genel mortalite, n (%)	16 (24,6%)	12 (30%)	4 (44,4%)	-
SHİE ilişkili mortalite, n (%)	5 (7,6%)	5 (12,5%)	-	-
SHİE ilişkili olmayan mortalite, n (%)	11 (16,9%)	7 (17,5%)	5 (55,6%)	-

4.Tartışma

Dünya çapında yapılan çalışmalarda, yatarak tedavi gören çocuk hastalar arasında %0,7 ile %17 arasında değişen geniş bir yelpazede SHİE oranları bildirilmiştir [5-7]. Çalışmamızda SHİE oranı %7,9 olup, 1.000 hasta günü başına 9,31 vaka görülmüştür.

Klinikler ayrı ayrı incelendiğinde, yurt dışındaki ÇYBÜ'lerde SHİE oranı %6-26,5 olarak bulunmuştur [8-11]. Çalışmalar, ülkemizde ÇYBÜ'lere yönelik SHİE'lerin halen sınırlı sayıda olduğunu göstermektedir. Bu konuda yapılan çalışmalarda ÇYBÜ'de SHİE oranı %11,7 ile %31,4 arasında değişmektedir [12-14]. Çalışmamızda, ÇYBÜ'deki SHİE oranı %33,3 olarak bulunmuştur. Sonucun yüksek çıkmasının nedeni örneklem sayısının küçük olması olabilir.

Diğer ülkelerde yapılan çalışmalarda, YDYBÜ hastaları arasında SHİE oranının %1,8 ile %74,3 arasında değiştiği bildirilmiştir [15-18]. Ülkemizde iki farklı merkezde yapılan çalışmalarda İstanbul Üniversitesi'nde %28,1 ve Uludağ Üniversitesi'nde %42,3 olarak bildirilmiştir [14, 19]. Çalışmamızda gözlemlenen YDYBÜ hastaları arasındaki SHİE oranı (%32,3), gelişmiş ülkelerden bildirilen ortalama orandan yüksek olmakla birlikte, diğer ülkelerden bildirilen oranlarla ve Türkiye'de yapılan önceki çalışmalarda bildirilen oranlarla karşılaştırılabilir düzeydedir.

Sık gözlenen enfeksiyonların sıralaması, SHİE'ler etkilenen vücut sistemine göre analiz edildiğinde değişmektedir. Raymond ve arkadaşları tarafından yürütülen bir çalışmada, KDE, PNÖM ve ÜSE'ler en sık gözlenen SHİE'ler olarak belirlenmiştir [17] ve PNÖM ve ÜSE'leri en yaygın SHİE'ler olarak bildiren başka bir çalışmanın bulgularını kısmen desteklemektedir [20]. Çok merkezli bir Avrupa çalışmasında, KDE'ler %44,6 ile en yaygın SHİE olarak belirlenmiş, bunu %22,2 ile PNÖM izlemiştir [21]. İran'da bir hastanedeki tüm pediatri kliniklerini kapsayan bir çalışmada, en yaygın SHİE türü KDE (%36,34) olarak bulunmuştur [22]. İstanbul'da yapılan benzer bir çalışmada KDE %26,5 ve PNÖM %20,4 olarak bulunmuştur [14]. Çalışmamızda en sık görülen SHİE'ler sırasıyla %49, %21 ve %16 oranlarıyla KDE, PNÖM ve ÜSE'ler olmuştur. Sonuçlar literatürle tutarlıdır. Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde KDE oranı en yüksek bulunmuştur. Bu sonuç genel ortalamayı yükseltmiştir.

SHİE'lerden sorumlu patojenik ajanlar, yetişkin popülasyonlarda yapılan çalışmalar ile çocuklarda yapılan çalışmalar arasında farklılık göstermektedir. Raymond ve arkadaşları tarafından her türden pediatrik yatan hasta kliniklerinde yapılan bir çalışmada, gram-pozitif bakteriler %37,2, gram-negatif bakteriler %47,9 oranında tespit edilmiştir, SHİE'lerden sorumlu en yaygın etken olarak %24,1'lik bir oranla KNS'ler bulunmuştur [23]. Türkiye'de 2016-2020 dönemini kapsayan 4 yıllık bir sürveyans çalışmasında, KDE'lerin en yaygın nedenleri sırasıyla %23,4, %64,9 ve %11,7 oranlarıyla gram-pozitif bakteriler, gram-negatif bakteriler ve mantarlar olarak belirlenmiştir [24]. İstanbul Üniversitesi'nde yapılan bir çalışmada, SHİE'nin en yaygın etkeni %32 ile gram-negatif bakteriler olmuştur [14]. Çalışmamızda KDE'lere neden olan etkenler %30 oranında gram-pozitif bakteriler, %51,4 oranında gram-negatif bakteriler ve %17,2 oranında mantarlar olmuştur. En sık tespit edilen mikroorganizmalar %18,5 KNS, %17,3 *Candida*, %12,8 *Klebsiella* spp, %12,8 *Acinetobacter* spp ve %11,5 *E.coli* olmuştur. Gram-negatif etkenlerin ulusal ortalamadan daha düşük, mantar etkenlerinin ise daha yüksek olduğunu tespit ettik, ancak oranlarımız diğer ülkelerde bulunanlara benzerdi. Yüksek mantar enfeksiyonu oranı, uzun süreli çoklu antibiyotik ve santral kateter kullanımı ile ilişkili olabilir.

Antibiyotik direnci potansiyel bir tehdit olmaya devam etmektedir. Türkiye'de çeşitli pediatri servislerinde yapılan çalışmalarda, metisilin direnci oranı *S. aureus* suşlarında %50 ile %66,6 arasında, KNS suşlarında ise %87,5 olarak saptanmıştır. *E. coli* suşlarının %31,8-73'ünde ve Klebsiella suşlarının %46-66'sında genişlemiş spektrumlu beta-laktamaz (GSBL) pozitifliği tespit edilmiştir [23, 25]. Bir başka çalışmada metisilin direnç oranı *S. aureus* suşlarında %50, KNS suşlarında %86,2 olarak bulunurken, GSBL pozitiflik oranı *E. coli* suşlarında %55,6, *Klebsiella* suşlarında %61,9 olarak bulunmuştur [14]. Bu çalışmada, metisilin direnci oranı *S. aureus* suşlarında %33,3 ve KNS'lerde %100 iken, GSBL pozitifliği oranı *E. coli* suşlarında %75 ve *Klebsiella* suşlarında %55,5 olarak bulunmuştur. Son çalışmalar metisiline dirençli *S. aureus* suşlarının sıklığında %57 gibi yüksek oranlara ulaşan bir artış olduğunu bildirmiştir [24]. Enterokoklarda vankomisin direncine rastlanmamıştır. Bu çalışmada, direnç oranları yerel yayınlarda bildirilenlerle karşılaştırılabilir olsa da, *E. coli* suşları için GSBL pozitiflik oranı yüksektir (%75); bu durum, sınırlı sayıda suş üretilmesine ve akılcı olmayan antibiyotik kullanımına bağlanabilir. KNS ve *E.coli* literatüre kıyasla yüksek direnç oranına sahipti.

Bu mikroorganizmalar gelecekte özellikle yoğun bakım tedavisi gören çocuk hastalarda daha önemli sorunlara yol açabilir. El hijyeni ve temas izolasyonuna dikkat edilmelidir.

Klebsiella türlerine karşı en yüksek direnç oranları amoksisilin-klavulanat, sefepim, sefotaksim, seftriakson ve sefazolin (%71,4) için gözlenirken, duyarlılık oranları piperasilin-tazobaktam için %85,8, karbapenem için %85,8 ve siprofloksasin için %85,8 olmuştur. Karşılaştırılabilir duyarlılık profilleri nedeniyle, bu antibiyotikler ampirik tedavide ve ikinci basamak tedavi seçenekleri olarak kullanılabilir. Çalışmamızda *Klebsiella* suşlarında karbapenem direnci oranı %14,2 iken, UHESA (Ulusal Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Ağı) 2021 raporunda bu oran %48,9 olarak belirtilmiş ve UHESA 2022 raporunda %63,57 olarak güncellenmiştir [26].

Wisplinghoff ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada, *E. coli* suşları arasında ampisilin-sulbaktam direnci %34 olarak bulunmuştur. [27]. Çalışmamızda ampisilin-sulbaktam ve piperasilin-tazobaktam direnci %28,5, seftriakson, seftazidim ve sefiksim direnci ise %85,7 olarak tespit edilmiştir. Sefaperazon-sulbaktam (%100 duyarlı), siprofloksasin (%100 duyarlı), karbapenemler (%100 duyarlı) ve aminoglikozidler (%100 duyarlı) oldukça yüksek duyarlılık oranları sergilemiştir ve bu nedenle bu antibiyotikler ikinci basamak tedavi için uygun seçenekler olarak düşünülebilir.

SHİE'lere bağlı ölümler konusunu ele alan, Fransa'da bir önceki yıl içinde ölen hastalar üzerinde yapılan retrospektif bir çalışmada, vakaların %4,4'ünde SHİE'lerin altta yatan ölüm nedeni olduğu tespit edilmiştir [28]. YDYBÜ'de SHİE'lere atfedilebilecek ölüm oranı bir İtalyan çalışmasında %12,7 ve bir Japon çalışmasında %10,3 olarak bildirilmiştir [29, 30]. Türkiye'de yapılan bir çalışmada, SHİE'lerle ilişkili ölüm oranı %16-24,4 aralığında bildirilmiştir [19]. Çalışmamızda YDYBÜ hastalarında genel mortalite oranı %11,4 (24/210) olarak bulunmuştur. SHİE tanısı konan yenidoğanlarda SHİE ile ilişkili ölüm oranı %12,5 (5/40) idi. Bu çalışmada gözlenen mortalite oranları literatürde bildirilenlerle tutarlıdır. Pediatri servisinde veya ÇYBÜ'de SHİE ile ilişkili mortalite gözlenmemiştir. SHİE'ye bağlı mortalite günümüzde özellikle YDYBÜ'de görülmektedir. Bu nedenle, YDYBÜ'de enfeksiyon kontrol önlemlerine daha fazla dikkat edilmelidir.

Çalışmamızın sınırlılıkları arasında örneklem büyüklüğü, hasta sayısı, yatak sayısı, yatan hasta sayısının azlığı, araştırmanın kısa sürmesi ve aynı merkezde önceki yıllara ait karşılaştırmalı verilere ihtiyaç duyulması yer almaktadır. Diğer sınırlayıcı özellikler arasında hastanemizde yanık ünitesi, immünoloji ünitesi, transplant ünitesi ve hematoloji-onkoloji ünitesinin bulunmaması ve bu nedenle immün sistemi baskılanmış hastaların takip edilememesi yer almaktadır. Ayrıca hastalarımız bazı risk faktörlerine sahipti. Bunlar SHİE insidansını artırmaktadır. Çalışmamızda, YDYBÜ'de KDE gelişen hastaların %72,2'si prematüreydi, %66'sı santral kateter kullanıyordu ve PNÖM'lu hastaların tamamı mekanik ventilatör desteği alıyordu. SHİE'ye neden olan viral enfeksiyonlar için herhangi bir panel testi yapılmamıştır.

5.Sonuç ve Öneriler

YDYBÜ ve ÇYBÜ servislerinde yatan çocukların SHİE'lere en duyarlı hastalar olduğunu tespit ettik. Süleyman Demirel Üniversitesi Hastanesi çocuk yatan hasta servislerinde KDE, PNÖM ve ÜSE en sık görülen enfeksiyonlar olup, en sık saptanan mikroorganizmalar KNS, *Candida*, *Klebsiella* ve *Acinetobacter*'dir. *E. coli* suşlarında GSBL pozitifliği yüksek bulunmuştur. Tespit edilen etkenlerin antibiyotik direnç durumu, uygun ampirik antibiyotik seçimini güncellememize olanak sağlamıştır. Sürveyansın uygulanması, bu konuda eğitim verilmesi ve izolasyon yöntemlerinin sık ve dikkatli bir şekilde uygulanmasının SHİE insidansını ve bunların neden olduğu mortalite ve morbiditeyi azaltacağı sonucuna varılmıştır.

SHİE sıklığının, türlerinin, etken mikroorganizmaların ve bakteriyel direnç oranlarının belirlenmesi, klinisyenlere ampirik antibiyotik seçimi ve enfeksiyonları önlemeye yönelik tedbirler konusunda yol gösterebilir.

6.Kaynaklar

1. Haque M, Sartelli M, McKimm J, Abu Bakar M: **Health care-associated infections - an overview**. *Infection and drug resistance* 2018, **11**:2321-2333.
2. Y. P: **Epidemiology of Hospital Infections**. *Journal of Infectious Diseases* 1993, **6**:100-101.
3. Richards MJ, Edwards JR, Culver DH, Gaynes RP: **Nosocomial infections in pediatric intensive care units in the United States. National Nosocomial Infections Surveillance System**. *Pediatrics* 1999, **103**(4):e39.
4. Horan TC, Andrus M, Dudeck MA: **CDC/NHSN surveillance definition of health care-associated infection and criteria for specific types of infections in the acute care setting**. *American journal of infection control* 2008, **36**(5):309-332.
5. de Gentile A, Rivas N, Sinkowitz-Cochran RL, Momesso T, Iriart EM, Lopez E, Beck-Sague CM, Jarvis WR: **Nosocomial infections in a children's hospital in Argentina: impact of a unique infection control intervention program**. *Infection control and hospital epidemiology* 2001, **22**(12):762-766.
6. Pittet D, Harbarth S, Ruef C, Francioli P, Sudre P, Pétignat C, Trampuz A, Widmer A: **Prevalence and risk factors for nosocomial infections in four university hospitals in Switzerland**. *Infection control and hospital epidemiology* 1999, **20**(1):37-42.
7. Mireya UA, Martí PO, Xavier KV, Cristina LO, Miguel MM, Magda CM: **Nosocomial infections in paediatric and neonatal intensive care units**. *The Journal of infection* 2007, **54**(3):212-220.
8. Grohskopf LA, Sinkowitz-Cochran RL, Garrett DO, Sohn AH, Levine GL, Siegel JD, Stover BH, Jarvis WR: **A national point-prevalence survey of pediatric intensive care unit-acquired infections in the United States**. *The Journal of pediatrics* 2002, **140**(4):432-438.
9. Simon A, Bindl L, Kramer MH: **[Surveillance of nosocomial infections: prospective study in a pediatric intensive care unit. Background, patients and methods]**. *Klinische Padiatrie* 2000, **212**(1):2-9.
10. El-Sahrigy SAF, Shouman MG, Ibrahim HM, Rahman A, Habib SA, Khattab AA, Gomaa HE, Helmy NA: **Prevalence and Anti-Microbial Susceptibility of Hospital Acquired Infections in Two Pediatric Intensive Care Units in Egypt**. *Open access Macedonian journal of medical sciences* 2019, **7**(11):1744-1749.
11. Jordan Garcia I, Esteban Torné E, Bustinza Arriortua A, de Carlos Vicente JC, García Soler P, Concha Torre JA, Flores González JC, Madurga Revilla P, Palomar Martínez M: **Trends in nosocomial infections and multidrug-resistant microorganisms in Spanish pediatric intensive care units**. *Enfermedades infecciosas y microbiologia clinica* 2016, **34**(5):286-292.
12. Kepenekli E, Soysal A, Yalindag-Ozturk N, Ozgur O, Ozcan I, Devrim I, Akar S, Bakir M: **Healthcare-Associated Infections in Pediatric Intensive Care Units in Turkey: a National Point-Prevalence Survey**. *Japanese journal of infectious diseases* 2015, **68**(5):381-386.
13. Aktar F, Tekin R, Güneş A, Ülgen C, Tan İ, Ertuğrul S, Köşker M, Balık H, Karabel D, Yolbaş I: **Determining the Independent Risk Factors and Mortality Rate of Nosocomial Infections in Pediatric Patients**. *BioMed research international* 2016, **2016**:7240864.

14. Maraş H: **İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Servislerinde 2010 Yılı İlk Yarısı Hastane Enfeksiyonu Sürveyansı**. *Uzmanlık Tezi) İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, İstanbul* 2011.
15. Ehlenbach WJ, Curtis JR: **Noninvasive ventilation for patients near the end of life: what do we know and what do we need to know?** *Critical care medicine* 2008, **36**(3):1003-1004.
16. Couto RC, Carvalho EA, Pedrosa TM, Pedroso ER, Neto MC, Biscione FM: **A 10-year prospective surveillance of nosocomial infections in neonatal intensive care units**. *American journal of infection control* 2007, **35**(3):183-189.
17. Raymond J, Aujard Y: **Nosocomial infections in pediatric patients: a European, multicenter prospective study. European Study Group**. *Infection control and hospital epidemiology* 2000, **21**(4):260-263.
18. Campins M, Vaqué J, Rosselló J, Salcedo S, Durán M, Monge V, García Caballero J, Sáenz MC, Calbo F, Armadans L: **Nosocomial infections in pediatric patients: a prevalence study in Spanish hospitals. EPINE Working Group**. *American journal of infection control* 1993, **21**(2):58-63.
19. Hacımustafaoğlu M ÇS, Köksal N, Kavurt S, Özkan H, Çetinkaya M, Özkaya G: **Yenidoğan ve yenidoğan yoğun bakım servisinde hastane enfeksiyonları**. *turkish Archives of Pediatrics* 2011, **46**:302-307.
20. Hajdu A, Samodova OV, Carlsson TR, Voinova LV, Nazarenko SJ, Tjurikov AV, Petrova EG, Tulisov AV, Andresen S, Eriksen HM: **A point prevalence survey of hospital-acquired infections and antimicrobial use in a paediatric hospital in north-western Russia**. *The Journal of hospital infection* 2007, **66**(4):378-384.
21. Zingg W, Hopkins S, Gayet-Ageron A, Holmes A, Sharland M, Suetens C: **Health-care-associated infections in neonates, children, and adolescents: an analysis of paediatric data from the European Centre for Disease Prevention and Control point-prevalence survey**. *The Lancet Infectious diseases* 2017, **17**(4):381-389.
22. Khazaei S, Adabi M, Bashirian S, Shojaeian M, Bathaei SJ, Karami M: **Epidemiologic profile of nosocomial infections among paediatric patients in a referral hospital in Hamadan, west of Iran**. *New microbes and new infections* 2020, **38**:100823.
23. Balaban I, Tanır G, Metin Timur O, Oz FN, Aydın Teke T, Bayhan GI, Sözak N, Göl N: **Nosocomial infections in the general pediatric wards of a hospital in Turkey**. *Japanese journal of infectious diseases* 2012, **65**(4):318-321.
24. AKPINAR İY: **Çocuk hastalıkları servislerinde nozokomiyal enfeksiyon etkenleri ve direnç dağılımının belirlenmesi/Determination of nosocomial infection agents and resistance distribution in inpatient wards of the department of pediatrics**. *Bezmialem Vakıf Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Uzmanlık Tezi İstanbul: Bezmialem Vakıf Üniversitesi* 2023.
25. Soysal A, Toprak D, Yavuz B, Türel Ö, Çulha G, Karatuna O, Söyletir G, Bakır MJHED: **Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi pediatri servisinde 2004 yılı nozokomiyal enfeksiyonları**. *Turkish Journal of Hospital Infections* 2006, **10**(2):143-148.

26. Hekimoğlu C, Batir E, Gözel E, Altun DI: **ULUSAL SAĞLIK HİZMETİ İLİŞKİLİ ENFEKSİYONLAR SÜRVEYANS AĞI (USHİESA) ÖZET RAPORU 2021**: cited (10 May 2023); Available from: https://hsgm.saglik.gov.tr/depo/birimler/bulasici-hastaliklar-ve-erken-uyari-db/Dokumanlar/Raporlar/USHIESA_OZET_RAPORU_2022.pdf.
27. Wisplinghoff H, Bischoff T, Tallent SM, Seifert H, Wenzel RP, Edmond MB: **Nosocomial bloodstream infections in US hospitals: analysis of 24,179 cases from a prospective nationwide surveillance study**. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America* 2004, **39**(3):309-317.
28. Hautemanière A, Florentin A, Hartemann P, Hunter PR: **Identifying possible deaths associated with nosocomial infection in a hospital by data mining**. *American journal of infection control* 2011, **39**(2):118-122.
29. Auriti C, Maccallini A, Di Liso G, Di Ciommo V, Ronchetti MP, Orzalesi M: **Risk factors for nosocomial infections in a neonatal intensive-care unit**. *The Journal of hospital infection* 2003, **53**(1):25-30.
30. Babazono A, Kitajima H, Nishimaki S, Nakamura T, Shiga S, Hayakawa M, Tanaka T, Sato K, Nakayama H, Ibara S *et al*: **Risk factors for nosocomial infection in the neonatal intensive care unit by the Japanese Nosocomial Infection Surveillance (JANIS)**. *Acta medica Okayama* 2008, **62**(4):261-268.

SS72

UZUN SÜRELİ SİSTEMİK KORTİKOSTEROİD KULLANIMININ HİPOTALAMO-HİPOFİZER-ADRENAL EKSENE ETKİSİ

Özge Pelin AKBAY, Heves KIRMIZIBEKMEZ

T.C. Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

GİRİŞ:

EKSOJEN GLUKOKORTİKOİDLERİN HHA EKSENİNE ETKİSİ:

- Suprafizyolojik dozda ve uzun süreli kullanılan Glukokortikoidler(GK) hipotalamustaki paraventriküler nukleusler üzerinde ve hipofizdeki kortikotrop hücrelerine negatif geri-bildirim mekanizması ile CRH ve ACTH salınımın azaltarak; adrenal kortekste atrofi geliştirip; GK'ların **hızlı veya ani kesilmesi** ile "santral(sekonder) adrenokortikal yetmezlik" gelişebilir.

Glukokortikoid-ilişkili adrenal yetmezlikte risk faktörleri:

- **Gece** alınan veya **bölünmüş dozlarla** alınan GK'lar ACTH'nın sirkadyen ritmini etkilediğinden; adrenal yetmezlik gelişme olasılığı daha yüksektir.
- **'pulse steroid' (**Gün aşırı ve yüksek doz GK kullanımı) tedavileri ile günlük-bölünmüş dozlarda GK kullanım ile karşılaştırıldığında adrenal yetmezlik riski daha düşük saptanmıştır.
- Kısa süreli (<2 hafta) yüksek doz glukokortikoid kullanımında adrenal yetmezlik riski daha düşüktür.

Glukokortikoid İlişkili Adrenal Yetmezlik Yönetimi:

- Glukokortikoid ilişkili adrenal yetmezlik hastalarında Hipotalamo-Hipofizer-Adrenal(HHA) eksen iyileşmesi aylar hatta yıllar alabilir
- Hastaların bir kısmında kronik veya kalıcı glukokortikoid ilişkili adrenal yetmezlik gelişebilir
- Sekonder adrenal yetmezliği olan hastalarda HHA eksen düzelene kadar; fizyolojik kortizol ritmini taklit etmek için **günde iki veya üç kez idame dozda (5-8 mg/m^2/gün) hidrokortizon** verilir
- Glukokortikoid ilişkili adrenal yetmezlik tanılı hastalarda ve glukokortikoid yoksunluk semptomları geliştiğinde stres dozunda glukokortikoid tedavisinin başlanması düşünülmelidir

AMAÇ:

Glukokortikoidler(GK), çoğu hastalığın tedavisinde yaygın kullanılmaktadır.

Uzun süreli glukokortikoid kullanımı HHA ekseni baskılayarak adrenal korteks atrofisine neden olur.

Tedavinin en sık yan etkisi adrenal yetmezliktir. Klinikte özgül olmayan hafif bulgular görülmekle birlikte "STRES" durumunda hayati tehdit eden adrenal kriz ortaya çıkabilir.

Güncel tedavi protokollerinin HHA eksen üzerine etkisi ve **baskılanan eksenin yeniden düzelme sürecini etkileyen faktörlerin** araştırılması hedefledik

Gereç ve Yöntem

Aralık 2019- Aralık 2021 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Endokrinolojisi Kliniği'nde **iki haftadan** uzun süreli farmakolojik dozda sistemik kortikosteroid kullanımı olan hastalar HHA eksen baskılanması açısından retrospektif olarak değerlendirildi. Hastalara ilk başvuruda ve izlemde düşük doz ACTH testi (bazal kortizol, ACTH ve 1 mcg Synacthene® intravenöz uygulama sonrası 30. dk kortizol) uygulandı.Test sonucunda **uyarılmış kortizolün 18 mcg/dl ve üzeri olması veya delta kortizol değeri(uyarılmış kortizol ile bazal kortizol farkı) 8 mcg/dl artış** olması normal yanıt olarak değerlendirildi. HHA ekseni baskılanması olan ve olmayan hastalar yaş, primer hastalık yaşı, antropometrik ölçüm SDS değerleri, büyüme hızı (cm/yıl), kullanılan steroidin hidrokortizon olarak kümülatif dozu, toplam kullanım süresi ve kademeli doz azaltma süresi parametreleri karşılaştırıldı. İzlemde eksen baskılanması olup ve düzelen hastalarda ortanca düzelme süresinin altında ve üzerinde olanlar yaş, primer hastalık yaşı, antropometrik ölçüm SDS değerleri, büyüme hızı (cm/yıl), kullanılan steroidin hidrokortizon olarak kümülatif dozu, toplam kullanım süresi ve kademeli doz azaltma süresi, ACTH, bazal kortizol, uyarılmış kortizol ve delta-kortizol (uyarılmış kortizol – bazal kortizol) açısından karşılaştırıldı.

BULGULAR:

Uzun süreli steroid kullanımı sonrasında HHA eksen değerlendirilmesi üzerine 41 hasta(K:20'si (%48) E:21 (%52) çalışmaya dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 12,5±4,5 yıl(18 ay-18 yaş), ortalama GK tedavi alma süresi 7,46±11,6 ay(1-64 ay), ortalama GK azaltma süresi 47,7±21,5 gün(7- 120 gün) olarak sonuçlandı.

GK kullanımına sebep olan primer hastalık dağılımında en sık inflamatuar barsak hastalıkları olmak üzere bir veya birden fazla otoinflamatuar hastalık oluşturmaktaydı. 16 hastada Crohn hastalığı,13 hastada Ülseratif Kolit; Ülseratif kolit tanısı olan hastaların 5'inde de (%38) eşlik eden otoimmun-otoinflamatuar hastalık(Otoimmun tiroidit(n=1), Sistemik Lupus eritematozus(n=1),, Juvenil idiyopatik artrit(n=1),, Ailevi Akdeniz ateşi(n=1),, sakroileit(n=1)) mevcuttu. 2 hastada eozinofilik özafajit, 1 hastada indetermine kolit, 2 hasta Juvenil idiyopatik artrit, 1 hastada İmmün trombositopenik purpura, 1 hastada İmmün trombositopenik purpura,1 hastada Progresif ailevi intrahepatik kolestaz (PFIC), 1 hastada Kronik rekürren multifokal osteomiyelit (CRMO), 1 hastada Epilepsi, 1 hastada fanconi anemisi, 1 hastada Juvenil dermatomiyozit olmak üzere heterojen bir grup oluşturuldu.

GK yan etkileri açısından değerlendirildiğinde hastaların 4'ünde(%9,6) stria, 3'ünde(%7,2) obezite, 1'inde(%2,4) hipertansiyon saptandı. Ayrıca 1'inde(%2,4)eklem kısıtlılığı ve deformitenin, 1'inde(%2,4)vertebra fraktürü, 9'unda(%21,9) boy kısalığı, 6'sında(%14,6) malnutsiryon saptanıp altta yatan hastalığı ile ilişkili olduğu düşünüldü.

41 hastanın 39'u metilprednizolon, 1'i prednizolon, ve 1'i de deksametazon tedavisi uygulanıp; Kümülatif steroid dozu 2,71 gr/m^2 ile 77,2 gr/m^2 hidrokortizona eşdeğerdi. 41 hastanın 23'ünde (%56) HHA ekseninin baskılı olup; HHA eksen baskılanması olan 23 hastanın 12'si erkek; 11'i kızdı, cinsiyet açısından anlamlı fark yoktu (p=0,890). HHA eksen baskılı hastalara başlanan fizyolojik hidrokortizon replasman dozu 6,2-10 mg/m^2/gün, ortalama 8,4±1,07 mg/m^2/gün HHA baskılı 23 hastanın 15'inde baskılanmış HHA eksen düzeldi. Eksenin düzelme süresi 9 hafta ile 56 hafta arasında, ortalama 25,0±14,5 hafta olarak saptandı.

41 hastanın 2'si (bir hasta dermatomiyozit (toplamda 3 kez olacak şekilde gün aşırı 1 gram metilprednizolon pulse tedavisi), bir hasta optik nörit (toplamda 4 kez olacak şekilde gün aşırı 1000 mg metilprednizolon pulse tedavisi)) pulse steroid tedavi verilmişti. Yüksek dozda steroid uygulanmasına rağmen bu hastaların ikisinde de HHA eksen baskılanması görülmedi.

Değişkenler	HHA Eksen Baskılı (n=23)	HHA Eksen Normal (n=18)	P
Yaş (yıl)	12,8 ± 2,90	15,0 ± 3,80	0,545 [a]
Tanı yaşı (yıl)	11,5 ± 3,70	13,9 ± 5,10	0,833 [a]
Vücut ağırlığı (SDS)	-0,93 ± 1,79	-1,18 ± 0,88	0,198 [a]
Boy (SDS)	-1,07 ± 1,66	-0,33 ± 1,67	0,806 [a]
Vücut kitle indeksi (SDS)	-0,53 ± 1,41	-1,31 ± 1,62	0,500 [a]
Büyüme hızı (cm/yıl)	6,21 ± 4,80	3,50 ± 4,00	0,390 [a]
Toplam tedavi süresi (ay)	**4,50 (6,00)**	**2,75 (1,25)**	**0,010 [b] ***
Kümülatif doz (gr/m^2 hidrokortizon)	8,81 (6,22)	7,71 (7,94)	0,937 [b]
Kademeli azaltma süresi (gün)	52,0 ± 24,0	55,0 ± 11,3	0,135 [a]

•TABLO-1: **HHA Eksen Baskılanmış ve Baskılanmamış Grupların Klinik Özelliklerinin Karşılaştırılması**

Eksenin baskılı olduğu ve olmadığı hastalarda toplam tedavi süresi karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark (p=0,010). HHA eksen baskılı grubun eksen düzelme öncesi ve sonrası karşılaştırıldığında yaş, cinsiyet, antropometrik bulgular, tedavinin toplam kümülatif dozu, kademeli azaltma süresi, fizyolojik replasman dozu ve hatta bazal ACTH ve kortizol düzeyleri aasında anlamlı fark saptanmazken; uyarılmış kortizol düzeyleri ve delta-kortizol düzeyleri sürecin öncesi ve sonrasında karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Değişken	Aks baskılıyken	Aks düzeldiğinde	p
Vücut ağırlığı SDS	-0,75 ± 1,92	-0,84 ± 1,58	0,177 [a]
Boy SDS	-1,15 ± 1,57	-0,95 ± 1,48	0,271 [a]
Vücut kitle indeksi SDS	-0,53 ± 1,59	-0,14 ± 1,21	0,178 [a]
Bazal kortizol (ug/ml)	11,3 ± 3,3	11,8 ± 4,6	0,858 [a]
Uyarılmış kortizol (ug/ml)	**12,7 ± 2,8**	**17 ± 2,6**	**0,004 [a] ***
Delta-kortizol	**1,37 ± 2,7**	**5,1 ± 3,7**	**0,001 [a] ***
ACTH (pg/ml)	27,5 (23,6)	20,8 (19,8)	0,369 [b]

TABLO-2: **HHA Eksen Baskılanması Olan ve İzlemde Düzelen Hastaların Baskılanma Tespit Edildiğinde ve Düzeldiğindeki Antropometrik Bulguları ve Hormon Düzeylerinin Karşılaştırılması**

TARTIŞMA:

Silvia ve ark. Yaptığı ALL tanısı ile tedavi alan 64 hastanın 52'sinde (%81,5) glukokortikoid ilişkili adrenal yetmezlik saptanmış;52 hastanın 32'si prednizolon ile 20'si deksametazon ile tedavi edilmiş. 52 hastanın 12'sinde (%23) HHA eksen baskılı; bu 12 hastanın 4'ü 4 hafta, 3'ü 8 hafta ve 5'i 10 hafta sonra HHA eksende düzelme saptanmış. Çalışmamızda ise 41 hastanın 23'ünde (%56) HHA eksen baskılanmış olduğu saptanıp; izlemde 23 hastanın 15'inde (%65) baskılanmış adrenal aks düzeldi. Ekseni düzelen 15 hastada düzelme 4'nde 12 haftadan önce, 4'ünde 12-24 hafta arası, 4'ünde 24-36 hafta arası, 3'ünde 36 haftadan daha uzun sürede düzelme izlendi.

Vurallı ve ark. yaptığı 46 olguyu içeren çalışmada olguların ortalama glukokortikoid kullanma süreleri 26 gün, ortalama hidrokortizon eşdeğeri dozları 235 mg/m2/gün olarak saptamış. Bu çalışmada kısa süreli parenteral glukokortikoid tedavileri yüksek dozlara rağmen hiçbir olguda adrenal supresyona yol açmadığı ve intravenöz bolus uygulamalarının güvenilir olduğu vurgulanırken; çalışmamızda ortalama tedavi süresi 1 ay ile 64 ay arasında değişmekte olup HHA eksenine etki edecek en önemli faktör tedavi süresi bulundu.

Vestergaard ve ark. GK kullanımına bağlı HHA eksen değerlendirmesi ile ilgili yaptığı bir diğer çalışmada ise 96 hastanın 64'ünde (%67) eksen baskılı saptanıp adrenal yetmezlik saptanan hastaların ortalama eksen düzelme süresi 8,5 ay (6,3-10,7 ay) saptanmış. Bizim çalışmamızda benzer sonuçlar elde edildi. Vestergaard ve ark. HHA eksen düzelmesinin uzun sürmesini glukokortikoid tedavisinin tamamen kesilmesinden sonra çocuklara idame hidrokortizon replasman tedavisi verilmesi ile ilişkilendirilmiş. İnhaler düşük doz glukokortikoid tedavisi alan astımlı çocukların bile adrenal yetmezlik geliştirebildiği gözlenirken, fizyolojik dozda da olsa eksojen glukokortikoidlerin eksenin yeniden uyarılmasını geciktirebileceği düşünülebilir; fakat stres durumlarında adrenal kriz ile karşılaşılabileceğinden replasman tedavi hayat kurtarıcıdır.

- Çalışmamızda HHA eksen baskılıyken ve düzelme sonrası karşılaştırılan bazal ACTH ve kortizol düzeyleri farklılık izlenmemekte olup; uyarılmış kortizol ve delta-kortizol düzeyleri istatiksel olarak anlamlı saptandı.
- HHA ekseni baskılanması olan hastalarda çoğunlukla klinik bulgu olmayıp, stres durumlarında ortaya çıkabilecek olan "yetersiz kortizol yanıtını" öngörebilmek için uyarılmış kortizol düzeyi daha değerlidir
- Yetersiz uyarılmış kortizol düzeyi ve bazale göre delta-kortizoldeki yetersiz artış stres durumlarındaki risk ile ilişkilidir

SONUÇ:

- Adrenal yetmezlik, kortikosteroid kullanımının ciddi, potansiyel ve yaşamı tehdit eden bir yan etkisidir.
- Hha eksen düzelene kadar travma, cerrahi veya akut hastalık gibi stres dönemlerinde kortikosteroidlerin uzun süreli kullanımından sonra glukokortikoid replasman tedavisine ihtiyaç duyabilirler.
- Sonuç olarak, bu çalışma kortikosteroid tedavisi kullanan tüm hastalarda adrenal yetmezlik riski altında olduğunu göstermektedir.

Anahtar Kelimeler: Hipotalamo-hipofizer-adrenal eksen, kortikosteroid, adrenal yetmezlik

Kaynakça:

- 1-S. Einaudi et al., "Adrenal Axis Function After High-Dose Steroid Therapy for Childhood Acute Lymphoblastic Leukemia," no. July 2007, pp. 537–541, 2008, doi: 10.1002/pbc.
- 2- D. VURALLI and A. ALİKAŞİFOĞLU, "İntravenöz yolla yüksek dozda ve orta-uzun süreli verilen deksametazon ve metilprednizolon tedavilerinin hipotalamus-hipofiz-adrenal (HHA) aksa etkisi," Turkish J. Pediatr. Dis., pp. 1–6, 2020, doi: 10.12956/tchd.644700
- 3- T. R. Vestergaard et al., "Duration of adrenal insufficiency during treatment for childhood acute lymphoblastic Leukemia," J. Pediatr. Hematol. Oncol., vol. 33, no. 6, pp. 442–449, 2011, doi: 10.1097/MPH.0b013e3182260cbe.

SS81

TOPLUM KÖKENLİ PNÖMONİ TANISIYLA HASTANEYE YATIRILAN ÇOCUK HASTALARIN DEMOGRAFİK, KLİNİK VE RADYOLOJİK ÖZELLİKLERİ: YÜKSEK AKIŞLI NAZAL KANÜL OKSİJEN TEDAVİSİNİN ETKİSİ

Hicran ALTIN, Zeynep Aylin KURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Sağlığı Hastalıkları Kliniği

Anahtar Kelimeler: Toplum kökenli pnömoni, Yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi, Çocuk

Giriş

Toplum kökenli pnömoni (TKP), semptomların başlangıcından en az on dört gün önce hastanede yatış öyküsü olmayan sağlıklı bireylerde gelişen bir pnömoni türüdür. 2019 yılında dünya genelinde 740.180 çocuğun ölümüne yol açmış olup, beş yaş altı çocuk ölümlerinin %14'ünü oluşturmuştur. TKP ile ilişkili risk faktörleri arasında düşük doğum ağırlığı, prematüre doğum, yetersiz beslenme, eksik aşılanma ve düşük sosyoekonomik düzey öne çıkmaktadır. Düşük ve orta gelirli ülkelerde, yüksek gelirli ülkelere kıyasla daha yüksek morbidite ve mortalite oranları görülmekte; dünya genelinde ağır TKP vakalarının %90'ından fazlası bu ülkelerde rapor edilmektedir. Klinik olarak TKP; ateş, öksürük ve alt solunum yolu belirtileri ile tanımlanmakta olup, enfeksiyon hastane dışı bir ortamda edinilmektedir. Çocuklarda en yaygın TKP etkenleri, hem yüksek gelirli hem de düşük ve orta gelirli ülkelerde *Respiratuvar Sinsityal Virüsü (RSV), rinovirüs* ve *insan metapnömovirüsüdür*. En yaygın bakteriyel etken ise Streptococcus pneumoniae olarak bildirilmektedir. Oksijen tedavisi, TKP nedeniyle hastaneye yatırılan çocuklarda kritik bir tedavi yöntemidir. Hipoksisi olan çocuklarda oksijen satürasyonunu %92'nin üzerinde tutmak, hayati önem taşımaktadır. Tedavi genellikle burun kanülü, yüz maskesi veya yüksek akışlı oksijen cihazları kullanılarak uygulanmaktadır. Yüksek akışlı nazal kanül oksijen tedavisi (YANKOT), pediatrik solunum hastalıklarını tedavi etmek için yaygın olarak kullanılan bir solunum destek yöntemidir. Tarihsel olarak viral bronşiyolit için kullanılmış olsa da, bu yöntemin kullanımı diğer tanı gruplarına da yayılmaktadır. Oksijen tedavisi, akciğerlerin işlevini iyileştirerek solunum sıkıntısını azaltır ve pnömoni kaynaklı komplikasyonların önlenmesine yardımcı olur. Bu çalışmada, TKP tanısıyla hastaneye yatırılarak tedavi edilen çocuk hastaların demografik, klinik, laboratuvar ve radyolojik özelliklerinin yanı sıra YANKOT kullanımı ve yoğun bakım yatışlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem

Bu çalışmada, 1 Mart 2017 - 31 Aralık 2018 tarihleri arasında SBÜ Antalya Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde toplum kökenli pnömoni tanısıyla yatan 1 ay ile 18 yaş arasındaki 292 çocuğa ait veriler retrospektif olarak incelenmiştir. Veriler hasta dosyalarından elde edilerek analiz edilmiştir. Çalışmadan dışlama kriterleri şu şekilde belirlenmiştir: 1 ay ile 18 yaş aralığındaki hastalar çalışmaya dahil edilirken, hastane kaynaklı pnömoni tanısı alanlar ve son 14 gün içerisinde hastanede yatışı olanlar çalışma dışı bırakılmıştır. Sistemde eksik kayıtları olan hastalar da çalışmaya alınmamıştır. Hastalar, Türk Toraks Derneği'nin 2009 yılında yayınladığı kılavuz ölçütlerine göre değerlendirilmiştir.

Bulgular

Çalışmaya toplam 292 hasta dahil edilmiştir; bunların 125'i (%42,8) kız, 167'si (%57,2) erkektir. Yaş gruplarına göre dağılımda, hastaların %7,2'si 1-3 ay arasında, %57,5'i 3 ay-5 yaş aralığında, ve %35,3'ü ise 5 yaşın üzerindedir. YANKOT kullanmayan hastaların %5,5'i ve kullanan hastaların %12,2'si 1-3 ay aralığında yer almaktadır. YANKOT kullanmayan hastaların %51,4'ü ve kullanan hastaların %75,7'si 3 ay-5 yaş aralığında, YANKOT kullanmayan hastaların %43,1'i ve kullanan hastaların %12,2'si ise 5 yaş ve üzeri yaş grubundadır. Bu farklılıklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmuş olup ($p<0,001$), yapılan ileri analizlerde tüm yaş gruplarının bu farka katkı sağladığı görülmüştür.

Cinsiyet analizinde, YANKOT kullanmayan hastaların %52,3'ünün ve kullanan hastaların %71,6'sının erkek olduğu saptanmış ve bu farkın istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir ($p=0,004$). Anne sütü alma süresi ile YANKOT kullanımı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmuştur. İleri analizlerde, farkın 0-6 ay ve 24 ay ve üzeri anne sütü alan hastalardan kaynaklandığı anlaşılmıştır. YANKOT kullanan hastalarda 0-6 ay anne sütü alma oranı (%30,7'ye karşı %47,3) anlamlı düzeyde daha yüksek bulunurken, 24 ay ve üzeri anne sütü alma oranı (%12,8'e karşı %4,1) anlamlı düzeyde daha düşük tespit edilmiştir ($p=0,014$). Bunun yanı sıra, YANKOT kullanan hastaların, kullanmayan hastalara kıyasla genel olarak daha düşük oranlarda anne sütü aldığı saptanmıştır. Ortanca yatış süresi, YANKOT kullanan hastalarda 9 (6-16) gün, kullanmayan hastalarda ise 4 (3-6) gün olup, bu fark da istatistiksel olarak anlamlıdır ($p<0,001$). Diğer sosyodemografik değişkenler ile YANKOT kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir ($p>0,05$).

YANKOT kullanımı ile semptomlar arasındaki ilişki analiz edildiğinde, YANKOT kullanan hastalarda hırıltılı solunum, iştahsızlık ve nefes darlığı oranlarının, kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede yüksek olduğu görülmüştür (Tablo1).

Tablo 1 YANKOT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Başvuru Semptomlarının Karşılaştırılması

Değişkenler	**YANKOT Kullanmayanlar N=218 (%)**	**YANKOT Kullananlar N= 74 (%)**	***p***
Öksürük	210 (96,3)	71 (95,9)	0,999
Ateş	126 (57,8)	44 (59,5)	0,802
Hırıltılı solunum	109 (50)	60 (81,1)	**0,001***
Burun akıntısı	50 (22,9)	20 (27)	0,476
Kusma	34 (15,6)	14 (18,9)	0,628
İştahsızlık	24 (11)	16 (21,6)	**0,036***
Nefes darlığı	97 (44,5)	52 (70,3)	**0,001***
Göğüs ağrısı	14 (6,4)	3 (4,1)	0,642
Karın ağrısı	8 (3,7)	2 (2,7)	0,980
Halsizlik	27 (12,4)	16 (21,6)	0,081

Pearson Ki kare test, Yates düzeltmesi, Fischer's Exact test, *$p<0,05$ istatistiksel olarak anlamlı, N=sayı

YANKOT kullanımına göre eşlik eden komorbid hastalıklar analiz edildiğinde, nörolojik ve metabolik hastalıkların YANKOT kullanan hastalarda, kullanmayanlara kıyasla anlamlı derecede daha yüksek olduğu saptanmıştır (Tablo 2).

Tablo 2 YANKOT Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Komorbid Hastalıklarının Karşılaştırılması

Değişkenler	**YANKOT Kullanmayanlar N=218 (%)**	**YANKOT Kullananlar N= 74 (%)**	***p***
Astım	86 (39,4)	25 (33,8)	0,386
Nörolojik hastalık	13 (6)	16(21,6)	**0,001***
KKH	21 (9,6)	6 (8,1)	0,874
BPD	14 (6,4)	9 (12,2)	0,182
İmmün yetmezlik	2 (0,9)	1 (1,4)	0,999
Metabolik hastalık	4 (1,8)	4 (5,4)	0,225
Sendromlar	18 (8,3)	3 (4,1)	0,343

Pearson Ki kare testi, Yates düzeltmesi, Fisher's Exact test, p<0,05 istatistiksel olarak anlamlı, KKH=Konjenital Kalp Hastalığı, BPD= Bronkopulmoner Displazi, N=sayı.

YANKOT kullanan hastalarda, kullanmayanlara göre hemoglobin değerleri daha düşük, trombosit değerleri ise anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Tablo 3)

Tablo 3 Yankot Kullanan ve Kullanmayan Hastaların Laboratuvar Değerlerinin Karşılaştırılması

Değişkenler	**YANKOT Kullanmayanlar N=218 (%)**	**YANKOT Kullananlar N= 74 (%)**	***p***
WBC	11750(8800-15000)	11850(9600-16300)	0,467
ANS	6575 (4000-10850)	7340(3660-10900)	0,971
ALS	2730 (1870-4840)	3255 (1900-4970)	0,260
Hb	11,9 (11,1-13)	11,3 (10,2-12)	**0,001***
Trombosit	329.500 (276000-411000)	357500(281000-511000)	**0,031***
CRP	16,8 (5-50)	17,2 (5-64)	0,371
ESH	10 (3-22)	10 (3-24)	0,606

Mann Whitney U testi yapılmış, sonuçlar Medyan (IQR) ile gösterilmiştir. *p<0,05 istatistiksel olarak anlamı

Solunum viral panelde 225 hastada (%77,1) viral etken saptanmamış, 60 hastada (%20,5) viral etken tespit edilmiştir. Ayrıca, 7 hastada (%2,4) birden fazla viral etken bulunmuştur. Solunum viral panelde en sık görülen patojenler sırasıyla *Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV)* (%41,8), *rhinovirüs* (%19,4), *insan metapnömovirüs* (hMPV) (%13,4), *influenza* (%13,4), *bocavirüs* (%3,0), *adenovirüs* (%3,0), *parainfluenza* (%3,0), *RSV + rhinoenterovirüs* (%1,5), *rhinoenterovirüs + bocavirüs* (%1,5), *rhinoenterovirüs + adenovirüs* (%1,5) ve *parainfluenza + bocavirüs* (%1,5) olarak saptanmıştır.

Solunum viral panelinde etken pozitiflik oranı, YANKOT uygulanan hastalarda %40,5 iken, YANKOT uygulanmayan hastalarda %13,8 olarak tespit edilmiş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Viral etkenler arasında en sık rastlanan patojen, YANKOT alan hastalarda %51,5 ile *Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV)* olmuştur. YANKOT uygulanmayan grupta ise *RSV pozitifliği %32,4* olarak saptanmıştır. Ayrıca, *insan metapnömovirüsü (hMPV)* ve *rhinovirüs* de YANKOT grubunda daha yüksek oranlarda tespit edilmiş olup, bu farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır.

Çalışmamızda hastaların radyolojik bulguları değerlendirildiğinde, en sık görülen patoloji %65,4 oranıyla perihiler infiltrasyon olarak tespit edilmiştir. İnterstisyel infiltrasyon %41,8, lober konsolidasyon %37,7 ve atelektazi %41,4 oranında saptanmıştır. Multilober tutulum %11,6, round pnömoni %12,3 ve fissürit %19,5 oranında gözlemlenmiştir. Plevral efüzyon %6,2, pnömotosel %4,1, apse ise %0,3 oranında belirlenmiştir. Ayrıca, hastaların %24,3'ünde başvuru sırasında bilgisayarlı tomografi (BT) çekimi yapılmıştır."

Hastalarımızda YANKOT kullanımına bağlı nazal irritasyon dışında herhangi bir komplikasyon gözlemlenmemiştir.

Toplamda 28 hasta (%9,6) yoğun bakım ihtiyacı göstermiş olup, bu hastaların 12'si (%4,1) mekanik ventilatör desteği almıştır. Yoğun bakım ihtiyacı olan 28 hastanın %42,9'unda mekanik ventilatör kullanımı gerekli olmuştur (Tablo 4).

Tablo 4 Yoğun bakım ve Mekanik Ventilatör İhtiyacının Değerlendirimesi

Değişkenler	**N**	**%**
Yoğun bakıma yatanlar	28	**9,6**
Yoğun bakıma yatmayanlar	264	90,4
Mekanik ventilatöre tedavisi alanlar	12	4,1
Mekanik ventilatöre tedavisi almayanlar	280	95,9
Yoğun bakımda yatan hastalarda mekanik ventilatör tedavisi alanlar	12	42,9
Yoğun bakımda yatan hastalarda mekanik ventilatör tedavisi almayanlar	16	57,1

Tartışma

Dünya genelinde pnömoni, özellikle gelişmekte olan ülkelerde çocuk ölümleri ve hastalıklarının en önemli nedenlerinden biri olarak öne çıkmaktadır. Erkek cinsiyetinin, akciğer fonksiyonlarındaki farklılıklar ve havayollarının daha dar olması nedeniyle solunum yolu enfeksiyonlarına yatkınlığının daha fazla olduğu literatürde belirtilmektedir. Çalışmamızda da bu durumun yansıması gözlenmiş olup, hastalarımızın %57,2'si erkek, %42,8'i kızdır. Erkek hastaların daha yüksek oranı, literatürde bildirilen erkek cinsiyetin solunum yolu enfeksiyonlarına karşı daha savunmasız olduğu bulgularıyla uyumludur.

Garcia-Marcos ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, anne sütü ile en az 3 ay beslenmenin, hem Latin Amerika hem de Avrupa'da pnömoniye karşı güçlü bir koruyucu faktör olduğu belirlenmiştir. Latin Amerika'da anne sütü alan bebeklerde pnömoni gelişme riski %28 oranında daha düşük bulunurken, Avrupa'da bu risk %39 oranında azalmıştır. Çalışmamız da ise YANKOT uygulanan hastaların, uygulanmayan hastalara göre daha az anne sütü aldığı tespit edildi ve bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur.

Rogerson ve arkadaşlarının çalışmasında, bronşiolit, astım ve pnömoni gibi pediatrik solunum yolu hastalıklarında Yüksek Akımlı Nazal Kanül Oksijen Tedavisi'nin (YANKOT) sıklıkla kullanıldığı ve bu tedavi yönteminin klinik iyileşmeye önemli katkılar sağladığı vurgulanmıştır. Özellikle YANKOT'un bronşiolit ve pnömoni gibi akut solunum yolu hastalıklarında mekanik ventilasyon ihtiyacını azalttığı ve solunum desteği açısından alternatif bir yöntem olarak değerlendirildiği belirtilmiştir. Bu bulgular, çalışmamızda da gözlemlenmiş olup, YANKOT'un pediatrik hasta gruplarında güvenli ve etkili bir solunum desteği yöntemi olduğunu göstermektedir. Ayrıca, çalışmamızda YANKOT kullanan hastalarda hırıltılı solunum ve nefes darlığı semptomlarının istatistiksel olarak daha sık görüldüğü tespit edilmiştir. Bu durum, YANKOT'un solunum sistemi üzerindeki yükü hafiflettiğini ve ciddi solunum semptomlarının yönetiminde yardımcı olabileceğini göstermektedir.

Konya'da yapılan bir çalışmada, olguların %26,6'sında en sık görülen patojen Respiratuvar Sinsityal Virüs (RSV) olarak belirlenmiş, rhinovirüs ise ikinci sıklıkta tespit edilmiştir. Bizim çalışmamızda da benzer şekilde, en sık rastlanan patojen %41,8 ile RSV olmuş, bunu %19,4 ile rhinovirüs ve %13,4 ile insan metapnömovirüsü (hMPV) takip etmiştir. YANKOT uygulanan hastalarda RSV pozitifliği %51,5 olarak saptanırken, YANKOT uygulanmayan grupta bu oran %32,4'tür. Ayrıca, hMPV ve rhinovirüs de YANKOT kullanan grupta daha yüksek oranlarda tespit edilmiş, ancak farklar istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. Bu bulgular, literatürdeki verilerle genel olarak uyumludur.

Tünger ve arkadaşlarının çalışmasında en sık saptanan akciğer grafisi bulgusu interstisyel veya peribronşial infiltrasyon iken, ikinci sıklıkta lober konsolidasyon tespit edilmiştir. Çalışmamızda ise en sık görülen bulgu %65,4 oranıyla perihiler infiltrasyon olmuş, bunu %41,8 ile interstisyel infiltrasyon ve %37,7 ile lober konsolidasyon takip etmiştir. Atelektazi, fissürit, round pnömoni ve multilober tutulum gibi diğer bulgular da çalışmamızda belirlenmiştir. Genel olarak, bulgularımız literatürle uyumlu olup, interstisyel ve lober tutulum oranları açısından benzerlik göstermektedir.

Ballestero ve arkadaşlarının yaptığı pilot çalışmada, YANKOT'un astım atakları sırasında çocuk hastalarda hızlı rahatlama sağladığı ve bu hasta grubunda acil serviste etkili bir tedavi seçeneği olarak değerlendirilebileceği vurgulanmıştır. Benzer şekilde, çalışmamızda da YANKOT'un pnömoni ve astım tanılı hastalarda yaygın olarak kullanıldığı ve olumlu sonuçlar elde edildiği gözlemlenmiştir. Özellikle, YANKOT uygulanan TKP'li hastalarımızın %38'inde astım tanısı bulunmakta olup, bu tedavi yönteminin pediatrik astım hastalarında klinik olarak önemli bir destek sağladığı görülmüştür. Ballestero ve arkadaşlarının bulgularına paralel olarak, çalışmamız da YANKOT'un astım gibi solunum yolu hastalıklarında solunum fonksiyonlarını iyileştirdiğini ve mekanik ventilasyon ihtiyacını azalttığını doğrulamaktadır. Bu sonuçlar, YANKOT'un pediatrik hasta gruplarında güvenilir ve etkili bir tedavi yöntemi olduğunu bir kez daha desteklemektedir.

Kwon JW'nin yaptığı klinik derlemede, YANKOT'un çocuklarda solunum desteği sağlamada etkili ve güvenilir bir yöntem olduğu belirtilmiştir. Çalışmada, YANKOT'un solunum fonksiyonlarını iyileştirdiği ve solunum komplikasyonlarını azalttığı vurgulanmış, ancak bazı komplikasyonlar da belirtilmiştir. Bu komplikasyonlar arasında nazal iritasyon, abdominal distansiyon, hava kaçağı sendromu ve hiperkapni riski yer almaktadır. Her ne kadar bu komplikasyonlar nadir görülse de, tedavi sırasında dikkat edilmesi gereken unsurlar olarak öne çıkmaktadır. Çalışmamızda, YANKOT kullanan hastalarımızda nazal iritasyon dışında herhangi bir komplikasyon gözlemlenmemiştir. Bu durum, YANKOT'un genel olarak güvenli bir tedavi seçeneği olduğunu göstermektedir. Kwon'un derlemesinde belirtilen nadir komplikasyonlara rağmen, YANKOT'un etkinliği ve güvenilirliği pediatrik hasta gruplarında yaygın kullanımını desteklemektedir.

Çalışmamızın bulguları literatürle uyumlu olup, klinik gözlemlerimizle de örtüşmektedir.

Rogers ve arkadaşlarının çalışmasında, YANKOT kullanımının 2010-2018 yılları arasında %284 oranında arttığı ve 2018 yılında pediatrik solunum yolu hastalıkları vakalarının %3,15'inde YANKOT kullanıldığı rapor edilmiştir. Aynı çalışma, bu oranın 2030 yılına kadar %4,7'ye ulaşacağını öngörmektedir. Çalışmamızda ise 292 kişilik örneklem grubunun %25,3'ünde YANKOT kullanıldığı saptanmıştır. Özellikle astım, bronkopulmoner displazi (BPD) ve nörolojik hastalıkları olan çocuklarda YANKOT'un daha sık tercih edildiği belirlenmiştir. Bu bulgular, YANKOT'un pediatrik solunum yolu hastalıklarının yönetiminde giderek artan bir önem kazandığını ve global düzeyde yaygın bir tedavi yöntemi haline geldiğini göstermektedir. Çalışmamız, bu tedavi yönteminin pediatrik hasta gruplarında solunum desteği sağlamada kritik bir rol oynadığını desteklemektedir.

Ni ve arkadaşlarının sistematik inceleme ve meta-analiz çalışmasında, 3.881 hastayı kapsayan 18 çalışma değerlendirilmiş ve YANKOT'un konvansiyonel oksijen tedavisine kıyasla entübasyon oranlarını anlamlı ölçüde azalttığı belirlenmiştir. Ancak, YANKOT ve non-invaziv pozitif basınçlı ventilasyon (NIPPV) arasında entübasyon oranları açısından anlamlı bir fark saptanmamıştır. Çalışmamızda da benzer şekilde, hastaların %9,6'sının yoğun bakım ihtiyacı olduğu, bu hastaların %42,9'unun mekanik ventilatöre ihtiyaç duyduğu görülmüştür. Yoğun bakım ihtiyacı olmayan hastaların %95,9'unda mekanik ventilatör gereksinimi bulunmamaktadır. Hem Ni ve arkadaşlarının çalışması hem de bizim çalışmamız, YANKOT'un konvansiyonel oksijen tedavisine göre daha düşük entübasyon oranlarıyla ilişkili olduğunu göstermektedir.

Çalışmamızın retrospektif doğası gereği, veriler hasta dosyalarından elde edilmiştir; bu nedenle eksik ya da hatalı kayıtların olma olasılığı göz ardı edilmemelidir. Çalışmanın tek merkezde gerçekleştirilmiş olması, elde edilen sonuçların genelleştirilebilirliğini sınırlamaktadır. Gelecekte yapılacak prospektif ve çok merkezli çalışmalar, nedensel ilişkileri daha ayrıntılı incelemeye ve bulguların genelleştirilebilirliğini artırmaya katkı sağlayacaktır.

Sonuç

Yüksek Akımlı Nazal Kanül Oksijen Tedavisi'nin (YANKOT), pediatrik solunum yolu hastalıklarının yönetiminde etkili ve güvenli bir yöntem olduğu, mekanik ventilasyon ve entübasyon oranlarını azalttığı görülmüştür. Erkek çocukların solunum yolu enfeksiyonlarına daha yatkın olduğu literatürle uyumlu olarak saptanmış, astım ve pnömoni vakalarında YANKOT'un klinik iyileşmeyi hızlandırdığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda YANKOT'un komplikasyonlarının nadir olması, bu tedavi yönteminin pediatrik hasta gruplarında güvenle kullanılabileceğini desteklemektedir.

Kaynaklar

1. Chee E, Huang K, Haggie S, Britton PN. Systematic review of clinical practice guidelines on the management of community acquired pneumonia in children. Paediatr Respir Rev. 2022;42:59-68.
2. Leung AKC, Wong AHC, Hon KL. Community-Acquired Pneumonia in Children. Recent Pat Inflamm Allergy Drug Discov. 2018;12(2):136-144.
3. Meyer Sauteur PM. Childhood community-acquired pneumonia. Eur J Pediatr. 2024 Mar;183(3):1129-1136.
4. UNICEF. Pneumonia. Erişim adresi: https://data.unicef.org/topic/childhealth/pneumonia. [Internet]. [a.yer 13 Kasım 2022]. Erişim adresi: https://data.unicef.org/topic/child-health/pneumonia/
5. Banstola A. The epidemiology of hospitalization for pneumonia in children under five in the rural western region of Nepal. a descriptive study PLoS One. 2013;8(e71311).

6. Kwon JW. High-flow nasal cannula oxygen therapy in children: a clinical review. Clin Exp Pediatr. 2020;63(1):3-7.
7. Ballestero Y, De Pedro J, Portillo N, Martinez-Mugica O, Arana-Arri E, Benito J. Pilot Clinical Trial of High-Flow Oxygen Therapy in Children with Asthma in the Emergency Service. J Pediatr. 2018;194:204-210.e3.
8. M Rogerson C, E Carroll A, Tu W, He T, K Schleyer T, M Rowan C, H Owora A, A Mendonca E. Frequency and Correlates of Pediatric High-Flow Nasal Cannula Use for Bronchiolitis, Asthma, and Pneumonia. Respir Care. 2022 Aug;67(8):976-984.
9. Ni YN, Luo J, Yu H, Liu D, Ni Z, Cheng J, Liang BM, Liang ZA. Can High-flow Nasal Cannula Reduce the Rate of Endotracheal Intubation in Adult Patients With Acute Respiratory Failure Compared With Conventional Oxygen Therapy and Noninvasive Positive Pressure Ventilation?: A Systematic Review and Meta-analysis. Chest. 2017;151(4):764-775.
10. Garcia-Marcos L, Mallol J, Solé D, Brand PL, Martinez-Torres A, Sanchez-Solis M; EISL Study Group. Pneumonia and wheezing in the first year: An international perspective. Pediatr Pulmonol. 2015 ;50(12):1277-85.
11. Juvén T, Ruuskanen O, Mertsola J. Symptoms and signs of community-acquired pneumonia in children. Scand J Prim Health Care. 2003;21:52-6.
12. Tünger Ö. Streptococcus pneumoniae infeksiyonlarının Patogenezi. Türk Mikrobiyol Cem Derg. 2000;30:49-55.
13. Milési C, Boubal M, Jacquot A, Baleine J, Durand S, Odena MP, Cambonie G. High-flow nasal cannula: recommendations for daily practice in pediatrics. Ann Intensive Care. 2014;4:29
14. Kawaguchi A, Yasui Y, deCaen A, Garros D. The Clinical Impact of Heated Humidified High-Flow Nasal Cannula on Pediatric Respiratory Distress. Pediatr Crit Care Med. 2017;18(2):112-119.

SS82

AKUT BÖBREK YETMEZLİĞİ TANISI İLE HOSPİTALİZE EDİLEREK İZLENEN ÇOCUK HASTALARIN UZUN DÖNEM İZLEMDE ETYOLOJİ VE PROGNOZU: TEK MERKEZ DENEYİMİ

Fatma UZUN[1], Aslıhan KARA[1], Esra GENÇ[1], Metin Kaya GÜRGÖZE[1]

[1]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji Bilim Dalı
[2]Fırat Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Nefroloji ve romatoloji Bilim Dalı

Anahtar kelimeler: Akut, Böbrek, Yetmezlik, Çocuk, Prognoz

1-Giriş

Akut böbrek Hasarı (ABH) Glomerüler filtrasyon hızında (GFR) ani düşüş olarak tanımlanan kan üre ve kreatinin gibi nitrojenli atıkların birikimine yol açan, tüm yaş grubundaki çocukları etkileyen yaygın bir sorundur. Böbreğin sıvı-elektrolit ve asit-baz homeostazını idame etme yeteneğinin saatler ve günler içinde ani bozulması ile karakterize bir klinik sendromdur. Yetersiz renal perfüzyon, arteryal veya venöz obstrüksiyon, renal hücre hasarı veya idrar akımının akut obstrüksiyonu sonucu oluşan ani renal fonksiyon kaybı olarak da tanımlanmaktadır.

ABH, gelişmiş ülkelerde kritik derecede hasta olan çocukların yaklaşık %27' sinde ve kritik derecede hasta olmayan hastaneye kaldırılan çocukların en az %5' inde görülen yaygın bir pediatrik sorundur (1, 2). Dünya çapında, hastane yatışlarının %21'inin ABH'den etkilendiği tahmin edilmektedir (3). ABH, ciddi hastalıkların basit bir seyircisi olmaktan uzak, bağımsız olarak artan morbidite ve mortalite ile ilişkilidir (1,4,5). Tek bir ABH atağı bile çocukluk çağında böbrek sekelleri ve kronik böbrek hastalığı (KBH) riskinin artmasıyla ilişkilidir (6,7, 8).

Akut böbrek yetmezliği (ABH) için ilk uluslararası tanım 2004 yılında RIFLE sınıflandırmasıyla uygulandı ve kısa süre sonra bunu AKIN sınıflandırması izledi. O zamandan beri ABH tanımları çocukları da kapsayacak şekilde iyileştirildi ve değiştirildi. RIFLE ve AKIN kriterlerinden sonra KDIGO sınıflandırması şu anda en yaygın kullanılan ABH tanımı olup çocuklara ve kronik böbrek hastalığı (KBH) olan hastalara uygulanabilir niteliktedir (tablo.1) (9). ABH artık glomerüler filtrasyon hızında (GFR) ani bir değişiklik olarak tanımlanıyor ve serum kreatinininde (SCr) 7 güne kadar bir artış veya 6 ila 24 saat içinde idrar çıkışında bir azalma olarak tanımlanmaktadır. Geçici ABH atakları (<48 saat), kalıcı olanlara (2-7 gün) göre daha iyi prognozla sonuçlanmaktadır.

Serum kreatinini, ABH'nin sabit olmayan durumunda net olmayan bir filtrasyon biyobelirtecidir. Birçok böbrek dışı belirleyici tarafından etkilenir (azalmış kas kütlesi, tübüler sekresyonun farmakolojik inhibisyonu) ve yalnızca nefronların önemli bir kısmı etkilendikten sonra artar (10).

Sistatin C, yaştan, kas kütlesinden veya tübüler sekresyondan etkilenmeyen daha güvenilir bir işlevsel biyobelirteçtir. GFR'yi tahmin etmek için tek başına kreatininle eşdeğer veya ondan daha üstün olsa da, akut hastalık sırasında GFR'deki dinamik değişiklikler nedeniyle ABH tanısında sistatin C'nin rolü tam olarak tanımlanmamıştır.

Stage	Serum creatinine	Urine output
1	1.5–1.9 times baseline or ≥0.3 mg/dl (≥26.5 µmol/L) increase	<0.5 ml/kg/h for 6–12 h
2	2.0–2.9 times baseline	<0.5 ml/kg/h for ≥12 h
3	≥3 times baseline or ≥4 mg/dl (≥353.6 µmol/L) increase or initiation of RRT or in patients <18 y, a decrease in eGFR <35 ml/min/1.73m^2	<0.3 ml/kg/h for ≥24 h or Anuria ≥12 h

Tablo 1. ABH'nin KDIGO evrelemesi

Etyoloji

ABH etyolojileri, ilgili anatomik lokasyona göre sınıflandırılabilir. Pre-renal (fonksiyonel) ABH, en sık hipovolemi veya azalmış kardiyak debi nedeniyle azalan renal perfüzyonun bir sonucudur. Renal ABH, renal parankime yapısal hasarı belirtir ve en sık uzun süreli hipoperfüzyon, sepsis, nefrotoksinler veya şiddetli primer böbrek hastalıklarından kaynaklanır. Post-renal (obstrüktif) ABH, idrar yolunda konjenital veya edinilmiş anatomik tıkanıklıktan kaynaklanır (Tablo.2). Post-renal ABH genellikle klinik öykü veya görüntüleme çalışmalarına dayanarak dışlanabilse de, prerenal ve renal ABH arasında ayrım yapmak zor olabilir. Bu ayrım, yönetimi büyük ölçüde etkilediği için çok önemlidir. İyi öykü ve fizik muayene esastır, ancak hastanede yatan veya karmaşık hastalarda nadiren yeterlidir.

Yeni yapısal biyobelirteçler bu ayrımı büyük ölçüde kolaylaştırmış olsa da, birçok sınırlamaya rağmen, diğer idrar analizleriyle geleneksel yaklaşım hala prerenal ve renal ABH 'yi ayırt etmek için kullanılmaktadır. Yeni başlayan proteinüri veya hematüri renal böbrek hasarı veya iltihabını düşündürür. Ancak idrar tahlilinin normal olduğu ve nadiren lökosit veya eozinofillerin hakim olduğu akut interstisyel nefrit ile örneklendiği gibi renal ABH'yi dışlamaz. Sodyumun fraksiyonel atılımı (FENa) yaygın olarak kullanılabilir. Burada %1'den az bir FENa Prerenal ABH'yi ve %2'den fazla ise akut tübüler nekrozu gösterir. Ancak, FENa yorumlaması diüretikler, kontrast madde uygulaması veya önceden var olan böbrek hastalığı gibi farklı koşullar tarafından değişkenlik gösterir (11) (tablo.3).

PRERENAL	RENAL	POSTRENAL
Düşük intravasküler volüm • Kanama • Dehidratasyon • Üçüncü boşluğa kayıp	**Glomerüler** • Glomerülonefritler	**Üretral obstrüksiyon** • Posterior üretral valv • Üriner kateter obstrüksiyonu
Efektif dolaşan volümün azalması • Kardiyak disfonksiyon • Renal arter obstrüksiyonu • Sepsis	**Vasküler** • Hemolitik üremik sendrom • Vasküler hasar ○ Kortikal nekroz ○ İntrarenal ven trombozu ○ DİK ○ Trombotik hastalıklar ○ Malign hipertansiyon	**Soliter böbrek yollarının obstrüksiyonu** • Konjenital anomaliler • Kitle • Taş
Vasküler • Renal ven veya arter trombozu	**İnterstisiyel** • Akut interstisiyel nefrit • Enfeksiyon/piyelonefrit **Tübüler** • Akut tübüler nekroz • Tümör lizis sendromu	**Bilateral üreter obstrüksiyon** • Kitle • Taş

Tablo.2. ABH'nin etyolojik sınıflandırılması

	Prerenal	ATN (Renal)
FENa (%)	< %1, yenidoğanda < %2.5	> %2, yenidoğanda> %3.5
FEÜre (%)	< %35	> %50
RFI	< 1,	> 1,
İdrar Dansitesi	> 1020	<1010
İdrar ozmolalitesi	>500, yenidoğanda > 400	<500, yenidoğanda < 350
İdrar Na	<10, yenidoğanda < 20	> 30, yenidoğanda >40
BUN/Kreatinin	>20	<20

Tablo.3. Prerenal-Renal ABH ayrımı

3-Bulgular

Çalışmada 19 Kız, 31 Erkek (K/E:0,61) olmak üzere hospitalize edilen toplam 50 çocuk hasta çalışmaya dahil edildi. Etyolojiyi retrospektif olarak taradığımızda Prerenal Akut böbrek hasarı (kusma, ishal, ateş, ileus, özefajit) %80, renal akut böbrek hasarı %18 (en sık neden Hemolitik üremik sendromdu) ve postrenal akut böbrek hasarı %2 (en sık nefrolityazis) oranında saptandı.

Başvuru şikayetlerinde en sık görülen bulgular 26 hastada kusma, 13 hastada karın ağrısı, 10 hastada idrar miktarında azalma, dokuz hastada ishal mevcuttu. 24 hasta (%48) oligüri şikayetiyle başvururken, 26 hasta(%52) nonoligürikti. En sık görülen ilaç kullanım hikayesinde psödoefedrin, Nonsteroıd antiinflamatuar (NSAI), amoksisilin-klavunat, parasetamol grubu ilaçlar yer alıyordu.

Laboratuarda ilk başvuru anında en yüksek üre 230 mg/dl, kreatinin 11,69 mg/dl olarak saptanırken; sodyum maksimum 170 mEq/l potasyum 7,3 mEq/l olarak saptandı (tablo.4). Kan gazında PH minimum 7, 23, HCO3:6,8 mmol/l, Base:-6.8 mmol/l saptanırken en yüksek sedimantasyon 127 mm/h, CRP 221 mg/l saptandı.

	min	max	mean	St.deviasyon
Üre (mg/dl)	20,0	230,0	99,78	53,74
Kreatinin (mg/dl)	1,06	11,69	3,03	2,13
Ürik asit (mg/dl)	3,1	25,9	9,06	3,63
Sodyum (mEq/l)	114	170	135,96	7,79
Potasyum (meq/l)	2,4	7,3	4,35	0,85
Klor(mEq/l)	88	129	103,02	7,28
Kalsiyum(mg/dl)	7	10,4	8,76	0,78
Magnezyum (mg/dl)	1,1	3,4	2,31	0,35
Fosfor (mg/dl)	2,8	7,6	5,01	1,2

Tablo.4. Başvuru anındaki laboratuar değerleri

İdrar analizinde altı hastada proteinüri ve hematüri en sık görülen patolojik analiz bulguları iken proteinüri ve mikroskobik hematüri birlikteliği yedi hastada mevcuttu. Dokuz hastada bakılan spot idrarada bakılan protein/kreatinin oranı en yüksek 4,67 mg/dl olarak saptandı.

Eşlik eden hipertansiyon 44 (%88) hastada saptanmazken, 1 (%2) hastada evre1, 5 (%10) hastada evre 2 hipertansiyon saptandı.

Hastalar Hospitalize edildiği dönemde kreatinin maksimum 13,39 mg/dl' yi bulurken, en uzun 18 günde kreatinin düzeylerinde düşme olduğu saptanırken, en fazla tedavi süresinin 30 gün olduğu belirlendi (tablo.5). Göz problemleri hiçbir hastada rastlanmadı.

	min	max	mean	St.deviasyon
Kreatinin (mg/dl)	1,23	13,39	3,51	2,55
Kreatinin düşme süresi (gün)	2	18	6,44	3,69
GFR(ml/1.73 m2/dk)	3,6	55,6	26,32	15,4
Tedavi süresi (gün)	4	30	10,76	6,4

Tablo.5. İzlemde kreatinin, GFR düzeyi ve tedavi süreleri

Üç hastaya renal biyopsi yapılmıştı. Biyopsi bulgularında tübüler atrofi, fibrozis, tübülit, intertisyel infalamasyon şeklinde raporlanmıştı. Ultrasonografi bulgularında 19 (%38) hastada ekojenite artıştı saptanmazken, 16 hastada (%32) grade 1 ekojenite artışı, 15 hastada (%30) grade 2 ekojenite artışı saptandı. Tedavi yaklaşımı olarak 31 (%62) hastada sıvı-elektrolit desteği ile şifa sağlanırken, 3 (%6) hastaya steroıd desteği, 15 (%30) hastaya renal replasman desteği, 1 (%2) hastaya steroıd ve immunsupresif tedavi desteği sağlandığı görüldü.

Hastaların uzun dönem takipleri incelendiği zaman 1. yılın sonunda 30 hasta takibe gelmemişti, takibe gelen hastalardan bir hastanın idrarında prt/cr 1,62 non nefrotik düzeyde saptanırken, diğer hastaların idrar tetkiklerinde protein negatif olarak saptandı. Takipli hastalarda tansiyon yüksekliği yoktu. Ortalama kreatinin düzeyi 0,62 mg/dl (0,3-1,04 ± 0,18) olarak saptandı.

2.Yılın sonunda 36 hasta takibe gelmemişti, Takibe gelen hastalardan bakılan idrar tetkiklerinde protein negatif, ortama kreatinin düzeyi 0,6 mg/dl (min 0,37-0,84 mg/dl ± 0,13) ve tansiyon yüksekliğinin olmadığı saptandı.

5.Yılın sonunda 35 hasta takibe gelmemiş, takibe gelen hastalardan İdrara tetkiklerinde protein negatif, ortalama kreatinin 0,62 mg/dl (0,44-0,89 ± 0,23) ve hipertansiyon olmadığı saptandı.

10. Yılın sonunda şuanda iki hasta 10. yılını doldurmuş. Bakılan idrar tetkiklerinde protein negatif ve hipertansiyonlarının olmadığı saptanmıştır.

4-Sonuç ve öneriler

Mümkün olduğu ölçüde önleyici tedbirler herkese uygulanmalıdır. Ancak, zaman ve kaynaklar öncelikle ABH açısından yüksek risk altında olduğu belirlenen hastalara odaklanarak olumlu sonuçları optimize etmelidir. KDIGO kılavuzları, yüksek riskli hastalar için mümkünse nefrotoksik ajanların kesilmesini, yeterli hacim durumu ve perfüzyon basıncının sağlanmasını, fonksiyonel hemodinamik izlemenin düşünülmesini, kreatinin ve idrar çıkışının izlenmesini, hiperglisemiden kaçınılmasını ve radyokontrast kullanan görüntüleme çalışmalarına alternatif düşünülmesini gerektiğini önermektedir (9). Yüksek riskli hastalarda bu gruplanmış müdahalelerin sistematik olarak uygulanması şiddetli ABH'yi önemli ölçüde azaltabilir (12).

ABH, çocuklarda bile önemli morbidite ve mortalite ile ilişkili karmaşık ve yaygın bir klinik sendromdur. Çok faktörlü ve dinamik olan ABH özellikle küçük veya kritik derecede hasta çocuklarda uygun destekleyici önlemlerin sağlanması için kapsamlı bir değerlendirme ve yeterli izleme gerektirir. Spesifik farmakolojik müdahale olmadan, oluşumunu önlemek ve en kötü sonuçlarla ilişkili değiştirilebilir faktörleri yeterli şekilde yönetmek çok önemlidir. Yeni biyobelirteçler ve klinik alanlardaki son gelişmeler, öngörü yeteneğimizi büyük ölçüde iyileştirerek erken önleme için uygulanabilir fırsatlar sağlamıştır. ABH' de nefrotoksik maruziyetin azaltılması, ABH' nin önlenebileceğini göstermiştir. Akut böbrek yetmezliğinin erken tanı ve etkili tedavisi ile uzun dönemde kronik böbrek yetmezliğine gidişi azaltacağını düşünmekteyiz. Pediatrik ABH literatüründeki boşlukları doldurmak ve mevcut sınırları ileriye taşımak için yeni araştırmalara ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

1. Kaddourah A, Basu RK, Bagshaw SM, Goldstein SL. Epidemiology of acute kidney injury in critically ill children and young adults. N Engl J Med [Internet]. 2017;376:11–20. Available

at: http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMoa1611391.

2. McGregor TL, Jones DP, Wang L, et al. Acute kidney injury incidence in noncritically ill hospitalized children, adolescents, and young adults: a retrospective observational study. Am J Kidney Dis. 2016;67:384–90.

3. Lameire N, Van Biesen W, Vanholder R. Epidemiology of acute kidney injury in children worldwide, including developing countries. Pediatr Nephrol. 2017;32:1301–14.

4. Kwiatkowski DM, Sutherland SM. Acute kidney injury in pediatric patients. Best Pract Res Clin Anaesthesiol [Internet]. 2017;31:427–39. Available at:. https://doi.org/10.1016/j.bpa.2017.08.007.

5. Chawla LS, Bellomo R, Bihorac A, et al. Acute kidney disease and renal recovery: consensus report of the acute disease quality initiative (ADQI) 16 workgroup. Nat Rev Nephrol [Internet]. 2017;13: 241–57. Available at: https://doi.org/10.1038/nrneph.2017.2.

6. Mammen C, Al Abbas A, Skippen P, et al. Long-term risk of CKD in children surviving episodes of acute kidney injury in the intensive care unit: a prospective cohort study. Am J Kidney Dis

[Internet]. 2012;59:523–30. Available at:. https://doi.org/10.1053/ j.ajkd.2011.10.048.

7. Madsen NL, Goldstein SL, Frøslev T, Christiansen CF, Olsen M. Cardiac surgery in patients with congenital heart disease is associated with acute kidney injury and the risk of chronic kidney disease.

Kidney Int [Internet]. 2017;92:751–6. Available at:. https://doi.org/ 10.1016/j.kint.2017.02.021.

8. Menon S, Kirkendall ES, Nguyen H, Goldstein SL. Acute kidney injury associated with high nephrotoxic medication exposure leads to chronic kidney disease after 6 months. J Pediatr [Internet].

2014;165:522–7.e2. Available at:. https://doi.org/10.1016/j.jpeds. 2014.04.058.

9. Kidney Disease: Improving Global Outcome (KDIGO) Acute Kidney Injury Work Group. KDIGO clinical practice guidelines for acute kidney injury. Kidney Int Suppl [Internet]. 2012;2:138.

Available at: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/ S2157171615310406.

10. Desanti De Oliveira B, Xu K, Shen TH, et al. Molecular nephrology: types of acute tubular injury. Nat Rev Nephrol 2019; in press.

11. Perazella MA, Coca SG. Traditional urinary biomarkers in the assessment of hospital-acquired AKI. Clin J Am Soc Nephrol. 2012;7:167–74.

12. Göcze I, Jauch D, Götz M, et al. Biomarker-guided intervention to prevent acute kidney injury after major surgery. Ann Surg. 2018;267:1013–20.

SS90

BESİN PROTEİNİNE BAĞLI ALERJİK PROKTOKOLİT VE ENTEROKOLİTLİ ÇOCUKLARIN ÖZELLİKLERİ

CHARACTERISTICS OF CHILDREN WITH FOOD PROTEIN-İNDUCED ENTEROCOLITIS AND ALLERGIC PROCTOCOLITIS

İbrahim Cemal MASLAK

Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Alerji ve İmmünoloji Kliniği, Isparta, Türkiye
E-posta: icmaslak@gmail.com Telefon:05363170440
ORCID: 0000-0001-9708-5490

Yazışma Adresi / Correspondence Address:
İbrahim Cemal Maslak: Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları Bilim Dalı, Isparta, Türkiye
E-posta: icmaslak@gmail.com
Telefon: 05363170440

Özet

Giriş: Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPİES), projektil ve tekrarlayan kusmayı takiben ishal ile seyreden, bazen letarji, hipotoni, hipotermi, hipotansiyon ve metabolik bozuklukların eşlik ettiği IgE aracılı olmayan bir gıda alerjisidir. Besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPİAP), yaşamın ilk aylarında (<6 ay), genellikle sadece anne sütü ile beslenen bir bebekte mukuslu, bazen hem mukuslu hem kanlı dışkı ile prezente olan non-IgE aracılı bir besin alerjisidir.

Amaç: Çalışmamızda, BPİAP ve BPİES tanılı hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini ve tolerans durumlarını karşılaştırdık.

Yöntem: Çalışmaya Mayıs 2021-Mayıs 2024 tarihleri arasında çocuk alerji polikliniğinde BPİES ve BPİAS tanısı ile takip edilen hastalar dahil edildi.

Bulgular: BPİAP tanısı ile takip edilen hasta sayısı 42 (%75) iken BPİES tanılı hasta sayısı 14 (%25) idi. Semptom başlama yaşı (BPİAP; ortanca (ÇAU), 2 (1-3) ay, BPİES; ortanca (ÇAU), 6 (4-6,5) ay) ve tanı yaşı (BPİAP; ortanca (ÇAU), 3 (2.5-4) ay, BPİES; ortanca (ÇAU), 11 (9-13) ay), BPİES olgularında BPİAP olgularına göre anlamlı derecede yüksek saptandı (p<0.001, p<0.001). Semptom ile tanı arası geçen süre (BPİAP; ortanca (ÇAU), 1 (1-1) ay, BPİES; ortanca (ÇAU); 3.5 (2-7) ay) , BPİES olgularında anlamlı derecede daha uzundu (p<0.001). İnek sütü BPİAP olgularının %95' inde (40/42) sorumlu gıda iken, yumurta, BPİES olgularının %72' sinde (10/14) sorumlu besin olarak saptandı. BPİAP olgularında, tolerans, 1 yılın sonunda %52, 2 yılın sonunda %87, 3 yılın sonunda ise %100 iken; BPİES olgularında, 1 yılın sonunda %7, 2 yılın sonunda %50, 3 yılın sonunda ise %78 olarak saptandı. 1 ve 2 yıllık takibin sonunda tolerans yüzdesi BPİAP grubunda anlamlı derecede daha yüksek saptandı (p<0.004, p<0.01).

Sonuç: BPİAP, non IgE aracılı besin alerjileri içinde BPİES'e göre daha sık görülmekle birlikte daha erken yaşta tolerans gözlenmektedir. İnek sütü başlıca sorumlu gıdadır. Yumurta sarısı BPİES' ten en sık sorumlu gıda olmakla birlikte vakaların çoğunda 3 yaşından önce tolerans gelişmektedir.

Giriş

Besin proteini ilişkili enterokolit sendromu (BPIES), projektil ve tekrarlayan kusmayı takiben ishal ile seyreden, bazen letarji, hipotoni, hipotermi, hipotansiyon ve metabolik bozuklukların eşlik ettiği IgE aracılı olmayan bir gıda alerjisidir. BPIES' de IgE aracılı gıda alerjilerinden farklı olarak deri ve solunum semptomları yoktur. Kusma en önemli semptom olup gıda tüketiminden 1-4 saat sonra ortaya çıkmakta ve buna 6-8 saat sonra ishal eşlik edebilmektedir. Bu özellikleri nedeniyle tanıda gecikmeler yaşanmaktadır. BPIES; semptomların başlama yaşına göre erken ve geç başlangıçlı (<9 ay, >9 ay), semptomların şiddetine göre hafif-orta ve ağır, semptomların zamanlama ve süresine göre akut ve kronik, IgE pozitifliğine göre tipik (IgE negatif), atipik (IgE pozitif) olarak alt gruplara ayrılmaktadır (JACI 2017). Ülkelere göre değişmekle birlikte katı gıdalara başlanmadan önceki dönemde süt ve soya bazlı mamalar başlıca sorumlu gıdalar iken, ek gıda sonrası dönemde süt, yumurta beyazı, yumurta sarısı ve balık ön plana çıkmaktadır (kaynaklar 3-4 tane koy). Sadece anne sütü alan bebekte BPIES çok nadirdir. Vakaların çoğunda BPIES' ten sadece tek gıda sorumludur (kaynak).

Besin proteini ilişkili alerjik proktokolit (BPİAP), yaşamın ilk aylarında (<6 ay), genellikle sadece anne sütü ile beslenen bir bebekte mukuslu, bazen hem mukuslu hem kanlı dışkı ile prezente olan non-IgE aracılı bir besin alerjisidir. Bebeğin genel durumu iyi olup büyüme geriliğine neden olmaz. En sık neden olan gıda inek sütü olmakla birlikte soya, tahıl ve yumurta da bu taboya neden olabilmektedir. Annenin şüpheli gıdayı diyetinden çıkarması ile semptomların çoğunlukla birkaç gün içinde bazende birkaç hafta içinde düzelmesi beklenir. Anne sütü almayan veya anne sütü yanında formül mama veya ek gıda alınması durumunda diyet eliminasyonun düzenlenmesi gerekir.

BPIAP hastalarının çoğunluğunda 1-2 yaşta tolerans gelişirken, BPIES' te sorumlu gıdaya ve coğrafi farklılıklara göre tolerans zamanı değişkenlik göstermektedir. Sıvı gıdalara (süt, soya) tolerans 3 yaş civarında gelişirken, katı gıdalarda ve spesifik IgE pozitifliği durumunda bu süre uzamaktadır. BPIAP olgularında 9 aydan itibaren, BPIES' te ise 12-18 ayda bir tolerans gelişimi açısından hastaların değerlendirilmesi önerilmektedir.

Çalışmamızda, BPIAP ve BPIES tanılı hastaların demografik, klinik ve laboratuvar özelliklerini ve tolerans durumlarını karşılaştırdık.

Gereç ve Yöntem

Çalışmaya Mayıs 2021 ile Mayıs 2024 tarihleri arasında çocuk alerji polikliniğinde BPIES ve BPIAS tanısı ile takip edilen hastalar dahil edildi. BPIES tanısı için Nowak- Wegzryn ve arakadaşları tarafından oluşturulan tanı kriterleri kullanıldı. (tablo olarak göstermelisin). Buna göre majör kriter+≥ 3 minör kriter olması durumunda akut BPIES tanısı konuldu. Tüm hastalara tipik/atipik BPIES ayrımı için sorumlu gıda ile prik testi ve/veya spesifik IgE testleri yapıldı.. Deri prik testinde, pozitif kontrol olarak histamin (10mg/ml), negatif kontrol olarak serum fizyolojik kullanıldı. Endurasyonun en geniş iki çapı ölçülerek negatif kontrolün 3 mm ve üzeri reaksiyonda test pozitif kabul edildi. Alerjen spesifik IgE düzeyi ise immunoassay yöntemi ile ölçüldü. Buna göre 0,35 kU/l'nin üzerindeki değerler pozitif olarak kabul edildi. Tolerans gelişimini değerlendirmek amacıyla 12 ay sonra besin yükleme testi (BYT) planlandı. Besin yükleme testi öncesi atipik olgularda ilgili besin ile tekrar deri prik testi yapıldı. BYT damar yolu açılarak servis şartlerında yapıldı.

Annenin ve/veya bebeğin diyetinden sorumlu besinin uzaklaştırılması sonrası semptomların (kanlı/mukuslu dışkılama) gerilemesi ve sorumlu besinin yeniden diyete eklenmesi sonrası semptomların tekrarlaması durumunda BPIAS tanısı konuldu. Olgular ilk etapta 9 ayını doldurunca daha sonra ise 3 ayda bir tolerans gelişimi açısından değerlendirildi. BYT testleri evde yapıldı.
Tüm olguların demografik, klinik ve laboratuvar özellikleri, tolerans zamanları kayıt altına alındı.
Bulguların değerlendirilmesinde Statistical Package for Social Sciences (SPSS for Windows version 29.0, Chicago, IL, USA) paket programı kullanıldı. Kategorik değişkenlerin sayı ve yüzde değerleri bulundu. Sürekli değişkenlerin ortalama, ortanca ve çeyrekler arası aralık değerleri bulundu. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında 'Ki-kare testi', sürekli değişkenlerin karşılaştırmasında ise Mann Whitney U testi kullanıldı.

Sonuçlar

Çalışmaya toplam 56 hasta dahil edildi. BPIAP tanısı ile takip edilen hasta sayısı 42 (%75) iken BPIES tanılı hasta sayısı 14(%25) idi. Hastaların 32 (% 57) si kız hasta idi. Semptom başlama yaşı, ortanca (ÇAU); 2.25 (1.5-4) ay iken, tanı yaşı ortanca (ÇAU); 4 (2.75-6) ay idi. Olguların tamamı 1 yıllık takibi doldururken, 3 yıllık takip süresini dolduran hasta sayısı 20 (%36) idi.

BPIAP

Hastaların semptom başlama yaşı, ortanca (ÇAU); 2 (1-3) ay iken, tanı yaşı ortanca (ÇAU); 3 (2.5-4) ay idi. Semptom başlangıcı ile tanı arası geçen süre ortanca (ÇAU); 1 (1-1) ay idi. Olguların tamamında mukuslu gayta ve büyük çoğunluğunda kanlı gayta (n=40,%95) başlangıç semptomlarıydı. Hastaların neredeyse tamamı semptom öncesi dönemde sadece anne sütü ile belenenen bebeklerdi (n=37, %88). 24 hastada (%57) eşlik eden atopik hastalık vardı. Atopik dermatit en sık gözlenen allerjik hastalık idi. Tolerans yaşı, ortanca (ÇAU); 12 (11-16) ay iken, 1 yılın sonunda 42 hastanın 22' sinde (%52), 2 yılın sonunda 30 hastanın 26'sında (%87), 3 yılın sonunda ise 3 yıllık takibi dolduran 11 hastanın tamamında tolerans geliştiği gözlemlendi. İnek sütü olguların 40' ında (%95) sorumlu gıda iken bunu sırasıyla yumurta beyazı (%14) ve yumurta sarısının (%12) izlediği görüldü. Olguların çoğunda (36/42, %86) BPIAP tablosundan tek gıda sorumlu idi.

BPIES

Hastaların semptom başlama yaşı, ortanca (ÇAU); 6 (4-6,5) ay iken, tanı yaşı ortanca (ÇAU); 11 (9-13) ay idi. Semptom başlangıcı ile tanı arası geçen süre ortanca (ÇAU); 3.5 (2-7) ay idi. Hastaların tümünde kusmaya, letarji ve solukluk da eşlik ediyordu. Başlangıç semptomları içinde sadece 3 hastada (% 21) ishal tabloya eşlik ediyordu. Olguların yarısı (7/14, %50) acil servise başvurmuş ve intravenöz sıvı tedavisi almıştı. BPIES olguların tümü sorumlu gıda ile en az 2 atak tarifliyordu. Bu nedenle tanı için besin yükleme testi hiçbir hastaya uygulanmadı. 14 hastanın 10' unda yumurta sorumlu besin iken geri kalan vakalar inek sütüne bağlı idi. Olguların tümünde BPIES tablosundan tek besin sorumlu idi. Hiçbir olguda anneye diyet önerilmedi. Toplam 5 hastada sorumlu gıda ile deri prik testi ve/veya spesifik IgE pozitifliği mevcuttu. 6 olguda (%43) atopik hastalık birlikteliği olup bunların çoğunda (%36) atopik dermatit başlıca alerjik hastalık idi. Tolerans yaşı, ortanca (ÇAU); 18 (13.5-23) ay iken, 1 yılın sonunda sadece 1 hastada (1/14, %7), 2 yılın sonunda 12 hastanın 6'sında (%50), 3 yılın sonunda ise 3 yıllık takibi dolduran 9 hastanın 7' sinde (%78) tolerans geliştiği gözlemlendi.

BPIAP ve BPIES Olgularının Karşılaştırılması

Semptom başlama yaşı ve tanı yaşı BPIES olgularında BPIAP olgularına göre anlamlı derecede yüksek saptandı ($p<0.001$, $p<0.001$). Semptom ile tanı arası geçen süre BPIES olgularında anlamlı derecede daha uzundu ($p<0.001$). Hastalık grupları arasında serum eozinofil ve total IgE düzeyleri açısından anlamlı farklılık saptanmadı. BPIES olgularında en az 1 kere mama kullanan hastalar daha fazlaydı ($p<0.04$). BPIES olgularının tamamında başlangıç semptomları ek gıdaya geçtikten sonra ortaya çıktı. Her iki grupta da atopik dermatit eşlik eden başlıca alerjik hastalık tipi idi. Tolerans yaşı BPIES grubunda daha uzun olup gruplar arasında istatistiksel açıdan anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Tüm olgular 1 yıllık takibi doldurmuştu. 1 yıllık takibin sonunda tolerans yüzdesi BPIAP grubunda anlamlı derecede daha yüksek saptandı ($p<0.004$). Bu fark 2 yıllık takibin sonunda da devam ederken ($p<0.01$), 3 yılın sonunda gruplar arasında anlamlı farklılık saptanmadı ($p<0.19$).

Tartışma

Bu çalışmamızda non-IgE aracılı besin alerjilerinden en sık görülen BPIAP ile görece daha az bildirilen BPIES olgularını karşılaştırmayı amaçladık. BPIAP olgu sayımız BPIES' e göre daha fazlaydı. BPIAP IgE aracılı olmayan besin alerjileri içinde en sık görülen ve klinisyenler tarafından iyi bilinen bir besin alerjisi olmasına bağladık. BPIES ise daha nadir görülmesinin yanında çoğu zaman ilk etapta tanıda düşünülmemesi, hem hastalığın daha az tanı almasına hem de tanıda gecikmelere yol açmaktadır. BPIAP olgularında semptom ile tanı arasında 1 aylık bir zaman dilimi varken BPIES olgularında bu sürenin uzaması, hekimler tarafından BPIES hastalığının tanınırlığının daha az olduğunu göstermektedir. BPIES olgularının sorumlu gida ile en az 2 kere reaksiyon görüldükten sonra alerji bölümüne yönlendirilmesi de semptom ile tanı arasındaki gecikmeyi açıklamaktadır.

İnek sütü BPIAP' tan en çok sorumlu olan gıdadır. Çalışmamızda inek sütü başlıca sorumlu gıda idi. Tetikleyici besin yaşanılan bölge, toplumun beslenme alışkanlıkları, o besinin beslenmedeki yeri, başlama zamanı, ağırlığı ve miktarı gibi faktörlerle değişebilmekle birlikte inek sütü BPIES' in en sık tetikleyici besinidir. Çalışmamızda ise yumurta en sık sorumlu besin konumunda idi. Ülkemize yapılan çalışmalarda da benzer şekilde diğer ülkelerden farklı olarak yumurtanın öne çıktığı görülmektedir.

14 BPIES hastasının 10' unda yumurta tablodan sorumlu iken, bunların 8'inde yumurta sarısı tetikleyici besindi. Yumurta sarısının beyazına oranla BPIES' ten daha çok sorumlu olduğu bildirilmiştir. Ayrıca yumurta sarısı BPIES olgularında yumurta beyazı duyarlığı daha fazla saptanmıştır. Bu durum yumurta BPIES olgularında yumurta akının sarısına göre IgE antikor üretimini daha çok tetiklediğini düşündürmektedir. Çalışmamızda 10 yumurta BPIES hastasının 2' sinde yumurta akı, 1' inde yumurta sarısı spesifik IgE pozitifliği saptadık. 3 olgu da yumurta sarısı BPIES hastasıydı.

BPIAP' ta 1 yaşın sonunda %50-60 tolerans gözlenmekle birlikte, 2 yaşın sonunda bu oran %80 lere çıkmaktadır. Çalışmamızda da benzer şekilde olguların %57' sinde 1 yılın sonunda, %86' sında ise 2 yılın sonunda tolerans gelişti. BPIES' te ise tetikleyici gıdaya bağlı olarak tolerans zamanı değişmektedir. İnek sütü için 5 yaşında tolerans %85 lerde iken, katı gıdalar ve spesifik IgE ve/veya deri prik testi pozitifliğinin (atipik BPIES) tolerans zamanını geciktirdiği bilinmektedir. Çalışmamızda 3 yıllık takip süresini dolduran 9 hastanın sadece 2' sinde tolerans gözlenmedi. Bu hastalarda BPIES' ten sorumlu gıdalar süt ve yumurta olup sadece inek sütü olgusunda spesifik IgE ve deri prik testi saptandı.

Sonuç

BPIAP, non IgE aracılı besin alerjileri içinde BPIES'e göre daha sık görülmekle birlikte daha erken yaşta tolerans gözlenmektedir. İnek sütü başlıca sorumlu gıdadır. Yumurta sarısı BPIES' ten en sık sorumlu gıda olmakla birlikte vakaların çoğunda 3 yaşından önce tolerans gelişmektedir.

SS91

MALNUTRİSYONLU ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ, TEDAVİ HEDEFLERİMİZE ULAŞABİLİYOR MUYUZ?

Selen GÜLER, Fatih DURAN

Gaziantep Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi Kliniği, Gaziantep

Anahtar sözcükler: Malnutrisyon, Çocuk Sağlığı, Enteral Beslenme, Gastroenteroloji

Giriş ve Amaç:

Çocuklarda malnutrisyon önemli bir halk sağlığı sorunudur. Gelişmekte olan ülkelerdeki çocuklarda sağlıksızlığın, erken ölüm ve çeşitli hastalıkların başlıca nedeni olmaya devam etmektedir (1). 5 yaş altı çocuklarda özellikle yetersiz beslenme çok yüksektir ve dünya çapında birçok ülkede çocukların gelişimini etkileyen bir önemli bir faktördür. Çocukların beslenme durumu, yaşam boyu sağlıkları, güçleri ve entelektüel yetenekleri için temel oluşturmaktadır ve bu nedenle son derece önemlidir (2). Ülkemizde de çeşitli bölgelerde çocuklarda malnütrisyon farklı oranlarda bildirilmektedir. Malnutrisyon tanısı konulduktan ve tedavi başlandıktan sonra olguların izlemi oldukça önemlidir. Malnutrisyon tanısı konulan ve tedavi başlanan olguların takibi, çocuk gastroenterolojisi kliniğine ulaşımın kısıtlı olduğu bölgelerde daha zorlu olabilmektedir. Bu olguların tedavilerinin başlanması, gerekli ise mikro besin takviyelerinin yapılması gereklidir. Takiplerinde antropometrik ölçümlerinin iyileşmesi ve mikro besin eksikliklerinin tedavilerinin hedeflere ulaşımının takiplerinin yapılması meşakkatli olsa da oldukça gereklidir. Zamanında müdahale beslenmenin iyileşmesini sağlar ve büyümenin toparlanmasını desteklemeye yardımcı olabilir. Tedavide oral enteral ürün ile beslenme ve diyet danışmanlığı yaygın olarak kullanılmaktadır. Malnutrisyon tedavisi ve izlemi ile ilgili yeni yaklaşımlar arasında, standart beslenme temelli tedaviye, erken çocukluk gelişimi seanslarının eklenmesi, küçük çocuklarda hem beslenme hem de gelişim sonuçlarını iyileştirebildiğini göstermektedir (3). Bu nedenle en az tanı ve tedavi kadar önemli olan tedavi izlemi de önemlidir ancak bu konu ile ilgili veriler ülkemizde yetersizdir. Biz de çalışmamızda çocuk gastroenteroloji polikliniğimize başvuran malnütrisyon tanılı olguları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem:

1 Kasım 2023 - 31 Ocak 2024 tarihleri arasında Gaziantep Şehir Hastanesi Çocuk Gastroenterolojisi Polikliniğine organik ve psikiyatrik nedenli olmayan, daha önce tedavi almamış malnutrisyon tanısı ile değerlendirilen 176 çocuğun tıbbi verilerinin 1 temmuz 2024 tarihine karar retrospektif olarak taranması ile gerçekleştirilmiştir.

İstatistik:

Veriler SPPS 20 (SPSS Statistics for Windows, Version 20 0 2011 Armonk NY IBM Corp programına kaydedildi Veriler tanımlayıcı istatistikler (yüzde dağılımı, ortalama, standart sapma) kullanılarak değerlendirildi Normallik varsayımı Shapiro Wilk testi ile test edildi Verilerin dağılımına göre iki grup arasındaki farklılıkları karşılaştırmak için Student T testi, Mann Whitney U veya Kruskal Wallis testi, iki grup arasında korelasyon saptanması amaçlı Spearman's rho testi kullanıldı. Sonuçlarda $p< 0,05$ ise anlamlı kabul edildi.

Bulgular:

Çalışmamıza çocuk gastroenterolojisi poliklinimize başvuran 1295 hastanın malnütrisyon tanısı almış 176'sı (%13,59) dahil edildi. Yaş ortalaması 5,70±4,24'tü, olguların 99'u (%56,3) kız çocuktu.

Hastaların antropometrik verilerine bakıldığında, ortalama vücut ağırlığı 16,45±8,75kg; ortalama ağırlık z-skoru -2,39± 0,67; ortalama boyu 105,6±27,2cm; ortalama boy z-skoru -1,6±1,1; ortalama vücut kitle indeksi (VKİ) 13,9±1,4; ortalama VKİ z-skoru -2,1±1,3di. Cinsiyete göre başvuru yaşları ve antropometrik ölçümler arasında istatistiksel fark saptanmadı (tablo 1)(p>0,05). Olguların laboratuvar değerleri Tablo 2'de verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların antropometrik ölçümlerinin cinsiyete göre karşılaştırılması

	Kız	Erkek	P
Yaş	5,69±4,13	5,71±4,40	0,97
Ağırlık	16,44±8,92	16,45±8,56	0,99
Ağırlık z-skoru	-2,34±0,67	-2,46±0,67	0,23
Boy	105,69±27,96	105,48±226,43	0,95
Boy z-skoru	-1,63±0,95	-1,66±1,20	0,82
VKİ	13,79±1,38	13,98±1,49	0,39
VKİ z skoru	-2,03±1,29	-2,09±1,37	0,75

Tablo 2: Olguların başvuru anındaki laboratuvar değerleri

	N	Min.	Maks.	Ort.	Std. Sapma
Hemoglobin (g/dl)	166	6,00	15,90	12,29	1,36
Albumin (g/dl)	161	3,40	41,80	4,61	3,04
Vitamin B12 (pg/ml)	155	50,00	926,00	303,00	145,59
Ferritin (ng/mL)	162	2,00	131,00	22,24	18,59
25-oh-D vitamini (ng/mL)	101	6,58	97,20	27,16	12,31

Olguların 108'ine (%61,4) oral enteral ürün ile beslenme, 48'ine (%27,1) diyetisyen danışmanlığı ile birlikte oral enteral ürün ile beslenme, 20'sine (%11,3) yalnızca diyetisyen danışmanlığı verildi. Enteral ürün ile beslenme tedavisi verilen 156 olguya ortalama 5,61±0,82 ay tedavi verildi.

Tüm olguların 102 tanesi (%52,6) kontrole getirilmedi. Kontrole getirilen 74 olgu (%38,1) ortalama ilk başvurudan 4,43±2,31 ay sonra kontrole getirildi. Kontrole getirilen olguların 41'ine (%55,4) oral enteral ürün ile beslenme, 25'ine (%33,8) diyetisyen danışmanlığı ile birlikte oral enteral ürün ile beslenme tedavisi, 8'ine (%10,8) yalnızca diyetisyen danışmanlığı verildi.

Kontrole getirilen ve enteral ürün ile beslenme tedavisi alan 66 olgunun enteral ürün tedavisi verilme süresi 5,57±0,82 ay, olguların kontrole gelme zamanı ortalama 4,75±2,21 aydı. Olguların 54'ü (%81,8) enteral ürün tedavisine uyumu tamdı. Tedaviye uyumsuz olan 12 olgunun (%18,2) 7'si (%58,3) tat sorunu nedeni ile, 5'i (%41,7) iştahsızlık nedeni ile uyumsuzdu. Bu olgulara enteral ürün tedavisi verilme süresi ile olguların kontrole gelme süresi korele saptandı ($r=0,26$, $p<0,05$).

Kontrole getirilen 74 olgunun başvuru anında ve kontrole getirildiğinde antropometrik ölçümleri karşılaştırıldığında hiçbirinde anlamlı yanıt izlenmedi ($p>0,05$)(Tablo 3).

Tablo 3: Kontrole getirilen olguların antropometrik değerlerinin başvuru değerleri ile karşılaştırılması

	Başvuruda	Kontrol Muayene	*P*
Vücut Ağırlığı (kg)	16,5±8,2	17,7±8,5	0,38
Ağırlık z-skoru	-2,50±0,69	-2,28±0,78	0,07
Boy (cm)	106,4±25	109,9±23,8	0,36
Boy z-skoru	-1,70±1,03	-1,35±1,49	0,09
VKi	13,7±1,3	13,8±1,43	0,63
VKİ z-skoru	-2,09±1,21	-2,06±1,19	0,87

VKİ: Vücut kitle indeksi

Tartışma:

Kliniğimizde birçok bölgeye göre ciddi oranda yüksek saptadığımız malnutrisyon tanısı konulan çocuk olguların önemli çoğunluğunun kontrole getirilmediği görülmüştür. Çocuklarda yetişkinlere göre çok daha hızlı malnutrisyon gelişir, bu nedenle çocukların sağlıklı büyüme ve gelişimi açısından takip bu hastalarda oldukça önemlidir. Pediatrik beslenme bireysel bir hastanın sağlığının ötesine geçerek toplumun tamamı üzerindeki potansiyel etkilere kadar uzanır bu nedenle toplum sağlığı üzerinde oldukça önemlidir. Pediatrik malnutrisyon teşhisini koymak çocuk sağlığı ve hastalıkları popülasyonunda çalışan herkesin yükümlüğü olmalıdır (4). Olguların takibinde kilo alma hızı, yıllık boy uzamasının hesaplanması, varsa kilo kaybı, boy ve kiloda duraksamanın saptanmasının gerekliliği bildirilmiştir (5). Beslenme planı oluşturulduktan sonra, özellikle malnütrisyonun sık görüldüğü ve çocuk gastroenterolojisi bölümüne ulaşımın kısıtlığı olduğu bölgelerde olguların takibinin; beslenme eğitimi almış uzmanların olduğu sağlık hizmetlerinde yapılması düşünülebilir.

Pediatrik malnütrisyon; mikro besin öğelerinin kümülatif eksikliklerine yol açan besin gereksinimleri ve alımı arasındaki dengesizlik olarak da tanımlanmaktadır (6). Biz de çalışmamızda olgularımızda hemoglobin, ferritin ve 25-OH-D vitamini eksikliğini saptadık. Bu da pediatrik malnütrisyon olgularının mikro besinler ve demir tedavisinin de verilebileceği ve takiplerinin yapılabileceği multidisipliner merkezlerde takip edilmesi gerektiğini göstermektedir.

Olgularımızın büyük çoğunluğunun tedavisine oral enteral ürün başladık ve kontrole gelen olgularımızın kontrole gelme süreleri ile oral enteral ürün rapor süreleri arasında korelasyon saptadık. Bu da daha sık takip etmemiz gereken olgulara daha kısa süreli enteral ürün raporu vererek olgularımızın daha yakın aralıklarla takip edilebileceğini düşündürmektedir. Ancak bu konuda da ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Antropometrik ölçümler bir çocuğun büyümesi ve beslenme durumu hakkında önemli bilgiler sağlar. (7). Biz de çalışmamızda antropometrik ölçümlerle olgularımızı değerlendirdiğimizde kontrol muayeneye gelen olgularda antropometrik ölçümlerinde, özellikle boy ölçümünde olmak üzere, iyileşme saptadık ancak istatistiksel olarak anlamlı değildi. Çalışmamızın kısıtlılıklarından olan kısa süreli izlem nedeni ile olabilecek bu durum, bu olguların uzun süreli takiplerinin yapılması gerekliliğini göstermektedir.

Malnütrisyon saptanan olguların tedavisinin başlanması, malnütrisyonun ilerlemesinin durdurulması, mikrobesin desteğinin sağlanması hayati önem taşımaktadır. Çünkü şiddetli yetersiz beslenmesi olan çocuklarda, öncelikle akut bulaşıcı hastalıklardan kaynaklanan ciddi hastalık ve ölüm riski artmıştır (8). Malnutrisyonu olan çocuklarda fizyolojik ve metabolik işlevlerin normalleştirilmesi zordur ve çocuklarda nüks ve ölüm riski yüksektir. Beslenme planı oluşturulan malnutrisyonlu çocukların takibi çocuk gastroenterolojisi uzmanı, çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı, diyetisyen ve beslenme eğitimi almış sağlık personeli ile birlikte multidisipliner ve çok merkezli yönetilmelidir. Bu yönetimin daha yüksek popülasyona ulaşabilmesi için de özellikle çocuk gastroenterolojisine ulaşımın kısıtlı olduğu bölgelerde; sağlık personellerine pediatrik beslenme eğitiminin yaygınlaştırılması, belirli birinci basamak sağlık merkezlerinde, çocuk gastroenterolojisi uzmanı rehberliğinde, pediatrik malnütrisyon polikliniklerinin açılmasının teşvik edilmesi düşünülmelidir.

Sonuç ve Öneriler:

Pediatrik malnütrisyon çocuk sağlığı açısından olduğu kadar toplum sağlığı açısından da oldukça önemli bir konudur. En az malnutrisyon tanısının konulması ve tedavisinin başlanması kadar önemli olan malnütrisyonu çocukların izleminin sağlıklı yapılabilmesi amaçlı sağlık hizmetlerinin yaygınlaştırılması düşünülebilir. Pediatrik beslenme eğitimlerinin pediatrik popülasyon ile uğraşan tüm sağlık çalışanlarına ulaştırılması, bu olguların tedavisi ve izlemi açısından fayda sağlayacaktır. Özellikle pediatrik gastroenteroloji kliniğine ulaşımın kısıtlı olduğu bölgelerde bu konu ile ilgili ileri çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kaynaklar:

1. Corsi DJ, Mejía-Guevara I, Subramanian SV. Risk factors for chronic undernutrition among children in India: Estimating relative importance, population attributable risk and fractions. Soc Sci Med. 2016 May;157:165-85. doi: 10.1016/j.socscimed.2015.11.014. Epub 2015 Nov 14. PMID: 26625852
2. Katoch OR. Determinants of malnutrition among children: A systematic review. Nutrition. 2022 Apr;96:111565. doi: 10.1016/j.nut.2021.111565. Epub 2021 Dec 11. PMID: 35066367
3. Le Roch K, Trenouth L, Bizouerne C, Salpéteur C. Methodological choices for an economic evaluation of a combined psychosocial and nutrition treatment intervention for children with severe acute malnutrition: The FUSAM trial in Nepal. Eval Program Plann. 2023 Dec;101:102356. doi: 10.1016/j.evalprogplan.2023.102356. Epub 2023 Aug 18. PMID: 37651776.
4. Corkins MR. Why Is Diagnosing Pediatric Malnutrition Important? Nutr Clin Pract. 2017 Feb;32(1):15-18. doi: 10.1177/0884533616678767. Epub 2016 Nov 23. PMID: 27879465.
5. Becker P, Carney LN, Corkins MR, Monczka J, Smith E, Smith SE, Spear BA, White JV; Academy of Nutrition and Dietetics; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition. Consensus statement of the Academy of Nutrition and Dietetics/American Society for Parenteral and Enteral Nutrition: indicators recommended for the identification and documentation of pediatric malnutrition (undernutrition). Nutr Clin Pract. 2015 Feb;30(1):147-61. doi: 10.1177/0884533614557642. Epub 2014 Nov 24. PMID: 25422273.)
6. Mehta NM, Corkins MR, Lyman B, Malone A, Goday PS, Carney LN, Monczka JL, Plogsted SW, Schwenk WF; American Society for Parenteral and Enteral Nutrition Board of Directors. Defining pediatric malnutrition: a paradigm shift toward etiology-related definitions. JPEN J Parenter Enteral Nutr. 2013 Jul;37(4):460-81. doi: 10.1177/0148607113479972. Epub 2013 Mar 25. PMID: 23528324.

7. Green Corkins K, Teague EE. Pediatric Nutrition Assessment. Nutr Clin Pract. 2017 Feb;32(1):40-51. doi: 10.1177/0884533616679639. Epub 2016 Dec 5. PMID: 27913773
8. Bhutta ZA, Berkley JA, Bandsma RHJ, Kerac M, Trehan I, Briend A. Severe childhood malnutrition. Nat Rev Dis Primers. 2017 Sep 21;3:17067. doi: 10.1038/nrdp.2017.67. PMID: 28933421; PMCID: PMC7004825

SS104

KAWASAKİ HASTALIĞINDA SON BEŞ YILDA NELER DEĞİŞTİ

Emine YURDAKUL ERTÜRK[1], **Taner KASAR[2]**, Ceren YAPAR GÜMÜŞ[1], Ecem İpek ALTINOK[1], Emre ÖZTÜRK[1]

[1]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları
[2]Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kardiyoloji

Kawasaki Hastalığı (Mukokutanöz Lenf Nodu Sendromu)
-Orta boy damarları tutan mukokütanöz lenf nodlu vaskulitik hastalıktır. Genellikle 5 yaş altındaki çocuklarda görülen akut febril seyirli multisistem vaskulitidir.
-İlk kez 1967'de Dr. Tomisaku Kawasaki tanımlamış. Klinik, patolojik ve epidemiyolojik özellikleri iyi bilinmektedir, ancak etyopatogenezi halen net bilinmiyor.
-Subakut dönemde tedavi edilmeyen hastaların %20-25'inde koroner arter lezyonları gelişir ve %2-3 olguda ani ölüm gelişir.

Tanı kriterleri:
A. En az 5 gün süren ateş
B. Aşağıdaki durumlardan en az 4'ü;
1-Bilateral nonpürülan konjonktival injeksiyon
2- Orofarinks mukozasında değişiklikler
3-Periferik ekstremite değişiklikleri
4- Genellikle gövdede polimorfik ancak nonveziküler döküntü
5- Çapı 1,5 cm'den büyük, tek veya bilateral servikal LAP

İnkomplet Kawasaki hastalığı:
Kriterleri tam olarak karşılamayan olgularda tedaviye karar verilmesinde diğer klinik ve laboratuar bulguları hekimin tedaviye başlanmasında yardımcı olabilir
Koroner arter tutulumu saptanırsa, ateşe ek olarak dörtten az kriterde Kawasaki tanısı koydurur

Destekleyici Laboratuar Bulguları:
-Anemi (≤ 10 g/dL yada yaşa göre),
-Beyaz küre sayısı ≥ 15.000/mm3
-Trombosit sayısı 7. günden sonra ≥ 450.000/mm3
-Alanin aminotransferaz yüksekliği
-Albumin ≤ 3.0 g/dL,
-İdrarda ≥ 10 beyaz küre/HPF

EN AZ 2 KLİNİK BULGU +EN AZ 3 DESTEKLEYİCİ LABORATUAR BULGUSU VAR İSE EKOKARDİYOGRAFİ YAPILMADAN DA TEDAVİ BAŞLANABİLİR.

Etiyolojik nedenler:

Troposferik Rüzgarlar: Japonya ve ABD'deki KH salgınları, troposferik rüzgar modellerindeki değişikliklerle ilişkilendirilmiş, rüzgarla taşınan etkenler olabileceği öne sürülmüştür.

Mevsimsel İnsidans: Küresel çalışmalar

Hijyen Hipotezi: Daha yüksek sosyoekonomik profillere, hijyen ve aşılamanın

Enfeksiyöz Etiyoloji: KH'nin ateşli ve kendiliğinden sınırlanan doğası, enfeksiyöz bir nedeni işaret edebilir. COVID-19 önlemleriyle Japonya'daki vakaların düşmesi bu teoriyi desteklemektedir.

Genetik Faktörler: tek nükleotid polimorfizmleri (SNP'ler) tespit edilmiştir.

Kardiyoloji Konsültasyonu İçin Doğru Zaman Ne Zaman?

Beş günden uzun süren ateş varsa ve açıklayacak başka bir neden bulunamıyorsa,
Laboratuvar testlerinde sistemik inflamasyon bulguları varsa,
Klinik bulguların hiçbirisi olmasa bile ekokardiyografi yapılmalıdır

AMAÇ:

KH'da en korkulan komplikasyon koroner arter anevrizmasıdır.Erken tanı ve tedavi ile birlikte koroner arter anevrizması oluşum riski %20-25'ten %3-5'e düşebilir. Bu çalışma ile KH tanısı alan çocukların klinik ve laboratuvar özelliklerinin güncel literatür eşliğinde değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

GEREÇ-YÖNTEM:

Ordu Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nde Haziran 2019-Haziran 2024 tarihleri arasında KH tanısı almış hastaların tanı süreci, klinik ve laboratuvar özellikleri ve tedavi yaklaşımları değerlendirildi

BULGULAR:

Toplam 25 hastaya Kawasaki hastalığı tanısı koyuldu.
Hastalarımızın 9 (%36) kız, 16 (%64) erkekti.
Yaş ortalaması 39,5±20,2 ay idi (%88'ü <5 yaş)
%48'i komplet KH.
%52'si inkomplet KH (tamamı 5 yaş altı) idi.
Başvuru şikayeti olarak hastaların;
Tamamında (%100) ateş,
19'unda (%76) mukozal değişiklikler,
18'inde (%72) non-veziküler polimorf döküntü,
13'ünde (%52) nonpürülan konjonktivit,
10'unda (%40) el ve ayakta eritem ve ödem,

	Komplet kawasaki hast. (ortalama±ss)	İnkomplet kawasaki hast. (ortalama±ss)
Beyaz küre sayısı (/mm3)	12,3±6,9 (4,3-21,3)	15,5±8,9 (8,8-30,9)
Hemoglobin	10,6±1,6 (9,1-12,5)	10,9±1,8 (8,9-13)
Trombosit sayısı (/mm3) 7.gün	491±260 (270-962)	568±320 (281-909)
CRP (mg/L)	79,9±62,6 (43-140)	98,3±71,1 (43-266)
Sedimantasyon (mm/h)	67,5±38,8 (16-95)	84,5±32,9 (54-125)
Albumin (g/L)	35,4±2,87 (30,8-41)	35,4±2,82 (31-41)
ALT U/L	35,2±23,9 (9-96)	49±39,8 (7-120)

Tablo-1.Hastalara ait laboratuvar verileri. CRP: C-reaktif protein, ALT: Alanin aminotransferaz, Ort ± SS: Ortalama ± Standart sapma

-10'unda (%40) boyunda lenfadenopati vardı.
-Tanı koyulana kadar geçen süre ortalama 8,8±5,75 gündü.
-Hastalarda genellikle 3 veya 4 farklı doktor başvurusu öyküsü vardı.
-Yatış süresi ortalama 7,5±2,5 gündü.
-Tüm hastalara asetil salisilik asit tedavisi başlandı.
-İntravenöz immünglobulin (IVIG):
- 22 (%88) hastaya tek doz,
- 3 (%12) hastaya iki doz IVIG verildi
-IVIG tedavisine dirençli 4 olguya steroid tedavisi verildi
-Ek komplikasyon ve ölüm gözlenmedi.

EKOKARDİYOGRAFİ BULGULARI:
-10 hastada (%40) koroner arter anevrizması tespit edildi (%50'inkomplet)
-Bir olguda sol ventrikül sistolik disfonksiyonu
-Üç olguda hafif mitral yetersizlik
-Bu hastaların büyük çoğunluğu (%80) 2 yaş ve altındaydı.
- Bu hastalarda tanıya ulaşma süresi ortalama 12,8±6,88 gündü. (ortanca:12,5, min-maks:3-25)
-5 hastanın (%65) EKO'su normaldi.

-Koroner tutulum olmayanlarda tanıya ulaşma zamanı 6,13±2,39 gündü. (ortanca:6, min-maks:3-12)
-Koroner arter tutulumu olanlarda trombositoz, hipoalbüminemi ve ALT yüksekliği daha fazla görüldü.

Tartışma

-COVID-19 pandemisi sırasında maske takma, sosyal mesafe ve okul kapanmaları, dünya genelinde Kawasaki hastalığı (KH) vakalarının azalmasına neden olmuştur.
-Amerika Birleşik Devletleri genelinde KH vakalarında %28, San Diego County'de ise %50 azalma kaydedilmiştir.
-Maske kullanımı gevşetildiğinde ve okullar yeniden açıldığında, KH vakaları tekrar eski seviyelerine yükselmiştir.
-COVID-19 sürecinde ortaya çıkan multisistem inflamatuar sendrom (MIS-C), bir RNA virüsüne maruz kalmanın gecikmiş bir inflamatuar yanıtı tetikleyebileceğini göstermiştir.
-MIS-C ve KH bazı klinik özellikleri paylaşsa da, KH'nin koronavirüsle ilişkili olduğuna dair şu ana kadar kanıt bulunmamıştır.
-Bununla birlikte çok farklı etiyolojik neden üzerinde durulsa da, Japonya'daki vaka sayılarının son birkaç on yılda 4,5 kat artmasını açıklayamayacağı açıktır.

2019'a kadar:

-Beş yaşından küçük çocuklarda yıllık olgu sayısı Japonya'da 100.000'de 309,
-Tayvan'da 100.000'de 60
-Kanada'da 26
-Çin'de 100.000'de 51
-Amerika Birleşik Devletleri'nde 100.000'de 6.3
-İngiltere'de 100.000'de 8, İsrail'de ise 100.000'de 7 olarak bulunmuştur.

Yıl	Olgu Sayısı
2019	2
2020	3
2021	4
2022	4
2023	5
2024	7

Tablo 2: Yıllara göre olgu sayılarımız.

Sonuç:

Sonuç olarak, KD vakalarının insidansı bölgesel farklılıklar göstermekle birlikte, pandemi dönemiyle birlikte bazı bölgelerde düşüş yaşanmış, ancak bu önlemlerin kalkmasıyla vakalarda yeniden artış görülme potansiyeli bulunmaktadır.

Hastalığın erken dönemlerinde ekokardiyografinin veya laboratuvar bulgularının normal olması, KH tanısını dışlamaz. Takip sırasında tekrar eden laboratuvar değerlendirmeleri ve inkomplet KH skorlamasının yapılması gereklidir.

Bu çalışma, inkomplet tip KH'nin de yaygın olduğunu ve tanı sürecinde yaşanan gecikmelerin koroner arter anevrizması gelişme riskini artırdığını göstermiştir.

Bu nedenle, ateşli çocuk hastalarda KH açısından dikkatli olunmalı, destekleyici klinik ve laboratuvar bulguları aranmalı ve şüphe duyulursa hasta çocuk kardiyolojiye yönlendirilmelidir.

Kaynaklar

1-Kawasaki T. Acute febrile mucocutaneous syndrome with lymphoid involvement with specific desquamation of the fingers and toes in children. Arerugi [Allergy] 1967; 16: 178-222

2-Ozen S, Ruperto N, Dillon MJ, et al. EULAR/PReS endorsed consensus criteria for the classification of childhood vasculitides. Ann Rheum Dis 2006; 65: 936-41.

3-Newburger JW, Takahashi M, Gerber MA, et al. Diagnosis, treatment, and long-term management of Kawasaki disease: a statement for health professionals from the Committee on Rheumatic Fever, Endocarditis, and Kawasaki Disease, Council on Cardiovascular Disease in the Young, American Heart Association. Pediatrics 2004; 114: 1708-33.

5-Aggarwal R, Pilania RK, Sharma S, Kumar A, Dhaliwal M, Rawat A, Singh S. Kawasaki disease and the environment: an enigmatic interplay. Front Immunol. 2023 Dec 18;14:1259094.

6-Saundankar J, Yim D, Itotoh B, et al. The epidemiology and clinical features of Kawasaki disease in Australia. Pediatrics 2014; 133: e1009-14

7-Newburger JW, et al. A single intravenous infusion of gamma globulin as compared with four infusions in the treatment of acute Kawasaki syndrome. N Engl J Med. 1991;324(23):1633–1639

8-Burney JA, et al. Epidemiological and clinical features of Kawasaki disease during the COVID-19 pandemic in the United States. JAMA Netw Open. 2022;5(6):e2217436

8- Ae R, et al. Kawasaki disease and pediatric infectious diseases during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic.JPediatr.2021;239:50–58.

9-Wang H, et al. Subgroups of children with Kawasaki disease: a data-driven cluster analysis. Lancet Child Adolesc Health. 2023;7(10):697–707

10-De Haan LL, Copeland CD, Burney JA, et al. Age-Dependent Variations in Kawasaki Disease Incidence in Japan. JAMA Netw Open. 2024;7(2):e2355001.

11-Holman RC, Curns AT, Belay ED, Steiner CA, Schonberger LB. Kawasaki syndrome hospitalizations in the United States, 1997 and 2000. Pediatrics 2003; 112 (3): 495-501.

12-Hirata S, Nakamura Y, Yanagawa H. Incidence rate of recurrent Kawasaki disease and related risk factors: from the results of nationwide surveys of Kawasaki disease in Japan. Acta Pediatr 2001;90: 40-4.

13-Yeung RAM. Kawasaki disease: update on pathogenesis.Curr Opin Rheumatol.2010;22: 551-60.

14- Kawasaki T. Kawasaki disease.Int J Rheum Dis. 2014 Jun;17(5):597-600. doi: 10.1111/1756-185X.12408.

15-Ghimire LV,Chou FS,Mahotra NB, Sharma SP. An update on the epidemiology, length of stay, and cost of Kawasaki disease hospitalisation in the United States.Cardiol Young.20196: 1-5.

15-Makino N, Nakamura Y, Yashiro M, Kosami K, Matsubara Y, Ae R et.al. Nationwide epidemiologic survey of Kawasaki disease in Japan, 2015–2016. Pediatr Int 2019;61: 397-403.
16- Huang YH, Lin KM, Ho SC, Yan JH, Lo MH, Kuo HC. Increased Incidence of Kawasaki Disease in Taiwan in Recent Years: A 15 Years Nationwide Population-Based Cohort Study. Front Pediatr. 2019 29; 7: 121.

SS105

ÇOCUK YOĞUN BAKIM DENEYİMİMİZ

Muhammed Burak SELVER[1,2]

[1]Süleyman Demirel Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı
[2]İstanbul Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Pediatri Doktora Programı

Anahtar Kelimeler: Çocuk yoğun bakım, Travma oranı, Hastalık türü oranı, Yaş dağılımı, Yatış süresi

1. GİRİŞ

Çocuk Yoğun Bakım Üniteleri (ÇYBÜ), çocuk hastaların kritik sağlık durumlarını yönetmek için önemli bir rol oynamaktadır. Fiziksel ve biyolojik gelişim aşamalarındaki farklılıklar nedeniyle yetişkinlerden farklı olan çocuklar, hastane süreçleri, demografik ve klinik özellikler açısından özgün dinamikler barındırmaktadır. Dünya genelinde artan hastalık yükü, trafik kazaları, enfeksiyon hastalıkları ve diğer acil durumlar nedeniyle ÇYBÜ'lere olan ihtiyaç giderek artmaktadır.

2. AMAÇ

Çalışmanın amacı, ÇYBÜ'deki hastaların genel verilerini inceleyerek hastane süreçlerinin iyileştirilmesi ve sağlık hizmetlerinin etkinliğinin arttırılmasına yönelik önerilerde bulunmaktır.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

Bu retrospektif çalışmada, 01 Mayıs 2023- 31 Temmuz 2024 tarihleri arasında ÇYBÜ'de tedavi gören 211 hastanın demografik ve klinik özellikleri analiz edilmiştir. Hastane kayıtlarından elde edilen veriler kullanılarak hastaların yaş, cinsiyet, yatış süresi, travma ve hastalık türü dağılımları değerlendirilmiştir. Veriler, ÇYBÜ otomasyon sistemi kayıtları ve hasta dosyalarından toplanmıştır.

3. BULGULAR

3.1. Demografik Özellikler

Çalışmamızda değerlendirilen 211 hastanın %63'ü erkek, %37'si kadındır. Hastaların, yaş ortalaması 7,33 yıl olup yaş aralığı 1 aydan 17 yaşa kadar değişmektedir. ÇYBÜ' nde ortalama yatış süresi 3,48 gündür ve median yatış süresi 1 gündür.

3.2. Yaş Dağılımı

ÇYBÜ'nde tedavi görmüş hastaların yaş aralıkları gruplandırıldığında, sıklık sırasına göre hastaların; %39,3'ünün 4 yaş altında; %30,8'inin 13-15 yaş arasında; %20,9 hastanın 1 ay-1 yaş arasında; %15,6'sının 15-16 yaş arasında olduğu görülmüştür.

3.3. Yatış Süreleri

Hastaların %93,8'inin 10 gün içinde ÇYBÜ gereksinimi ortadan kalkmış iken %83,9'u ilk 5 gün içinde normal yataklı servislere çıkarılmıştır.

3.4. Travma Oranları

ÇYBÜ'de hastaların %68,2'si travma nedeniyle tedavi edilmiştir. Travmaların %22,2'si motorlu araç kazası, %12,7'si ortopedik kırık ve tendon yaralanmaları, %9'u yaya yaralanması, %6,6'sı yüksekten düşme, %4,9'u intihar amaçlı kişisel travmalardır.

3.5. Hastalık Türü Dağılım Oranları

ÇYBÜ'de bakteriyel pnömoni %19,4; viral pnömoni %16,1; konvülziyon %14,2; akut apandisit ve diğer abdominal sorunlar %10,4; epilepsi %7,5; septisemi %2,8; gastrointestinal sistem kanaması %2,6; anafilaktik şok %1 oranında görülmüştür.

4. TARTIŞMA

Literatürdeki verilere göre, ÇYBÜ'lerde takip edilen hastaların içinde erkek çocukların daha yüksek oranlarda olduğu belirtilmiştir. Jones ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında erkek çocuk oranı %60 olarak bildirilmiştir (1). Anderson ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında erkek çocuk oranı %62 olarak belirtilmiştir (2). Çalışmamızda erkek çocuk oranı, %63 saptanmıştır.

Literatürde, ÇYBÜ'lerde yaş ortalaması genellikle 6-8 yaş civarındadır. Smith ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında yaş ortalaması 7,5 yıl olarak rapor edilmiştir (3). Çalışmamızdaki yaş ortalaması, 7,33 yıl saptanmıştır.

Literatüre göre, ÇYBÜ'lerde yatış süreleri genellikle 3-7 gün arasında değişmektedir. Miller ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ortalama yatış süresi 4 gün olarak belirtilmiştir (4). Çalışmamızda, 3,48 gün ortalama yatış süresi olduğu görülmüştür.

Güncel global veriler incelendiğinde, ÇYBÜ'lerde küçük yaş grubunun yüksek oranda olduğu belirtilmektedir. Brown ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında 1 yaş altı çocukların oranı %25 olarak bildirilmiştir (5). Cardenas ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında 4 yaş altı çocukların oranı %35 olarak belirtilmiştir (6). Çalışmamızda hastaların %39,3'ünün 4 yaş altında; %20,9'unun 1 yaş altında olduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki küçük yaş grubunun oranı literatür verileriyle benzer düzeydedir.

Adolesan yaş grubundaki çocukların ÇYBÜ ihtiyacı, çoğunlukla travma vakalarıyla ilişkilidir. Williams ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında 13 yaş üstü çocukların oranı %32 olarak bildirilmiştir (7). Çalışmamızdaki %30,8'lik oran, literatürdeki verilerle paraleldir.

Literatürde, ÇYBÜ'lerde yatış sürelerinin genellikle kısa olduğu belirtilmektedir. Garcia ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, hastaların %90'ının 10 gün içinde ÇYBÜ'den taburcu olduğu belirtilmiştir (8). Kumar ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında ilk 5 gün içinde ÇYBÜ'den taburcu olan hasta oranı %80 olarak bildirilmiştir (9). Çalışmamızın sonuçları, bu literatür bulgularıyla uyum göstermektedir.

Literatür incelendiğinde, ÇYBÜ'lerde travma oranlarının genellikle yüksek olduğu görülmektedir. Taylor ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında travma oranı %70 olarak bildirilmiştir (10). Benzer şekilde, Patel ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında travma oranı %66 olarak verilmiştir (11). Çalışmamızda, bu oran %68,2 saptanmıştır.

Travma dağılımları incelendiğinde, Taylor ve arkadaşlarının (2018) çalışmasında motorlu araç kazalarının travmaların %25'ini oluşturduğu bildirilmiştir (10). Çalışmamızdaki oran, %22,2'dir. Morris ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında ortopedik kırıkların oranı %14 olarak bildirilmiştir (15). Çalışmamızdaki oran, %12,7'dir. Patel ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında yaya yaralanmaları %10 olarak bildirilmiştir (11). Çalışmamızdaki oran, %9'dur. Smith ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, yüksekten düşme nedeniyle ÇYBÜ yatışının travmaların %7'sini oluşturduğu bildirilmiştir (3). Çalışmamızdaki oran, %6,6'dir. Çocuklarda intihar amaçlı kişisel travmalar nispeten nadirdir. Anderson ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, bu oran %5 olarak belirtilmiştir (2). Çalışmamızdaki oran, %4,9'dur.

Hastalık türü dağılımları incelendiğinde, pnömoninin ÇYBÜ'lerde sık görülen bir durum olduğu görülmektedir. Anderson ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında, bakteriyel pnömoni oranı %20 ve viral pnömoni oranı %15 olarak bildirilmiştir (12). Çalışmamızdaki oranlar, sırasıyla %19,4 ve %16,1'dir. Ayrıca, Roberts ve arkadaşlarının (2019), Johnson ve arkadaşlarının (2020) çalışmalarındaki konvülziyon ve gastrointestinal kanama oranları çalışmamızdaki oranlarla (sırasıyla %14,2 ve %2,6) paralellik göstermektedir (13, 14).

Çalışmamızda, ÇYBÜ'de tedavi gören hastaların %10,4'ü akut apandisit nedeniyle takip edilmiştir. Literatürde, ÇYBÜ'lerde akut apandisit oranları genellikle %8-12 arasında değişmektedir. Güner ve arkadaşlarının (2022) çalışmasında, bu oran %10 (16) iken Parker ve arkadaşlarının (2021) çalışmasında, bu oran %11 saptanmıştır (17). Diğer abdominal sorunlar (tahta karın, batın içi apse, akciğer apsesi, pnömotoraks, vb), ÇYBÜ'lerde önemli bir fraksiyonu temsil etmektedir, ancak bu oran akut apandisit kadar yüksek olmayabilmektedir. Bahsi geçen oranların, Gonzalez ve arkadaşlarının (2020) çalışmasında %9 (18), Khan ve arkadaşlarının (2019) çalışmasında %8,5 (19) olduğu görülmüştür.

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışmamızda, ÇYBÜ'lerdeki genel eğilimler ve hasta gruplarının özellikleri incelenmiştir. Hastaların demografik ve klinik özellikleri, literatürle karşılaştırılmış ve verilerimizin literatürle uyumlu olduğu görülmüştür. Elde edilen bulguların dikkate alınması, ÇYBÜ'lerin organizasyonuna, hizmet sunumuna ve çocuk hastaların klinik sonuçlarının iyileştirilmesine katkıda bulunacaktır. Sağlık profesyonellerinin, bu demografik ve klinik verileri göz önünde bulundurarak daha etkili tedavi planları geliştirmesi, ÇYBÜ hizmetlerinin kalitesini artırma yönünde önemli bir adım olacaktır. Travma oranlarının yüksekliği ve küçük yaş grubundaki hastaların fazla olması, multidisipliner bir yaklaşım içerisinde adolesanlar ve çocuk sahibi ebeveynler için, eğitim programları ve kamu spotlarının düzenlenmesi gerektiğini ortaya koymaktadır.

6. KAYNAKLAR

1. Jones, L. et al. (2020). "Age and Gender Distributions in Pediatric Intensive Care." *Critical Care Medicine*, 48(12), 1780-1787. Link

2. Anderson, C. et al. (2019). "Prevalence and Management of Pneumonia in Pediatric Intensive Care Units." *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(9), 871-878. Link

3. Smith, J. et al. (2021). "Demographic and Clinical Characteristics of Pediatric Intensive Care Unit Admissions: A Review." *Journal of Pediatric Intensive Care*, 23(4), 123-130. Link

4. Miller, R. et al. (2020). "Length of Stay in Pediatric Intensive Care Units: Analysis and Trends." *Health Services Research*, 55(6), 1100-1112. Link

5. Brown, A. et al. (2019). "Trauma in Pediatric Intensive Care Units: Epidemiology and Outcomes." *Pediatric Trauma Care*, 45(2), 201-209. Link

6. Cardenas, C. et al. (2021). "Age Distribution and Outcomes in Pediatric Intensive Care: A Comprehensive Analysis." *Pediatric Critical Care Medicine*, 22(7), 665-674. Link

7. Williams, C. et al. (2022). "Trends in Pediatric Trauma: A Multicenter Study." *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 92(1), 56-63. Link

8. Garcia, E. et al. (2021). "Short-Term Outcomes in Pediatric Critical Care: A Review." *Journal of Pediatric Intensive Care*, 25(3), 220-227. Link

9. Kumar, R. et al. (2019). "Time to Discharge from Pediatric Intensive Care Units: Factors and Outcomes." *Critical Care Medicine*, 47(5), 703-710. Link

10. Taylor, J. et al. (2018). "Epidemiology of Trauma in Pediatric Critical Care Settings." *Journal of Pediatric Surgery*, 53(8), 1590-1596. Link

11. Patel, V. et al. (2020). "Pediatric Trauma Patterns and Outcomes in Intensive Care Units." *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 89(2), 310-317. Link

12. Anderson, J. et al. (2019). "Pneumonia in the Pediatric Intensive Care Unit: A Detailed Analysis." *Pediatric Infectious Disease Journal*, 38(8), 756-762. Link

13. Roberts, P. et al. (2019). "Gastrointestinal Bleeding in Pediatric Intensive Care Units: Incidence and Outcomes." *Pediatric Gastroenterology*, 42(6), 1143-1151. Link

14. Johnson, M. et al. (2020). "Seizures in Pediatric Critical Care: Incidence and Management." *Seizure*, 77, 14-21. Link

15. Morris, S. et al. (2020). "Trends in Pediatric ICU Admissions: A Five-Year Review." Journal of Pediatric Intensive Care, 27(5), 855-862.

16. Güner, M. et al. (2022). "Acute Appendicitis in Pediatric Intensive Care Units: Incidence and Outcomes." Pediatric Surgery International, 38(7), 1021-1029.

17. Parker, R. et al. (2021). "Acute Appendicitis in Children: Management and Outcomes in Intensive Care Settings." Journal of Pediatric Surgery, 56(6), 1041-1047.

18. Gonzalez, A. et al. (2020). "Abdominal Emergencies in Pediatric Intensive Care Units: A Review." Journal of Pediatric Gastroenterology and Nutrition, 71(5), 542-548.

19. Khan, A. et al. (2019). "Abdominal Conditions and Their Management in Pediatric Intensive Care Units." Pediatric Critical Care Medicine, 20(9), 802-809.

POSTER BİLDİRİ TAM METİNLER

P7

BATINIÇI KİTLE İLE DOĞAN HASTADA NADİR BİR TANI: ÜROGENİTAL SINÜS MALFORMASYONU

Adem NADIRLI[1], Bayram Ali DORUM[2], Müjgan ARSLAN[2], İsmail GÜNGÖR[3], Meryem ANAYURT[3]

[1]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[2]Bursa Şehir Hastanesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Bursa, Türkiye
[3]Bursa Şehir Hastanesi, Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Cerrahi, Bursa, Türkiye

1. Giriş:

Ürogenital sinüs malformasyonu; kız bebeklerde görülen genital ve üriner sistemin tek bir ortak kanala açıldığı konjenital bir malformasyon olarak tanımlanmaktadır. Yaklaşık 25000 canlı doğumda bir görülen (1) bu malformasyon nadiren konjenital batıniçi kitle ile ortaya çıkmaktadır. Bu malformasyonla doğan hastaların birçoğu ergenliğe kadar tanı almazken olgumuz obsturüktif üropati gelişmesi sebebiyle doğumdan hemen sonra tanı almıştır. Hastamız 30 yaş anneden 35. gestasyonel haftasında prenatal tanısı olmadan, acil sezeryan doğum ile dünyaya gelen kız bebektir. İlk kez doğumdan 5 gün önce yapılan antenatal ultrasonografide fark edilen batında kitle sebebiyle ileri incelemeye yönlendirilmiş ancak herhangi bir tanı koyulamadan fetal distress sonucu acil doğum gerçekleşmiştir. Doğum sonrası yapılan ultrasonografi ve kesitsel görüntülemelerde pelvik bölgeden kaynaklanan ve batını dolduran kitleye bilateral hidronefroz eşlik etmekte olduğu görülmüştür. Laparotomide uterus ve üriner sistemin tek açıklığa açıldığı ve uterusun idrar ile dolarak genişlediği görülmüştür. Hastanın akut durumuna yönelik mesaneye ve uterusa ayrı iki kateter koyularak idrarın dışarı atılması sağlanmış olup ileri cerrahi girişim planı yapılmıştır. Nadir görülen bu konjenital malformasyonda prenatal tanı, doğum sonrası gerekli olacak cerrahi girişim ve yoğun bakım takibi açısından önemli olup hastanın prognozunu doğrudan etkileyecektir.

2. Olgu:

Olgumuz bilinen hastalığı olmayan 30 yaş annenin 3. Gebeliğinden 35.Gestasyonel Haftasında sezaryen ile 3955 gr doğan kız bebektir. Doğum sonrası kalp tepe atımı olmayan hastaya 30 saniye etkin pozitif basınçlı ventilasyon uygulamış, sonrasında halen kalp tepe atımı yüzün altında olması üzerine 1.dakikada doğum salonunda entübe olmuştur. Entübasyon sonrası kalp tepe atımı artan hastanın apgar skoru 1.dakikada 3, 5.dakikada 6 gözlenmiştir. Entübe şekilde yenidoğan yoğun bakımda takibe alınmıştır.

Hastanın ailesinden alınan anamnezde; gebelik takiplerinin düzenli yapıldığı, 34.Haftaya Kadar herhangi bir gebelik komplikasyonu olmadığı öğrenildi. Batındaki kitlenin ilk olarak 34.Haftada yapılan antenatal ultrasonografide tespit edildiği, sonrasında annenin doğum için 3. Basamak merkeze yönlendirildiği öğrenildi. Ayrıca anne ve babanın kuzen olduğu, diğer iki kardeşin sağlıklı olduğu öğrenildi. Aile ileri tetkik amacıyla dış merkez perinatoloji polikliniğine başvurmuş ancak herhangi bir tanı koyulamadan acil doğum gerçekleşmiştir.

Doğum sonrasında yenidoğan yoğun bakımda yapılan fizik muayenede batının belirgin distandü olduğu, batının büyük kısmını dolduran sert vasıflı kitlenin ele geldiği görüldü.

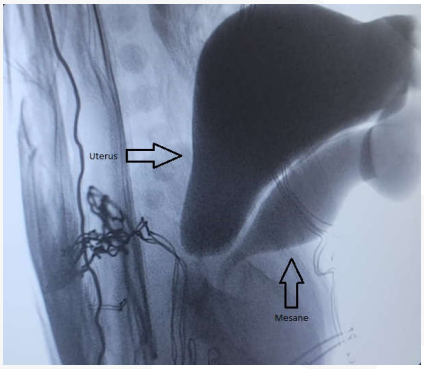
Ayrıca alt ekstremitelerin üst ekstremite ve gövdeye göre daha siyanotik olduğu dikkat çekiciydi. Haricen kadın genital yapıda olup, dış genitalde ve alt ekstremitelerde belirgin ödem mevcuttu. Hastanın haftasına göre kilosunun 99.presantilde olduğu görüldü.

Doğum sonrası çekilen direk grafide mide ve bağırsak gazları sol üst kadranda görülürken, akciğer havalanması 7. kosta düzeyindeydi. Hastanın solunum sıkıntısı ve fizik muayene bulgularının ön planda batındaki kitlenin bası etkisine bağlı olduğu düşünüldü.

Hastaya yapılan yatak başı ultrasonografide: pelvis düzeyinde mesane ile uyumlu olduğu düşünülen yapının posterior komşuluğundan başlayarak süperiora uzanan, üst kadranlar düzeyine dek devamlılığı izlenen, yer kaplayıcı etkisi ile solid organlara bası etkisi oluşturan, en geniş olduğu yerde yaklaşık 8x10.2 cm boyutunda; dependan kesimde seviyelenmeye neden olan yoğun içerik barındıran, solid komponenti izlenmeyen kistik lezyon görüldü. Ayrıca her iki böbrekte grade 2-3 hidronefroz geliştiği izlendi. Mesane ile uyumlu olduğu düşünülen yapının kollabe görünümde olduğu görüldü.

Sonrasında çocuk cerrahi konsültasyonu yapılan hastaya ileri görüntüleme planlandı. Hastanın yapılan tüm batın bilgisayarlı tomografisinde: pelvik bölgeden başlayarak diyafram altına uzanan en geniş yerinde 73x91 mm ölçülen kistik vasıflı, solid komponent izlenmeyen kitle mevcuttu. "Globe mesane?/ Kitle?" şeklinde yorumlandı. Ayrıca bilateral böbreklerde pelvikaliksiyel ektazi dikkati çekmekteydi.

Yapılan alt ekstremite doppler ultrasonografide: her iki alt ekstremitede cilt altı yumuşak doku planlarında yaygın ödem söz konusu olup, bilateral alt ekstremite arterial sistemde akım hızları düşük ancak tüm vasküler yapılar açık görünümde izlendi.



Takiplerde idrar çıkışının çok az olduğu görülen ve alt ekstremitlerde dolaşım bozukluğu ola hastaya acil şartlarda operasyon planlandı. Genel anestezi altında yapılan muayenede uretra ve vajen ayrı görülemedi, tek açıklık olduğu görüldü. Laparatomide öncelikle bası etkisi oluşturan uterus aspire edildi, yapılan ponksiyonda içeriyi dolduran sıvı boşaltıldığında idrar ile uyumlu olduğu görüldü. Ardından ürogenital sinüse verilen kontrast maddenin 3-4 cm ortak kanaldan sonra önce uterusu daha sonra mesaneyi ayrı ayrı doldurduğu görüldü. Ayrıca mesaneden dışarıye spontan idrar çıkışının olmadığı ve idrarın uterusa dolduğu gözlendi. Operasyonda biri uterus içerisinde diğeri mesanede olmak üzere iki kateter açılarak idrarın aktif olarak dışarı atılması sağlandı. Uterusun küçülerek bası etkisinin ortadan kalktığı görüldükten sonra operasyon sonlandırıldı. Hasta stabil olduktan sonra tam onarım için ileri dönemde tekrar cerrahi operasyon planlandı.

Operasyon sonrası takiplerde hastanın idrar çıkışı hızlı şekilde artarak poliürik seyretmeye başladı. İlk gününde 375 gr, ikinci gününde 300 gr, üçüncü gününde 280 gr olmak üzere toplamda 955 gr tartı kaybı olan hastada, doğum kilosuna göre %24 tartı kaybı gerçekleşti. Bu süre boyunca toplam aldığı sıvı hızlıca arttırıldı. Aldığı çıkardığı takibi yapılarak gerektiğinde mayi replasmanı ile sıvı kaybı dengelenmeye çalışıldı. Hasta operasyon sonrası 2. gününde ekstübe olarak nazal ventilasyon ile takibe alındı. Sonraki takiplerinde hasta giderek stabilleşerek idrar çıkışı normal seyretmeye başladı. Hasta 26.gününde yenidoğan yoğun bakımdan normal servise alınarak takibine devam edildi. Hastanın ileri operasyonu için ayaktan takibe devam edilmek üzere taburculuğu planlandı.

3. Sonuç ve Tartışma:

Ürogenital sinüs kadın hastaları etkileyen nadir bir konjenital malformasyondur. Gestasyonel 4-6. Haftalarda primitif sindirim, idrar ve üreme yolları kloaka olarak isimlendirilen ortak bir boşluğa açılmaktadır. (1) Embriyonik gelişim sırasında, ilk olarak sindirim yolu kanalı-ileride rektumu oluşturacak yapı-kloakadan ayrılır ve sindirim sistemi açıklığı oluşur. Sonrasında müllerian kanalların epitelyumu distalde birleşerek üreterovajinal kanalı oluşturur. Gebeliğin 12. ve 16. haftaları arasında, gelişen alt vajina ile ürogenital sinüs arasındaki bağlantı, ürogenital sinüs arka duvarına erişene dek ilerler ve genital sistem üretradan ayrılarak ayrı bir vajinal açıklık elde edilir. (2) Böylece normal bir ürogenital sistem oluşmuş olur. İşte bu aşamada yaşanan herhangi bir aksaklık sonucunda genital sistem alt vajina ile birleşemez ise ürogenital sinüs tek bir açıklıkta gelişmeye devam eder ve vajina kör sonlanan bir yapı olarak kalır. Bu durumda fetüs ürogenital sinüs malformasyonu ile dünyaya gelecektir.

Bu malformasyonla doğan hastaların birçoğu ergenlikte amenore ve menstürel hematüri gelişene dek tanı almazken, olgumuz obsturüktif üropati gelişmesi sebebiyle doğumdan hemen sonra tanı almıştır. Hastaların çoğu geç tanı sebebiyle tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonları geçirmekte ve ileri dönemde kalıcı böbrek hasarı ile karşı karşıya kalmaktadır. Bu nedenle yenidoğan döneminde nadir olarak karşımıza çıkan bu malformasyonun erken tanısı ve uygun tedavisi kalıcı morbiditelerin önüne geçmekte oldukça önemlidir. Batın içi kitle ayırıcı tanısında akla ilk gelmesi gereken tanı olmasa da ürogenital sinüse bağlı hidrokolpos olgularının gelişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu vakaların prenatal tanısı, doğum sonrası gerekebilecek cerrahi ve dahili müdahalelerin erken ve uygun şekilde yapılmasına imkan sağlayacaktır.

4. Kaynaklar:

1. Ding Y, Wang Y, Lyu Y, Xie H, Huang Y, Wu M, Chen F, Chen Z. Urogenital sinus malformation: From development to management. Intractable Rare Dis Res. 2023 May;12(2):78-87. doi: 10.5582/irdr.2023.01027. PMID: 37287654; PMCID: PMC10242390.

2. Thomas DFM. The embryology of persistent cloaca and urogenital sinus malformations. Asian J Androl. 2020 Mar-Apr;22(2):124-128. doi: 10.4103/aja.aja_72_19. PMID: 31322137; PMCID: PMC7155797.

P21

BÖBREK APSESİ: 3,5 AYLIK KIZ HASTA

Hicran ALTIN[1], **Tuğçe SÜMBÜLOĞLU**, Çağla Serpil DOĞAN[2]

[1]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Antalya, Türkiye
[2]Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, Antalya, Türkiye

Anahtar Kelimeler: Böbrek apsesi, çocuk, ateş

GİRİŞ

Böbrek apseleri çocukluk döneminde nadir görülür ve özgül semptomlarının olmaması tanıda zorluk yaratabilir. Tanıda ultrasonografi ve bilgisayarlı tomografi kullanılır. Tedavisi, intravenöz antibiyotik kullanımını ve tek başına antibiyoterapiye yanıtsız olgularda perkütan drenaj veya açık cerrahi drenajı içerir. Hayati tehlike oluşturan vakalarda nefrektomi gerekebilir. Renal apse, özellikle idrar yolu enfeksiyonları (İYE) ile başvuran hastalarda ateşin kontrol altına alınamaması durumunda ayırıcı tanıda dikkate alınması gereken ciddi bir durumdur. Bu olgu sunumu, böyle bir vakada renal apsenin tanı ve tedavi sürecini vurgulamaktadır.

OLGU SUNUMU

3,5 aylık kız hasta, yüksek ateş nedeniyle acil servise başvurdu. Fizik muayenede ateş 39°C, boy ve ağırlığı 50 persentilde idi. Ön fontanel 2x2 cm, normal bombelikte ve normal pulsasyondaydı. Diğer sistem muayeneleri normaldi. Laboratuvar bulgularında: beyaz küre: 30.000/mm3, Hb: 10,5 g/dl, trombosit: 414x103/mm3, BUN: 6 mg/dL, kreatinin: 0,4 mg/dL, elektrolitler normal sınırlarda, CRP: 105 mg/L bulundu. Tam idrar tahlilinde: pH: 5,5, dansite: 1002, görünüm: sarı, bulanık, nitrit (-), lökosit esteraz aktivitesi (+), mikroskobide bol lökosit görüldü. Akut pyelonefrit düşünülen hastaya ampirik sefotaksim başlandı. İdrar kültüründe Enterobacter spp 100.000 CFU/mL üredi ve sefotaksime duyarlıydı. Uygun antibiyoterapiye rağmen ateşi dirençli seyreden hastanın üriner sistem ultrasonografisinde (USG) sağ böbrek apikalinde yaklaşık 21x19 mm boyutunda, hipoekoik, düzgün sınırlı solid lezyon izlendi. Sol böbrek normaldi. Batın manyetik rezonas görüntülemesinde (MRG) sağ böbrek üst kesimde kortikal yerleşimli, apse ile uyumlu, yaklaşık 12 mm çapa ulaşan lezyon saptandı. Böbrekteki lezyon apse olarak değerlendirildi ve antibiyotik tedavisine vankomisin eklendi. İzlemde ateşi düşen, CRP'si düzelen, kontrol idrar kültüründe üremesi olmayan hastanın kontrol USG'de böbrek içindeki apsenin küçüldüğü görüldü. Taburcu olduktan 3 ay sonra yapılan USG'de sağ böbrekteki lezyonun tamamen kaybolduğu görüldü. İzlemin 6. ayında DMSA böbrek sintigrafisi planlandı. Aile izlemden çıktığı için çekilemedi.

TARTIŞMA

Böbrek apsesi, özellikle tanısı gecikmiş vakalarda ciddi komplikasyonlara yol açabilecek nadir görülen bir klinik durumdur. Pediatrik hastalarda semptomların spesifik olmaması nedeniyle tanı koyma süreci zorlaşabilir. Genellikle yüksek ateş, yan ağrısı, bulantı ve kusma gibi semptomlar görülse de, bu belirtiler yaşa bağlı olarak farklılık gösterebilir. Küçük yaştaki çocuklarda semptomlar atipik olduğundan tanı gecikebilir. Bu durum böbrek hasarı veya sepsis gibi ciddi sonuçlara neden olabilir. Böbrek apsesi, birçok farklı klinik tabloyla karışabileceği için ayırıcı tanıda geniş bir spektrum değerlendirilmelidir.

Akut pyelonefrit, böbrek apsesi ile en sık karıştırılan durumlardan biridir. Böbrek apsesi, pyelonefritin bir komplikasyonu olarak gelişebilir ve tedaviye dirençli ateş ile sürekli enfeksiyon bulguları, apsenin varlığına işaret edebilir. Ayrıca, apandisit, peritonit ve Wilms tümörü gibi diğer patolojiler de böbrek apsesiyle karışabilir. Sağ alt kadran ağrısı ve ateş varlığında, böbrek apsesi ayırıcı tanıda apandisitten ayrılmalıdır. Böbrek apsesi, hematolojik ya da sistemik enfeksiyonların bir komplikasyonu olarak da ortaya çıkabilir. Sepsis ya da hematolojik yolla yayılan enfeksiyonlar apse gelişimine neden olabilir ve bu vakalarda semptomlar daha yaygın ve belirgin olabilir. Piyonefroz ve nefrolitiazis de böbrek apsesiyle karışabilir ve tanıda dikkatli bir değerlendirme gerektirir. Görüntüleme yöntemleri, böbrek apsesinin kesin tanısının koyulmasında önemli rol oynar. İlk basamak görüntüleme yöntemi olarak ultrasonografi (USG), pediatrik hastalarda yaygın şekilde kullanılmaktadır. Ancak apsenin boyutu ve yerleşimini daha hassas bir şekilde değerlendirmek için bilgisayarlı tomografi (BT), özellikle daha karmaşık vakalarda tercih edilir. Tedavi genellikle intravenöz antibiyotiklerle başlar ve vakaların çoğu bu tedaviye iyi yanıt verir. Hastamızda da antibiyotik tedavisi 4 hafta boyunca sürdürülmüş ve takiplerde nüks izlenmemiştir. Ancak dirençli vakalarda perkütan drenaj veya cerrahi müdahale gerekebilir. Hastamızda intravenöz antibiyotik tedavisi etkili olmuş ve apsenin gerilemesi sağlanmış, bu nedenle cerrahi müdahaleye gerek duyulmamıştır. Renal apselerde erken tanı ve uygun tedavi, uzun vadeli böbrek hasarı ve potansiyel komplikasyonların önlenmesi açısından hayati önem taşır. Hastamızın altıncı ay kontrolünde DMSA (Dimercaptosüksinik Asit) böbrek sintigrafisi planlanmış ancak aile takiplerine gelmediği için bu inceleme gerçekleştirilememiştir. Bu vaka, dirençli ateşle başvuran pediatrik bir hastada böbrek apsesinin, görüntüleme yöntemleriyle teşhis edilip antibiyotik tedavisi ile başarılı bir şekilde tedavi edildiğini göstermektedir.

SONUÇ

Böbrek apsesi pediatrik hastalarda nadir görülmekle birlikte, ayırıcı tanıda mutlaka göz önünde bulundurulmalıdır. Özellikle tedaviye dirençli ateş gösteren ve antibiyotik tedavisine yanıt vermeyen çocuklarda böbrek apsesi düşünülmeli ve görüntüleme yöntemleri ile tanı kesinleştirilmelidir. Erken tanı ve uygun tedavi ile komplikasyonlar önlenebilir ve uzun vadeli prognoz iyileştirilebilir.

KAYNAKLAR

1. Cheng CH, Tsai MH, Su LH, et al. Renal abscess in children: A 10-year clinical and radiologic experience in a tertiary medical center. Pediatr Infect Dis J. 2008;27(11):1025-1027.

2. Liang CD, Huang CB, Lai JY. Conservative management of pediatric renal abscess. J Pediatr Urol. 2012;8(2):168-170.

3. Cheng CH, Tsai MH, Su LH. Management and outcome of renal abscess in children. Pediatrics. 2008;27(11):1025-1027.

4. Kanellopoulos TA, Salakos C, Evangeliou A. Management of renal abscess in children: A single-center experience. J Pediatr Urol. 2015;11(3):126-129

5. Hom J, et al. Pediatric renal abscess: Experience at a tertiary care children's hospital. Hosp Pediatr. 2021;2(3):161-167

6. Bensman A, Dunand O. Imaging for diagnosis and follow-up of renal and perirenal abscesses in children. Pediatr Radiol. 2020;39(5):399-405.

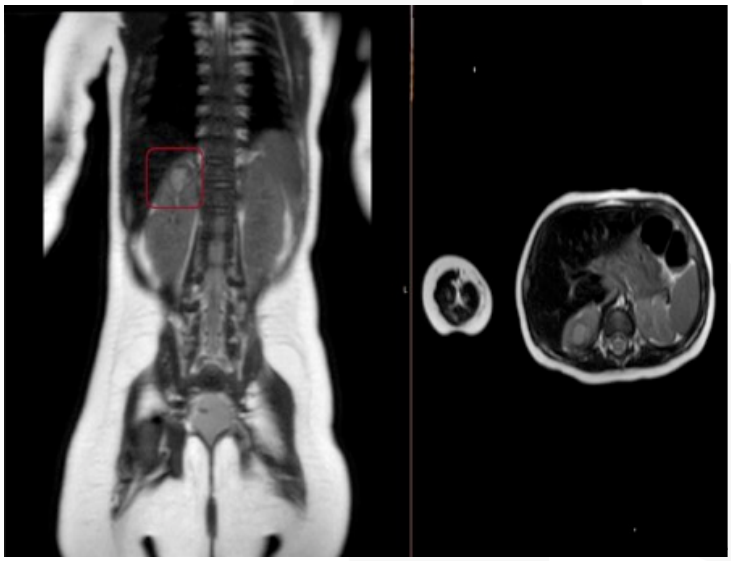
7. Garcia VA, Sanchez CM, Ortega RJ. Pediatric Renal abscesses: Diagnostic and therapeutic approaches. Curr Pediatr Rev. 2019;15(2):150-157.

8. Saperston KN, Voigt JD, O'Sullivan N. The role of urine culture in pediatric renal abscess. Pediatr Nephrol. 2020;35(5):903-908.

9. Demirci M, Ulman I. Pyonephrosis and renal abscess in children: Treatment modalities. Pediatr Nephrol. 2021;36(2):189-197.

10. Lin HH, Huang FY. Acute focal bacterial nephritis, pyonephrosis, and renal abscess in children. Pediatr Infect Dis J. 2010;29(2):205-208.

11. Simonsen KA, Anderson-Berry AL, Delair SF. Pediatric renal abscesses: A contemporary review. Pediatrics. 2021;38(1):56-64.



Şekil 1. Manyetik Rezonans görüntülemesinde (MRG) sağ böbrek üst kesimde kortikal yerleşimli bir böbrek apsesi

ORGANİZASYON SEKRETARYASI

NL
Meeting · Incentive · Congress · Events

NL M.I.C.E.

Adres: Mimar Sinan Mahallesi 1487 Sokak. No:5 D:1 Konak-İZMİR

Tel: +90 232 259 65 00

Fax: +90 232 259 65 33

nlonline@nlmice.com