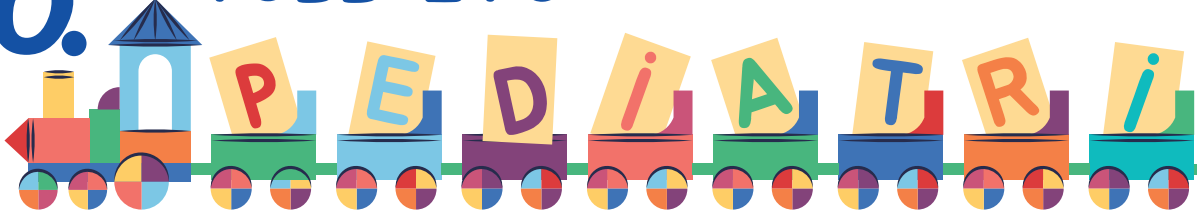
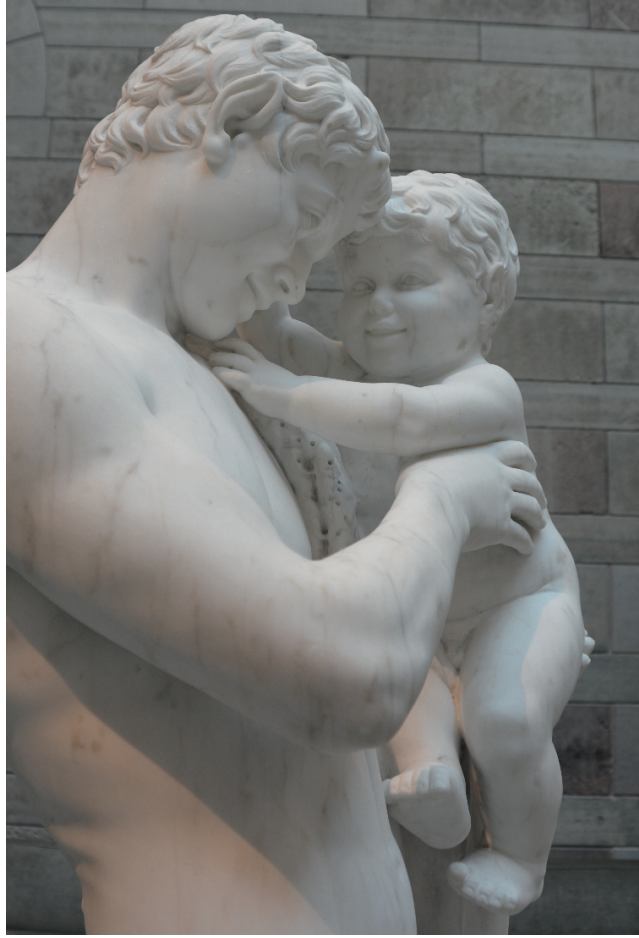


6. TOBB ETÜ



SEMPOZYUMU



“ Doç. Dr. Naciye Gönül TANIR Anısına ”



TOBB ETÜ | Tıp
Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi



TOBB ETÜ Yayınları

6. TOBB ETÜ Pediatri Sempozyum kitabı , "Doç. Dr. Naciye Gönül Tanır Anısına" : 14 Aralık 2024, Ankara.

TOBB ETÜ Yayınları

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Yayınları No: 17

Editörler: Prof. Dr. Zafer Arslan, Prof. Dr. Zeynep Üstünyurt, Doç. Dr. Hatice Tatar Aksoy

© 2024 TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi. Bütün hakları saklıdır.

TOBB ETÜ Yayınları

Sertifika no: 41804

TOBB Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi, Söğütözü Caddesi No: 43

Söğütözü 06560 Ankara/Türkiye

www.etu.edu.tr

TOBB ETÜ Kütüphanesi Yayın Öncesi Katalog Verileri

6. TOBB ETÜ Pediatri Sempozyum kitabı, "Doç. Dr. Naciye **Gönül** Tanır Anısına" : 14 Aralık 2024, Ankara / editörler : Prof. Dr. Zafer Arslan, Prof. Dr. Zeynep Üstünyurt, Doç. Dr. Hatice Tatar Aksoy.

Ankara : TOBB ETÜ Yayınları, 2024.

Çevrimçi kaynak : tablolar.

ISBN: 978-975-9116-49-1 (e-kitap)

1. Pediatrics (mesh) 2. Pediatrics (lcs) 3. Pediatri. I. Arslan, Zafer. II. Üstünyurt, Zeynep. III. Aksoy, Hatice Tatar.

RJ45 (LCCN) WS 100 (NLM) 618 (DDC)

Yayının içeriğinden bilimsel, etik, yasal ve dil kullanımı açılarından yazarı sorumludur.

Kitabın elektronik sürümü <https://www.etu.edu.tr/tr/sayfa/tobb-etu-yayinlari> adresli TOBB ETÜ Yayınları web sayfasında ve <https://gcris.etu.edu.tr/> adresli Akademik Arşivimizde sunulmaktadır.

6. TOBB ETÜ PEDIATRİ SEMPOZYUMU



“Doç. Dr. Naciye Gönül TANIR Anısına”

SEMPOZYUM KİTABI
14 ARALIK 2024
ANKARA



TOBB ETÜ | **Tıp**
Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

6. TOBB ETÜ

14 ARALIK 2024



SEMPOZYUMU

SEMPOZYUM BAŞKANI

PROF. DR. ZAFER ARSLAN

SEMPOZYUM SEKRETERLERİ

PROF. DR. ZEYNEP ÜSTÜNYURT KONUK
DOÇ. DR. HATİCE TATAR AKSOY

DÜZENLEME KURULU

PROF. DR. NEJAT AKAR
PROF. DR. GÜLAY DEMİRCİN
DR. AYGÜN ATACANLI
DR. MELTEM GÜNEŞ ASLAN
DR. ŞAHİKA BAYSUN
DR. ZEKİYE BAYDAR
DR. MUAZZEZ SUCUOĞLU



TOBB ETÜ
Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

Tıp

6. TOBB ETÜ

14 ARALIK 2024



SEMPOZYUMU

BİLİMSEL KURUL

PROF. DR. NEJAT AKAR
PROF. DR. ZAFER ARSLAN
PROF. DR. GÜLAY DEMİRCİN
PROF. DR. ZEYNEP ÜSTÜNYURT KONUK
DOÇ. DR. HATİCE TATAR AKSOY

ORGANİZASYON KOMİTESİ

Irmak GÜVENÇ
Latife Büşra ÇOKASLAN
Zeynep Ecem KASAR
Bilge ÖZÜÇETİN
Faramarz BEHFROOZ
Alp UZMAN
Fethi KARAMANLI
Yiğit Alp ERCAN
Rümeysa CANSIZ
Aylar BEGENJOVA
Şevval Deniz DEMİRBAŞ
Melike Nehir ŞİNGAR
Yasin ŞAHİN



TOBB ETÜ
Ekonomi ve Teknoloji Üniversitesi

Tıp

"Bu yıl, 6. Pediatri Sempozyumunu, yıl içinde kaybettiğimiz
Pediatrik Enfeksiyon Hastalıkları Hocamız

Doç. Dr. Naciye Gönül Tanır anısına düzenledik.

Covid-19 pandemisinden edinilen derslerin yanı sıra, pediatrik enfeksiyonun
güncel konularındaki değişen yaklaşımları ele aldığımız bu
toplantıya katkı sunan
meslektaşlarımıza ve organizasyonu gerçekleştiren
Prof. Dr. Zeynep ÜSTÜNYURT KONUK ile Doç. Dr. Hatice TATAR AKSOY'a
teşekkür ederiz".

PROF. DR. ZAFER ARSLAN

AŞI TEREDDÜDÜ

Prof. Dr. Betül ULUKOL
Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi
Sosyal Pediatri Bilim Dalı

Aşılama, enfeksiyon hastalıklarından korunma ve ölümlerin engellenmesinde en etkili müdahalelerden biridir. Aşılamanın aşıyla önlenebilir hastalıkların yaygınlığını ve görülme sıklığını azaltmada başarılı olabilmesi için aşı programlarına uyumun yüksek olması gerekir. Aşı kapsayıcılığının yüksek olması, aşılanmış bireylerin doğrudan korumasının yanı sıra, hastalıkların bulaş hızını yavaşlatarak toplumun geneli için dolaylı koruma sağlar ve duyarlı kişiler için de enfeksiyon riskini azaltır.

Aşılama, en başarılı halk sağlığı önlemlerinden biri olarak kabul edilmesine rağmen, son yıllarda artan sayıda ebeveyn tarafından güvensiz ve gereksiz olarak algılanmaya başlamıştır. Aşı karşıtı hareketler, aşı kabul oranlarının düşmesine neden olmakta ve aşıyla önlenebilir hastalık salgınlarının ortaya çıkması riskini artırmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) 2019'da aşı tereddüdünü küresel sağlığa yönelik en büyük on tehditten biri olarak kabul etmiştir. Aşı uygulanmasıyla ilişkili bir dizi sosyal ve davranışsal kavram söz konusudur. Aşı güveni, aşıların güvenliği ve etkinliğine, sağlık hizmetleri ve sağlık profesyonellerinin güvenilirliği ve yeterliliği de dahil olmak üzere aşı dağıtım sistemine ve ihtiyaç duyulan aşılarla karar veren politika yapıcılarının motivasyonlarına olan güveni içerir. Aşı tereddüdü ise DSÖ Stratejik Danışma Uzmanları Grubu Aşı Tereddüdü Çalışma Grubuna göre, "aşılama hizmetlerinin mevcudiyetine rağmen aşının kabulünde gecikme veya aşının reddedilmesi" olarak tanımlanmıştır. Aşı tereddüdü karmaşıktır ve bağlama özgüdür, zamana, yere ve aşıya göre değişir. Kişi kendini veya çocuklarını aşılatma kararıyla ilgili endişeler yaşamaktadır. Aşı konusunda tereddütlü bireyler tüm aşıları kabul edebilir ancak bunlar konusunda endişe duymaya devam edebilir, bazı aşıları reddedebilir veya erteleyebilir, bazılarını kabul edebilir veya tüm aşıları reddedebilir. Aşı uygulanması ile ilgili diğer bir kavram aşı reddidir. Aşı reddi; önlenebilir bulaşıcı bir hastalığa karşı kendisine veya bir aile üyesine aşı yapılmasına izin vermeme şeklinde tanımlanır.

Aşı reddi, kabul etme ve reddetme arasında keskin sınırları olan bir durumdan ziyade bu iki durum arasında bir süreç olarak tanımlanabilir; bir uçta tüm aşıları reddedenler, diğer uçta tüm aşıları kabul edenler ve iki grup arasında bazılarını kabul edip diğerlerini reddedenler bulunur.

Aşı reddi ve aşı tereddüdü durumlarında genel amaç aşı kabulünü artırmaktır. Bunun için aşı reddi/tereddüdünün belirleyicilerini incelemek ve müdahale programlarını bu sorunlar bağlamında geliştirmek gerekir. Aşı tereddüdünün sık görülen nedenleri; aşıların yan etkileri, aşıların etkililikleri konusunda şüphecilik, gerekli olmadığı algısı, aşılarla ya da konuyla ilgili sisteme güvensizlik, aşı karşıtı görüşler, özerklik arzusu ve ahlaki kaygılar olarak sıralanabilir. Aşı kabulü ve tereddüdünün sosyodemografik özelliklere göre değiştiğini gösteren çalışmalar vardır. Bu çalışmalar yoksulluğun aşı tereddüdü ve aşı kabulünün azalmasıyla önemli ölçüde ilişkili olduğunu, eğitim düzeyi düşük gruplarda aşı tereddüdünün daha sık görüldüğünü göstermiştir.

Çalışmalar aşı tereddüdünü yenebilmek için yalnızca aşılar hakkında bilgi vermeyi veya aileyi eğitmeyi amaçlayan müdahalelerin yeterli etkinlikte olmadığını göstermektedir. Çünkü aşı kabulü konusunda bireysel karar almak oldukça karmaşıktır ve bilişsel faktörler kadar duygusal, kültürel, sosyal ve politik faktörler de etkili olabilmektedir. Tıbbi karar alma sürecinde insan davranışının önemini fark etmek ve kabul etmek önemlidir. Aşı tereddüdüne neden olan faktörlerin anlaşılması, ailelerle yapılan görüşmelerin etkinliğini artıracaktır.

Görüşmelerde aktarılan bilgi kadar müdahaleyi kimin gerçekleştirdiği de önemlidir. Hastası ile güven ilişkisi kurmuş bir çocuk hekiminin aile ile yapacağı görüşme aşılarla ilgili karar almayı etkileyen ana faktörlerden biridir. Aşı kararlarını etkileyen psikolojik, sosyal ve kültürel faktörlerin yanı sıra tıbbi faktörleri de hedefleyen bireysel iletişim stratejileri ve müdahaleler oluşturmak gerekir. Ailelerin aklındaki soruların kısaca ve net şekilde yanıtlandığı, motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı ve ailenin inanç ve değerlerini kabul eden müdahaleler en başarılı olanlardır.

İNVAZİV STREPTOKOK ENFEKSİYONLARI

Prof. Dr. Ergin Çiftçi

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Streptococcus pyogenes, grup A streptokok (GAS) olarak da bilinen, insan boğazında veya derisinde taşınabilen bir grup Gram-pozitif bakteridir. Genellikle farenjit ve impetigo gibi hafif enfeksiyonlara neden olan etken septisemi, streptokok toksik şok benzeri sendrom (STSS) ve nekrotizan fasiit gibi nadir ancak ciddi invaziv hastalıklara da neden olabilmektedir.

S. pyogenes'in insan dışında bilinen bir çevresel rezervuarı veya doğal hayvan konağı yoktur. *S. pyogenes* bakterileri çok bulaşıcıdır. Enfekte bir kişiyle doğrudan veya dolaylı temas yoluyla hastalık bulaşır. Akut enfeksiyon genellikle tonsillofarenjit ile sonuçlanır ve hastalığı olan kişilerin, asemptomatik *S. pyogenes* taşıyıcılarına kıyasla bakterileri başkalarına bulaştırma olasılıkları çok daha yüksektir. GAS enfeksiyonları antibiyotiklerle kolayca tedavi edilir ve hastalığı hafif geçiren bir kişinin 24 saatlik tedaviden sonra bulaşıcılığı kaybolur. Tedavi edilmediğinde ise semptom sonrası 2 ila 3 hafta boyunca bulaşıcılığı devam eder.

GAS farenjitine yakalanan hastaların hepsinde invazif streptokok hastalığı gelişmeyecektir. Bir kişinin ne ölçüde hastalanacağı, bakteriyel süper antijenler adı verilen ekzotoksin üretimine ve hastanın immün sisteminin nasıl tepki verdiğiyle bağlıdır. Streptokok süper antijenleri, başta toksik şok sendromu ve kızıl olmak üzere bir dizi hastalıkta rol oynamıştır. Bugüne kadar GAS'ta 13 farklı süper antijen tanımlanmıştır. Bunlardan üç süper antijen (SpeA, SpeC ve SSA), kızıla ve invaziv hastalığa neden olur. Gelecekteki skarlatiniform döküntülere karşı bağışıklık sağlayan, ancak sonraki GAS enfeksiyonlarına karşı bağışıklık sağlamayan spesifik antitoksin antikorlarının oluşumunu teşvik eder. Bakteri süper antijenleri, T hücreleri reseptörü β -zincirlerinin (TCR $V\beta$) değişken bölgesini, antijen sunan hücrelerin MHC sınıf II molekülleri ile antijene spesifik olmayan bir şekilde çapraz bağlayan güçlü ekzotoksinlerdir, bunlar T hücrelerinin geniş çapta aktivasyonuna ve kontrolsüz sitokin tepkilerine yol açar. Bu dramatik bağışıklık tepkisi "sitokin fırtınası" olarak da bilinir ve toksik şok sendromunu gibi invaziv hastalıkların belirtilerinden sorumludur.

COVID-19 pandemisi sonrası dünyanın pek çok bölgesinden invaziv A grubu streptokok hastalığı vakalarında artış olduğunu bildirilmiştir. Bu ülkelerin bazılarında invaziv hastalıklara bağlı ölümlerde artış rapor edilmiştir. On yaşın altındaki çocuklar en çok etkilenen yaş grubunu temsil etmektedir. Çocuklar ve yetişkinler arasındaki fark muhtemelen bağışıklığın varlığı veya yokluğundan kaynaklanmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü, vakalarda gözlenen artışın solunum yolu enfeksiyonlarının erken dönem başlaması ve dolaşımdaki solunum yolu virüslerinin görülme sıklığının yüksek olmasıyla örtüştüğünü belirtmiştir.

Çocukların, COVID-19 salgını sırasında GAS dolaşımının azaldığı bir dönemin ardından, yeterli bağışıklık geliştirilememesi nedeniyle daha ciddi şekilde etkilendiği ileri sürülmüştür.

Streptokok farenjitinin klasik görünümü ani başlayan ateş, halsizlik ve boğaz ağrısıyla başlar. Yutma sırasında hassas, ağrılı ve büyümüş ön servikal lenf düğümlerinin varlığı tipik özelliklerdir. Özellikle küçük çocuklarda karın ağrısı ve kusma yaygındır. Streptokok farenjitinde öksürük, burun akıntısı, ses kısıklığı, konjonktival kızarıklık ve ishal belirgin şekilde görülmez ve bu semptomların varlığı genellikle viral bir etiyolojiyi düşündürmelidir. Ateş genellikle 39° C'nin üzerindedir, tonsiller ile arka farenkste yama şeklinde beyaz veya sarımsı bir eksüda ile kaplanmış eritem ve ödem yer alır. Yumuşak damakta peteşi bulunabilir. Bu karakteristik klinik özelliklerin çoğunun veya tamamının varlığı, *S. pyogenes* farenjitini düşündürür, ancak ona özgü değildir. Tedavi edilmezse boğaz ağrısı genellikle 3 ila 6 gün içinde düzelir ve ateş 1 hafta içinde düşer. Semptomların düzelmesine rağmen boğaz kültürleri antibiyotik tedavisinin yokluğunda genellikle birkaç hafta boyunca pozitif kalır. Eksüdatif farenjit, 3 yaşından küçük çocuklarda nadirdir, ancak *S. pyogenes* enfeksiyonu bu yaş grubunda ortaya çıkabilir ve ateş, lenfadenopati ve mukopürülan rinit ile kendini gösterebilir.

Kızıl döküntüsü tipik olarak hastalığın birinci veya ikinci gününde, başlangıçta gövdede başlar, basınçla beyazlaşır ve avuç içi ve ayak tabanlarını koruyarak birkaç saatten birkaç güne kadar tüm vücudu, ekstremiteleri kapsayacak şekilde yayılır. Döküntü sıklıkla boyun, kasık, antekübital fossa ve koltuk altı gibi fleksör kıvrımlarda belirginleşir (Pastia çizgileri). Yanaklar kızarır, ağız çevresi korunur (peroral solgunluk).

Dil çilek görünümü alabilir, şişebilir ve kırmızılaşabilir. Ter bezlerinin tıkanması nedeniyle cilt zımpara kağıdı dokusuna bürünebilir ve bu daha sonra soyulabilir. Döküntü genellikle 6-9 gün içinde kaybolur ve bunu birkaç gün sonra avuç içi ve ayak tabanlarında tipik olarak tırnakların serbest kenarında parmak uçlarında başlayan pul pul dökülme izler. Nadiren kızıl, artrit, sarılık ve safra kesesinin hidropsu ile komplike olabilir. Antibiyotik kullanımıyla ciddi belirtiler daha az görülür.

S. pyogenes farenjitinin klinik tanılarının doğruluğunu artırmak için puanlama sistemleri geliştirilmiştir. Ateş, öksürük olmaması, tonsiller eksudaların varlığı ve ön servikal lenf düğümlerinin şiş, hassas olması gibi klinik özelliklerin varlığına veya yokluğuna göre puan verilir. En iyi bilinen klinik değerlendirme araçları, Centor ve ek bir kriter olarak hasta yaşını içeren çok benzer McIsaac puanlama sistemleridir.

S. pyogenes farenjitinin tanısı için "altın standart", uygun şekilde alınmış bir boğaz sürüntü örneğinden yapılan pozitif bir kültürdür. Daha hızlı ve daha kullanışlı hızlı antijen testleri birçok klinik ortamda yaygın olarak kullanılmaktadır. Bu testler genellikle $\geq 95\%$ spesifiktir, dolayısıyla pozitif bir sonuç anında tanı sağlar ve kültür ihtiyacını ortadan kaldırır. Çocuklarda ve ergenlerde, kültür yönteminin duyarlılığı hızlı antijen testlerine göre daha yüksek olduğundan, negatif bir hızlı test boğaz kültürüyle doğrulanmalıdır. Çoğu klinik kılavuz, yetişkinlerde negatif antijen testinin rutin olarak doğrulanmasını önermemektedir, çünkü daha önce bir atak geçirmemiş yetişkinlerde romatizmal ateş riski son derece düşüktür. Etken saptanmışsa hastanın penisiline karşı ciddi bir alerjisi olmadığı ve diğer ilaçların (makrolidler gibi) test edilmesi gerekmediği sürece *S. pyogenes* için antimikrobiyal duyarlılık testi genellikle uygulanmaz.

Streptolizin O (SLO) veya DNaz B gibi *S. pyogenes* antijenlerine karşı antikolar için serolojik testler, akut romatizmal ateş veya post-streptokoksik glomerülo nefrit şüphesi olan durumlarda önceki *S. pyogenes* enfeksiyonunun retrospektif tanısı için faydalıdır, ancak bu testler, *S. pyogenes* farenjitinin akut tanısında, spesifik antikordaki artışın enfeksiyonun başlangıcından yalnızca 7 ila 14 gün sonra başlaması ve 3 ila 4 haftada maksimum seviyelere ulaşması nedeniyle yardımcı değildir.

S. pyogenes enfeksiyonları antibiyotiklerle tedavi edilir. Önerilen bir antibiyotik rejiminin kullanılması semptomların süresini kısaltır, aile üyelerine, sınıf arkadaşlarına ve diğer yakın temasta bulunan kişilere bulaşma olasılığını azaltır ve akut romatizmal ateş de dâhil olmak üzere komplikasyonların gelişmesini önler.

Penisilin uzun yıllardan beri *S. pyogenes* farenjit tedavisinin temel dayanağı olmuştur. Klinik izolatlar penisilin ve diğer birçok beta-laktam antibiyotiğe evrensel olarak duyarlı olmaya devam etmektedir. Penisiline dirençli klinik izolata ilişkin hiçbir rapor bulunmamaktadır. Amoksisilin de benzer şekilde etkilidir ve özellikle çocuklarda daha uzun yarı ömrü nedeniyle sıklıkla tercih edilir.

Amoksisilin'in günde bir kez dozlanmasının, günde iki kez dozlama rejimiyle benzer etkinliğe sahip olduğu görülmektedir. Aşırı duyarlılık tipte olmayan penisilin veya amoksisilin alerjisi öyküsü olan hastalarda dar spektrumlu sefalosporinler (örn. sefalekssin, sefadroksil), kullanılabilir. Makrolid antibiyotikler ek bir alternatiftir ancak bunlara karşı direnç nispeten yaygındır. Bazıları, penisilin (veya amoksisilin) ile klinik ve/veya bakteriyolojik iyileşme oranlarının, sefalosporinler dâhil olmak üzere alternatif ajanlara göre daha düşük olduğunu ileri sürmüştür. Ancak karşı görüş alternatif ajanların üstünlüğünü gösteren çalışmaların yanlışlıkla *S. pyogenes* taşıyıcılarını dâhil ettiği ve penisilin taşıyıcılığın ortadan kaldırılmasında yetersiz olduğu, ancak gerçek enfeksiyonun tedavisi için diğer ajanlarla karşılaştırılabilir olduğu yönündedir. Penisilin, köklü güvenlik ve etkinlik kayıtları, dar spektrumu ve düşük maliyeti nedeniyle klinik uygulama kılavuzlarında birinci basamak tedavi olarak önerilmeye devam etmektedir.

S. pyogenes enfeksiyonlarının prognozu iyidir. İyileşme genellikle 3-6 gün içinde tamamlanır ancak cilt semptomlarının azalması 14-21 gün sürebilir.

Antibiyotik çağında ölüm oranı %1'den azdır. Tanı konulduktan ve tedaviye başlandıktan sonra hasta, ateşinin geçmesinden 24 saat sonra normal aktivitesine dönebilir. Tedavi edilmediği takdirde prognoz kötüleşir ve GAS enfeksiyonundan kaynaklanan komplikasyon olasılığı artar.

BİR YAŞ ALTI ÇOCUKLARIN ÇOCUK ACİL SERVİS GÖZLEM ÜNİTELERİNİ KULLANIMININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Özlem Çolak 1, Aysun Tekeli 1

1Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Acil, Ankara, Türkiye

Amaç: Çalışmamızda; bir yaş altında olup takip ve tedavi açısından çocuk acil servis gözlem ünitesine alınan hastaları değerlendirmeyi amaçladık.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız 2. Basamak bir Çocuk Acil olan merkezimizde retrospektif olarak planlanmış olup Ağustos 2023-Temmuz 2024 arasında 1 yıllık sürede gözlem ünitesinde izlenen hastaları çalışmamıza dahil ettik.

Hastaların yaş, tanısı, hangi mevsimde başvurduğu, gözlemde takip süresi ve yataklı servise yatış verileri değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 382 hasta dahil ettik. Hastaların ortalama yaşı 170 gündü. Mevsimlere göre dağılıma bakıldığında hastaların yaklaşık %39'unun (n=149) kış mevsiminde, %23'ünün (n=87) sonbahar mevsiminde, %20'sinin (n=77) yaz mevsiminde, %18'inin (n=69) ilkbahar mevsiminde olduğu görüldü. Hastaların yaklaşık %35,1'i (n=134) alt solunum yolu enfeksiyonu tanısı ile, %20,1'i (n=77) ateş ile başvurup okkult bakteriyemi şüphesi ile, %12,6'sı (n=48) akut gastroenterit tanısı ile, %6,8'i (n=26) febril konvulziyon tanısı ile, %4,7'si (n=18) kusma ile başvurup tanı tedavi ve izlem nedeni ile, %3,4'ü (n=13) idrar yolu enfeksiyonu tanısı ile ve %17,3'ü (n=66) diğer nedenler ile gözleme alındığı görüldü. Gözlemde takip süresinin ortalama 284 dakika (yaklaşık 4,7 saat) olduğu görüldü. Hastaların yaklaşık %70'inin (n=268) gözlemden sonra taburcu edildiği, %30'unun (n=114) yataklı servise ileri tetkik ve tedavi devamı için yatırıldığı görüldü.

Tartışma: Çocuk Acil Servise en sık başvuran yaş gruplarından birisi 1 yaş altı çocuklardır. Bu yaş grubu birçok ciddi hastalık yönünden risk taşıyan alt grupları içermektedir. Literatür incelendiğinde Çocuk Acil Servis gözlem ünitelerini inceleyen birçok çalışma bulunmasına karşın; 1 yaş altı çocukları değerlendiren çalışma bulunmamıştır.

Berksoy ve arkadaşlarının yaptığı 0-18 yaş grubunu değerlendiren bir çalışmada hastaların tanılarının yaklaşık %29'unun bronşiolit/bronkopnömoni olduğu ve yine yaklaşık %10'unun Ocak ayında izlendiği gösterilmiş (1). Acil gözlem birimlerinin kullanımında önemli unsurlardan biri, hastaların gözlem birimlerindeki izlem süreleridir. Çalışmamızda gözlem süresi ortalama 4,7 saat olarak bulunmuştur. Literatürde acil gözlem odalarında hastaların en fazla 24 saat izlenmesi gerektiği belirtilmektedir (2-4). Hastaların kısa süreli izlemlerinin yapıldığı gözlem üniteleri, şüpheli olguların değerlendirilmesinde gözlem olanağı yaratarak gereksiz yataklı servise yatışları ve zaman kaybını önlemede etkin rol oynamaktadır (5).

Sonuç: Hastaların çoğunun acil servis gözlem ünitesinden taburcu edilmesi, yataklı servislere gereksiz hasta yatırılması ve gereksiz tetkik yapılmasının önlenmesi, hastanede kalış süresinin azaltılması, klinik bulguları şüpheli olan vakaların tanı ve tedavilerinin gecikmesinin önlenmesi açısından anlamlı olduğunu göstermektedir.

Kaynaklar

1. Berksoy EA, Günay İ, Soylu ÖB, Çelik T. Use of Pediatric Observation Units: Experience from a Tertiary Care Training Hospital in Turkey 2017. Türkiye
2. Klinikleri Journal of Pediatrics, 26(1), 1-6.
3. Beattie TF, Moir P. A paediatric accident and emergency shortstay ward: a 1-year audit. Arch Emerg Med 1993; 10:181-6. 18.
4. Wiley JF, Friday JH, Nowakowski T, et al. Observation unit: the role of an outpatient extend. Paed Emerg Care 1998; 14: 444-7. 19.
5. Brown GJ. A short stay or 23-hour ward in a general and academic
6. children's hospital: are they effective? Pediatr Emerg Care 2000; 16: 223-9.
7. Derinöz O, Tunaoğlu FS. Çocuk acil gözlem birimlerinin çocuk hastalar için kullanımı: Bir üniversite hastanesinin izlenimleri Orijinal Araştırma 2007. Türk Pediatri Arşivi, 42(2), 61-64.

ÇÖLYAK KRİZİ İLE PREZENTE OLAN SÜT ÇOCUĞU: OLGU SUNUMU

Edibe Gözde BAŞARAN, Şahin SİNCAR

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı, Etlik, Ankara, eegozde@hotmail.com

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Bilim Dalı, Etlik, Ankara, sahinsincar@hotmail.com

Çölyak hastalığı (ÇH), hastalığa genetik olarak duyarlı bireylerde diyetle gluten alımının tetiklediği bir dizi anormal immün yanıt sonucunda duodenum mukozasında değişken derecelerde hasarlanma ile karakterize otoimmün bir hastalıktır. Bu otoimmün süreç bir kez başladıktan sonra zamanla ince bağırsaklardaki zedelenmenin derecesi ve buna bağlı olarak malabsorbsiyonun şiddeti artmaktadır. Bazı olgular kronik ishal ve sebep olduğu metabolik bozukluklar ve şok tablosuyla getirilebilmektedir. Çölyak krizi olarak adlandırılan bu klinik durum çölyak hastalarında nadir olarak görülmektedir. Ancak mortal seyredabilen, acil müdahale gerektiren bir durumdur.

Olgumuz bir buçuk aydır devam eden, kilo kaybının eşlik ettiği şiddetli kronik ishal şikayetiyle polikliniğimize getirilen 11 aylık bir erkek hastadır. Hastanın günde 8 ila 10 kere olan sulu, kan mukus içermeyen ishali olduğu öğrenildi.

Hastamızın ishal başlangıcı öncesinde sağlıklı bir çocuk olduğu öğrenildi.

Özgeçmişinde ve soygeçmişinde özellik yoktu. Aşıları tamdı. Anne baba arasında akrabalık yoktu. Ailede ÇH olan birey yoktu. Hastanın vital bulguları, nabız 165 atım/dk, tansiyon 68/45mm Hg, vücut sıcaklığı 37 idi.

Antropometrik ölçümlerinde vücut ağırlığı 7.6 kg (<3p) boyu 73 cm (10-25p) baş çevresi 44 cm (75p) olarak malnütrisyonu mevcuttu Genel durumu kötü olan hastanın, kapiller dolum zamanı uzamış, cilt turgoru azalmış, göz küreleri çökük, gözyaşı yoktu. Batın muayenesinde hassasiyet olmayan hastanın diğer sistemik muayene bulguları normaldi.

Hastanın izlemine genel durum bozukluğu nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesinde devam edildi. Kronik ishal etiyolojisine yönelik olarak yapılan tetkiklerinde, kan gazında $pH 7.29$, bikarbonat 16 mEq/L , $pCO_2 34 \text{ mmHg}$, $pO_2 44 \text{ mmHg}$ idi. Hemogram incelemesinde hemoglobin 9.3 mg/dl , beyaz küre $11200/ \text{UL}$ idi. Biyokimyasal tetkiklerinden üre 12 , kreatinin 0.2 , alanin aminotransferaz 22 U/L , aspartate aminotransferaz 50 U/L , sodyum 13 mmol/L , potasyum 3.6 mmol/l , klor 111 mmol/L , albumin 2.8 g/dL . C reaktif protein 2 mg/dl idi. İmmünoglobülinler yaşla uyumluydu. Gaita mikroskopisi normal idi. Gaitada parazite rastlanmadı. Gaita kültüründe patojen mikroorganizma saptanmadı. ÇH ön tanısı ile doku transglutaminaz Ig A tetkiki gönderildi. CMV Ig M negatifti. Hastanın izleminde hastaya santral venöz kateter açıldı, dehidratasyon tedavisi ile birlikte eritrosit ve albumin replasmanı yapıldı. Hastanın hemodinamik bulguları stabil olması sonrasında hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi yapıldı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenumda belirgin taraklanma bulgusu görülen hastanın kolonoskopisi normaldi. Bu süreçte sonuçlanan doku transglutaminaz antikorlarının 166 U/ml olarak oldukça yüksekti. Çocuk immünolojisi bölümünce eşlik edebilecek immün yetmezlikler açısından immünolojik tetkikleri planlanan hastaya sonrasında çölyak krizi ön tanısı ile 2 mg/kg/gün dozunda intravenöz metil prednizolon tedavisi başlandı. Hastanın tedavisini 5 güne tamamlanması planlandı. Glutensiz ve laktozsuz beslenme başlanan hastanın sonraki izlemine Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde devam edildi. Hastanın intravenöz metil prednizolon tedavisinin ikinci gününde dışkı kıvamlanarak günde 1 kereye geriledi. İzleminde tekrar ishali olmayan hasta glutensiz diyetle beslenmesine devam edilmek üzere taburcu edildi. İzleminde immünolojik tetkikleri normal saptandı. Duodenum histopatolojisinde de villuslarda kısmi atrofi ve intraepitelal lenfosit artışı ile birlikte MARSH 3b olarak ÇH ile uyumlu olduğu görüldü. Hastanın glutensiz diyet tedavisi ile izlemindeki ikinci aydaki kontrolünde aktif şikayeti yoktu, malnütrisyonu gerilemişti ve doku transglutaminaz Ig A antikoru 10 U/ml olarak negatifleşmişti. Hastanın ÇH tanısı ile Çocuk Gastroenterolojisi kliniğimizdeki izlemine ve glutensiz diyet tedavisine devam edilmektedir.

Hastanın izlemine genel durum bozukluğu nedeniyle çocuk yoğun bakım ünitesinde devam edildi. Kronik ishal etiyolojisine yönelik olarak yapılan tetkiklerinde, kan gazında $pH 7.29$, bikarbonat 16 mEq/L , $pCO_2 34 \text{ mmHg}$, $pO_2 44 \text{ mmHg}$ idi. Hemogram incelemesinde hemoglobin 9.3 mg/dl , beyaz küre $11200/UL$ idi. Biyokimyasal tetkiklerinden üre 12 , kreatinin 0.2 , alanin aminotransferaz $22U/L$, aspartate aminotransferaz $50 U/L$, sodyum 131 mmol/L , potasyum 3.6 mmol/l , klor 111 mmol/L , albumin 2.8 g/dL . C reaktif protein 2 mg/dl idi. Immünoglobülinler yaşla uyumluydu. Gaita mikroskopisi normal idi. Gaitada parazite rastlanmadı. Gaita kültüründe patojen mikroorganizma saptanmadı. ÇH ön tanısı ile doku transglutaminaz Ig A tetkiki gönderildi. CMV Ig M negatifti. Hastanın izleminde hastaya santral venöz kateter açıldı, dehidratasyon tedavisi ile birlikte eritrosit ve albumin replasmanı yapıldı. Hastanın hemodinamik bulguları stabil olması sonrasında hastaya üst gastrointestinal sistem endoskopisi ve kolonoskopi yapıldı. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde duodenumda belirgin taraklanma bulgusu görülen hastanın kolonoskopisi normaldi. Bu süreçte sonuçlanan doku transglutaminaz antikorlarının $166 U/ml$ olarak oldukça yüksekti. Çocuk immünolojisi bölümünce eşlik edebilecek immün yetmezlikler açısından immünolojik tetkikleri planlanan hastaya sonrasında çölyak krizi ön tanısı ile 2 mg/kg/gün dozunda intravenöz metil prednizolon tedavisi başlandı. Hastanın tedavisini 5 güne tamamlanması planlandı. Glutensiz ve laktozsuz beslenme başlanan hastanın sonraki izlemine Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Servisi'nde devam edildi. Hastanın intravenöz metil prednizolon tedavisinin ikinci gününde dışkı kıvamlanarak günde 1 kereye geriledi. İzleminde tekrar ishali olmayan hasta glutensiz diyetle beslenmesine devam edilmek üzere taburcu edildi. İzleminde immünolojik tetkikleri normal saptandı. Duodenum histopatolojisinde de villuslarda kısmi atrofi ve intraepitelal lenfosit artışı ile birlikte MARSH 3b olarak ÇH ile uyumlu olduğu görüldü. Hastanın glutensiz diyet tedavisi ile izlemindeki ikinci aydaki kontrolünde aktif şikayeti yoktu, malnütrisyonu gerilemişti ve doku transglutaminaz Ig A antikoru $10U/ml$ olarak negatifleşmişti. Hastanın ÇH tanısı ile Çocuk Gastroenterolojisi kliniğimizdeki izlemine ve glutensiz diyet tedavisine devam edilmektedir.

Çölyak krizi her yaşta Çölyak hastasının ilk başvuru bulgusu olabilmektedir. Hastalar kronik ishal, hipoalbuminemi, metabolik asidoz, elektrolit bozuklukları, anemi, konvülsiyon gibi multisistemik bulgular ve şok tablosu ile başvurmaktadır. Klinik bulguların şiddeti nedeniyle çölyak krizi mortalite riski taşımaktadır. Çölyak krizinin tedavisinde ÇH'dan farklı olarak glutensiz diyet ile birlikte uygulanan sistemik glukokortikoid tedavileri yer almaktadır.

Hastalara sıklıkla 5-7 gün, günde 1 kere uygulanan 1-2 mg /kg/gün dozundaki intravenöz ya da oral olarak uygulanan sistemik glukokortikoid tedavilerinin hastaların klinik bulgularında hızlıca düzelmeye sağladığı bildirilmektedir. Olgumuz da literatür verilerine benzer şekilde glutensiz diyet tedavisine ek olarak uygulanan 2 mg/kg/gün intravenöz metil prednizolon tedavisine tedavinin 2. gününde dramatik yanıt verdi.

Sonuç olarak, çölyak krizi ÇH'nın nadir görülen bir komplikasyonudur. Bu hastalar sıklıkla ÇH tanısı almadan önce ilk başvuru bulgusu olarak kronik ishal ve neden olduğu metabolik bozukluklarla çölyak krizi tanısı almaktadır. Mortalitesi oldukça yüksek olan bu klinik durumda ÇH'dan şüphelenmek, sistemik glukokortikoid ve glutensiz diyet tedavilerine erken başlamak, sıklıkla eşlik edebilen diğer immün yetmezlikler açısından araştırmak hastalığın neden olabileceği mortalite ve morbiditeleri önlemek için oldukça önemlidir.

Anahtar kelimeler: Çölyak Hastalığı, kronik ishal, pediatri

Kaynaklar

1. Mauro A, Casini F, Talenti A, Di Mari C, Benincaso AR, Di Nardo G,
2. Bernardo L. Celiac crisis as the life-threatening onset of celiac disease in children: a case report. *Front Pediatr.* 2023 May 12;11:1163765. doi: 10.3389/fped.2023.1163765. PMID: 37252043; PMCID: PMC10213434.
3. Babar MI, Ahmad I, Rao MS, Iqbal R, Asghar S, Saleem M. Celiac disease and celiac crisis in children. *J Coll Physicians Surg Pak.* 2011 Aug;21(8):487-90. PMID: 21798136.
4. Hijaz NM, Bracken JM, Chandratre SR. Celiac crisis presenting with status epilepticus and encephalopathy. *Eur J Pediatr.* 2014 Dec;173(12):1561-4. doi: 10.1007/s00431-013-2097-1. Epub 2013 Jul 31. PMID: 23900521.
5. Gupta S, Kapoor K. Steroids in celiac crisis: doubtful role! *Indian Pediatr.* 2014 Sep;51(9):756-7. PMID: 25228621.

PANDEMİ SÜRECİNDE ENFEKSİYON EĞİLİMLERİ

Yasemin Ardıçoğlu Akışın, Saadet Özer, Maide Ennur Türker, Hülya Ada Akar

Giriş:

TOBB ETÜ Tıp Fakültesi Hastanesi'nde, 2019-2024 yılları arasında gerçekleştirilen bu araştırma, Covid-19 pandemisi öncesi ve sonrası dönemde hastalık yükü ile viral enfeksiyonlar arasındaki farkları incelemektedir. Dr. Öğr. Üyesi Yasemin Ardıçoğlu Akışın ile yapılan bu çalışmada, pandemi sürecinin enfeksiyon eğilimleri üzerindeki etkisi araştırılmıştır.

Olgu:

Çalışma sonuçları, pandemi döneminde en çok etkilenen virüslerin başında İnfluenza A ve B virüslerinin geldiğini göstermektedir. Pandemi nedeniyle uygulanan tam kapanmanın, hava yolu ile bulaşan İnfluenza virüslerinin yayılımını engellediği, ayrıca benzer semptomlar nedeniyle hastaneye başvuran hastalarda hekimlerin halihazırda bir covid-19 pandemisi varken covid-19 testi istemeye daha meyilli oldukları gözlemlenmiştir. Fakat veri kısıtlılığı sebebiyle RSV, Adenovirüs ve gaita antijen test sonuçlarında İnfluenza virüsündeki kadar belirgin bir fark gözlemlenememiştir.

Tartışma:

Çalışma bulgularına göre, Covid-19 pandemisi döneminde en çok etkilenen virüslerin başında İnfluenza A ve B virüsleri yer almaktadır. Pandemiye özgü tam kapanma önlemleri, hava yolu ile bulaşan virüslerin yayılımını büyük ölçüde engellemiş, bu durum özellikle İnfluenza virüslerinin düşük vaka sayılarıyla sonuçlanmasına neden olmuştur. Sonuç olarak pandemi sonrası dönemde İnfluenza vakalarında gözlemlenen azalma, kapanma önlemlerinin etkisiyle ilişkilendirilebilir.

NADİR BİR KOMPRESYON SENDROMU: PARENTERAL BESLENME İLE SUPERİOR MEZENTERİK ARTER SENDROMUNUN YÖNETİMİ

Yasin Maruf Ergen, Coşkun Fırat Özkeçeci
SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi,
Çocuk Gastroenterolojisi Bilim Dalı

GİRİŞ: Süperior mezenterik arter sendromu, süperior mezenterik arter ve abdominal aort arasındaki açının daralması sonucu duodenumun üçüncü kısmında vasküler kompresyona yol açan nadir bir klinik durumdur. Genellikle ciddi kilo kaybı, katabolik hastalıklar veya anatomik varyasyonlar gibi predispozan faktörlerle ilişkilidir. Hastalar bulantı, kusma, postprandiyal ağrı ve kilo kaybı gibi semptomlarla başvurur. Tanı; kontrastlı bilgisayarlı tomografi, manyetik rezonans görüntüleme veya üst gastrointestinal sistem endoskopisi ile konulur. Tedaviye konservatif olarak beslenme rehabilitasyonu ve semptomların yönetimi ile başlanırken, dirençli olgularda cerrahi (Strong's prosedürü veya duodenojejunostomi) gerekebilir.

OLGU SUNUMU: Ondört yaşında erkek hasta iki haftadır devam eden postprandiyal epigastrik karın ağrısı ve safralı kusma nedeniyle başvurdu. Öyküsünden son 2 ayda 14 kilogram kaybettiği öğrenildi. Fizik muayenesi normaldi. Özgeçmiş ve soygeçmişinde özellik yoktu. İlk basamak tetkiklerinde hemogram, karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, pankreatik enzimler, tiroid fonksiyon testleri normaldi. Klinik izleminde oral yoldan ve nazogastrik sonda ile sürekli akış infüzyonla beslenmeyi tolere edemedi. Üst gastrointestinal sistem endoskopisinde midede ve duodenum ikinci kısımda bol miktarda göllenmiş safra vardı. İnce barsak pasaj grafisinde duodenum üçüncü kısımdan ileri seviyeye kontrast madde geçemedi. Abdominal BT anjiyografide aortomezenterik açı ve mesafenin daraldığı, duodenumun üçüncü kısmının basıya uğradığı görüldü. Hastaya süperior mezenterik arter sendromu tanısıyla konservatif destek verildi. Enteral yoldan beslenmeyi tolere edemeyen hastaya total parenteral nütrisyon başlandı. Parenteral nütrisyonla kilo alımı olan hastanın yatışının 25. gününden itibaren oral beslenmeyi tolere edebildiği ve artık kusmadığı gözlemlendi. Kademeli beslenme artırımı sonrası hasta şikayetsiz taburcu edildi.

TARTIŞMA: Süperior mezenterik arter sendromu, ciddi duodenal obstrüksiyona yol açabilen nadir bir vasküler kompresyon sendromudur. Konservatif tedaviye yanıtız vakalarda duodenojejunostomi gerekebilir. Etkin beslenme kilo artışını sağlayarak SMA ile aorta arasındaki dar açığı genişletip obstrüksiyonu hafifletebilir, böylece hasta cerrahiden kurtulabilir. Bu vaka, enteral beslenmeyi tolere edemeyen ve cerrahi ihtiyacı olabilecek hastalarda parenteral nütisyonun kurtarıcı özelliğini vurgulamaktadır.

PEDIATRİK İSHAL VAKALARININ RETROSPEKTİF ANALİZİ VE TANISAL ZORLUKLAR

Zafer Arslan, Yasemin Ardıçoğlu Akışın, Bilge Özüçetin
TOBB ETÜ TIP FAKÜLTESİ

Amebiasis, dünyanın en yaygın ve ölümcül parazitik enfeksiyonlarından biri olup, özellikle Türkiye'nin Güneydođu bölgelerinde endemiktir. Çalışmamızda, 2023 yılında TOBB ETÜ Hastanesi'ne başvuran 128 pediatrik ishal vakası retrospektif olarak analiz edilmiştir. Hastaların %32'sinde dışkı mikroskopisiyle *Entamoeba histolytica* kisti tespit edilmiş ancak yalnızca iki hastada yapılan antijen testleri negatif sonuçlanmıştır. PCR ve antijen testlerinin sınırlı kullanımı nedeniyle tanı süreçlerinde semptomlar ve laboratuvar bulgularına dayanılmış, özellikle karın ağrısı, ateş ve laboratuvar invaziv bulgular temel alınmıştır. Tedavi algoritmamız, ateş, karın ağrısı ve laboratuvar invaziv bulguları olan hastaların öncelikli olarak değerlendirilmesini önermekte ve doğru tedavi seçimi için klinik ile laboratuvar bulgularının bütünleştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır. Tedavi süreçlerinde metronidazol, trofozoit formu hedefleyerek yaygın olarak kullanılmakta, ancak intestinal lümendeki kist formuna etkili olmadığı bilinmektedir. Türkiye'de, lümendeki kist formunu etkili bir şekilde hedefleyebilen paromomisin bulunmamaktadır. Bu durum, kist taşıyıcılarının tedavisinde ve invaziv olmayan enfeksiyonların önlenmesinde önemli bir boşluk yaratmaktadır. Trofozoit formu, bağışıklığın zayıfladığı durumlarda (örneğin malnütrisyon, HIV/AIDS, immünsupresyon) aktif hale geçebilmekte ve ciddi enfeksiyonlara yol açabilmektedir. Sempozyum sırasında, insidental olarak amebiasis kistinin tespit edildiği vakalarda paromomisin kullanımının potansiyel yararları ve tedaviye katkısı detaylı olarak tartışılmıştır. Ayrıca, Türkiye'de paromomisinin eksikliği bağlamında, kist formlarına yönelik alternatif tedavi yaklaşımları ele alınmıştır.

Çalışmamız, tanı ve tedavi süreçlerindeki mevcut eksiklikleri vurgularken doğru tanı ve tedavi için semptomların laboratuvar bulgularıyla desteklenmesinin önemini vurgulamakta ve önerilen algoritmamızla pediatrik ishal vakalarında daha etkili bir yaklaşım sunmayı hedeflemektedir.

SAFRA YOLU DARLIĞI İLE SEYREDEN POSTKOLESİSTEKTOMİ SENDROMU

Selçuk Teke, Yasin Maruf Ergen

Gülhane Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Gastroenteroloji, Ankara

Amaç: Safra kesesi taşları genellikle kolesistektomi ile tedavi edilir. Postkolesistektomi sendromu (PCS), kolesistektomi sonrası semptomların devam etmesi veya yeni semptom ve bulguların ortaya çıkmasıdır. Bu yazıda safra yolu darlığı ile giden bir PCS vakası sunuyoruz.

Olgu:

Karın ağrısı ile başvurusunda transaminaz yüksekliği saptanması nedeniyle tarafımıza yönlendirilen 15 yaş kız hastanın muayenesinde karaciğer kot altı 2 cm ele geliyordu. Diğer sistem muayenelerinde patolojik bulgu saptanmadı. Hastanın ilk tetkiklerinde ALT:114U/L, AST:186U/L, gamma glutamil transferaz (GGT) 475U/L (Normal değer; 0-50 U/L), total bilirubin (TB) 0,76 mg/dL (Normal değer; 0,1-1,2 mg/dL), direkt bilirubin (DB) 0,79 mg/dL (Normal değer; 0-0,3 mg/dL), protrombin zamanı 9sn (Normal değer; 9,4-12,5sn), ve INR:1 (Normal değer; 0,85-1,12) saptandı. Enfeksiyöz, otoimmün, endokrin ve metabolik hastalıklar kapsamlı tetkiklerle dışlandı. Hepatomegali ve hepatosteatoz saptanan hastanın ultrasonografi (USG)'sinde ve manyetik rezonans kolanjiopankreatografi (MRCP)'de de safra kesesi net görüntülenemedi. Hastanın bir yıl süreyle ayaktan izleminde ALT ve AST düzeyleri normal ile 3-4 kat arasında dalgalı seyir gösterdi. Başvurudan 6 ay sonra bakılan USG'de karaciğer boyutu 145mm'ye gerilemişti, parankim ekosunda heterojen görünüm vardı. Koledak duvarı kalın ve yer yer safra çamuruna ait olabilecek görünüm saptandı. Hastaya ursodeoksikolik asit tedavisi başlandı. İlk başvurudan 1 yıl sonra çocuk cerrahi tarafınca laparoskopik kolesistektomi yapılan hasta postop 2. ayda kolestaz ve karın ağrısı ile tarafımıza yeniden başvurdu. USG'de intrahepatik safra yolları dilate görüldü. MRCP'de intrahepatik safra yolları ileri derecede dilate saptandı. Koledok, proksimalden itibaren görüntülenemedi. Hastalığın progresif seyretmesiyle TB:3,1 mg/dL, DB:2,6 mg/dL'ye kadar yükseldi.

Yapılan endoskopik retrograd kolanjiopankreatografi (ERCP)'de koledok proksimalinde darlık, darlığın proksimalinde ve intrahepatik safra yollarında dilatasyon görüldü. Biliyer stent yerleştirilerek işlem sonlandırıldı. İşlemden 2 hafta sonra enzimleri normal aralığa geriledi; 5 ay sonra ise koledok çapı normaldi. Karaciğer biyopsisinde bulgular biliyer tip siroz ile uyumlu değerlendirildi. Tüm Ekzom Dizileme (WES) sonucunda hastanın kliniğini açıklayacak bir mutasyon saptanmadı. Hastanın safra yolu stendi klinik ve laboratuvar düzelmeyi takiben, yerleştirilmesinden 7 ay sonra çıkartıldı.

Sonuç:

PCS pediatrik hastalarda %36-46 sıklıkta görülmektedir. PCS tanımı, kolesistektomi sonrasında devam eden veya yeni ortaya çıkan, safra tuzu kaynaklı ishal, kabızlık, şişkinlik, dispepsi, reflü, epigastrik ağrı, bulantı/kusma, yiyecek intoleransı, safra taşı, safra sızıntısı, safra darlıkları ve Oddi sfinkterinin disfonksiyonu gibi durumları kapsar. Hastamızda ise PCS'nda nadiren karşılaşılan, koledok proksimalinde darlık gelişmiştir. ERPC ile safra yolu stenti yerleştirilerek tedavi edilmiştir. Sonuç olarak PCS, çocuk hastalarda kolesistektomi sonrasında PCS açısından öykü, muayene ve laboratuvar değerlendirmesi dikkatle yapılmalıdır.

Anahtar kelimeler: Safra taşı, Postkolesistektomi sendromu, Kolestaz

DEPREM SONRASI AÇILAN ÇOCUK YOĞUN BAKIM'DA ÇOCUK YOĞUN BAKIM UZMANI'NIN DENEYİMLERİ

Erennur TUFAN

SBÜ Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Çocuk Yoğun Bakımı, (erennurtufan1@gmail.com)

Giriş: 6 Şubat 2023 Kahramanmaraş depremi Hatay da belirgin bir yıkıma yol açarak merkez ilçe olan Antakya'nın neredeyse yok olmasına neden olmuştur. Hatay Eğitim Araştırma Hastanesi bu deprem sonrası tamamen kullanılmaz hale gelerek 11 ay süresince çadır hastane şeklinde bölgede sağlık hizmetine devam etmiştir. Deprem sonrası Hatay eğitim araştırma hastanesi için geçici olarak çelik konstrüksiyonlu bir hastane yapılmış içine 12 yataklı Çocuk yoğun bakım servisi kurulmuştur. Bu çalışma deprem sonrası toparlanmaya çalışan bir şehrin ilk ve tek çocuk yoğun bakım uzmanının deneyimleridir.

Materyal metot: Çocuk yoğun Bakım servisine Aralık 2023- Temmuz 2024 arası başvuran takip ve tedavi edilen hastalar değerlendirildi. Bu hastaların, başvuru tanıları, cinsiyetleri, nereden sevk edildikleri, başvuru esnasında vital bulguları, fizik muayene bulguları, yoğun bakımda yapılan tedaviler, hastanın tanısı ve hastanın son durumu kaydedildi.

Bulgular: Bu süreçte Çocuk yoğun bakımda 140 hasta takip edildiği gözlemlendi. Bu hastaların ortanca yaşı 51 (1ay- 216 ay) ay idi. Hastaların %45'i erkek %55 kız idi. Servisimizde takip ettiğimiz hastaların % 74'ü Suriyeli idi. Hastaların en sık yatış nedeni %35 ile bronkopnömoniydi. Hastaların %17'si menenjit nedeniyle takip edildi ve bu hastaların tamamı Suriyeli idi. Servisimizde 4 hasta akut karaciğer yetmezliği nedeniyle takip edildi. Bu hastalara plazma Exchange yapıldı. Bu süre zarfında 4 hastaya beyin ölümü tanısı konuldu. Takip edilen hastaların %18'i exitus oldu. Toplam exitus olan hastaların %75'i Suriyeli idi. Suriyeli hastalarımızın % 42 si Suriye'den sevk ile gelen terminal dönem hastalardı. Türk olan hastalarımızın %62'si travma hastasıydı. Travma hastalarımızın tamamı taburcu edildi.

Sonuç: Deprem sonrası ve savaşa sınır bölge olması açısından Hatay ilinin sosyodemografik durumu gösterilmiştir. Deprem sonrası kurulan çocuk yoğun bakımda, çocuk yoğun bakım uzmanının takip ettiği hasta ve hastalık profilinin sosyodemografik değişimi değerlendirilmiştir.

Anahtar kelimeler: Çocuk yoğun bakım, deprem, Suriyeli

YENİDOĞANDA SUPRAVENTRİKÜLER TAŞIKARDİ: BİR OLGU SUNUMU

Emirhan Pala, Hatice Tatar Aksoy
TOBB ETÜ Tıp Fakültesi

Giriş: Yenidoğan döneminde en sık görülen taşiaritmiler supraventriküler taşikardilerdir (SVT). En yaygın görülen mekanizma ise aksesuar yolların neden olduğu atriyoventriküler reentran taşikardileridir. Klinikte taşikardiye eşlik eden dispne, solukluk, siyanoz, irritabilite, huzursuzluk, beslenme zorlukları gibi semptom ve bulgular görülebilir. Tanıda kullanılan temel yöntem elektrokardiyografidir. Bu çalışmada, prematüre bir yenidoğanda SVT'nin tanı ve tedavi sürecine ilişkin bir vaka ele alınmıştır.

Olgu Sunumu: 29 haftalık gestasyonel yaşta dünyaya gelen erkek bebekte yaşamının 16. gününde taşikardi ve dispne gelişmiş, kalp atım hızı 238 olarak ölçülmüştür. Elektrokardiyografi ile tanı konan hastaya sırasıyla vagal manevralar, adenozin ve amiodaron uygulanmış, aritmi kontrol altına alınmıştır. Sonraki dönemde propranolol ile takibe alınan hastada ekokardiyografi ve elektrokardiyografi bulguları normal olup, hastada SVT tekrarlamamıştır.

Tartışma: Supraventriküler taşikardiler yenidoğan aritmilerinde önemli bir yere sahiptir. Vakaların hızlı tanı ve tedavisi gelişebilecek morbidite ve mortaliteleri önlemek açısından hayati öneme sahiptir. Bu vaka klinikte karşılaşılabilecek supraventriküler taşikardilerin müdahalesine dair ideal bir örnek sunmaktadır.

BÜYÜME-GELİŞME GERİLİĞİ VE EKTODERMAL DİSPLAZİ BULGULARI İLE BAŞVURAN BİR HASTADA DPH1 İLİŞKİLİ NADİR BİR SENDROM

Abdulkerim Kolkıran¹, Halil Tuna Akar², Tuğba Daşar³

¹ Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

² Etlik Şehir Hastanesi, Çocuk Metabolizma Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

³ Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Genetik Bilim Dalı, Ankara, Türkiye

Giriş: Çocuklarda büyüme-gelişme geriliği sık görülen ve etyolojisi oldukça geniş bir durumdur. Hastaların bir kısmında genetik sendromlar etyolojiden sorumludur ve hastaların sendromlar açısından multisistemik değerlendirilmesi ve ayrıntılı fizik muayenesi önemlidir.

Vaka sunumu: 10 aylık kız hasta büyüme-gelişme geriliği, hidrosefali, seyrek saç-kaşlar ve dismorfik yüz görünümü ile hastaneye başvurdu. Hasta, aralarında üçüncü derece akraba evliliği olan anne-babanın beşinci çocuğuydu. Hidrosefali ve gelişim geriliği ile takip edilen hastanın ekokardiyografisinde patent foramen ovale saptanmıştı. İşitme ve görme değerlendirmesi normaldi. Hastanın fizik muayenesinde geniş ön fontanel (5x5 cm) frontal bossing, seyrek saç ve kaşlar, hipotelorizm, derin yerleşimli gözler, basık burun kökü, antevort burun delikleri, uzun filtrum, ince dudaklar, kulak heliks katlantı anomalisi saptandı. Baş çevresi 46.5 cm (0.1 SD), boyu 64 cm (-4.4 SD), ağırlığı 6.3 kg (-3.5 SD) idi. Periferik kandan DNA izole edildi ve tüm ekzom analizi yapıldı. Ekzom analizinde DPH1 geninde (NM_001383.6) ACMG kriterlerine göre olası patojenik, daha önce bildirilmemiş c.320A>G (p.Tyr107Cys) varyantı homozigot olarak saptandı.

Sonuç: DPH1 genindeki patojenik varyantlar "Boy kısalığı, dismorfik yüz görünümü, seyrek saç ile seyreden gelişimsel gerilik sendromu" ile ilişkilendirilmiş ve şimdiye kadar literatürde sadece 19 hasta bildirilmiştir ve dördü erken dönemde kaybedilmiştir. Hastaların hepsinde dismorfik yüz bulguları, zihinsel yetersizlik/-gelişim geriliği ya da otizm spektrum bozuklukları saptanmıştır. Hastaların bir kısmının ise epilepsi, konjenital kalp defektleri, renal ve genital anomalilere sahip olduğu görülmüştür. Sonuç olarak, çoklu anomalilere sahip hastalar multidisipliner bir şekilde değerlendirilmeli ve klinik ön tanı olmadığında nadir sendromlar açısından kapsamlı genetik testler yapılmalıdır.

ŞEHİR HASTANESİ DENEYİMİ: GELİŞİMSEL PEDIATRİ POLİKLİNİĞİNE İLK BAŞVURAN ÇOCUKLARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Uzm. Dr. Emel Ömercioglu, Uzm. Dr. Ayşe Mete Yeşil
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gelişimsel Pediatri Kliniği

Giriş: Gelişimsel pediatri, çocukların büyüme ve gelişim süreçlerini destekleyen, ülkemizde görece yeni ve henüz gelişim sürecinde olan bir bilim dalıdır. Bu alandaki bilgi birikimini artıracak çalışmalara ve deneyim paylaşımlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Erken çocukluk dönemindeki gelişim, biyolojik faktörlerin ve çevresel deneyimlerin karmaşık bir etkileşimi ile şekillenmektedir. Özellikle duyarlı bakım, kitap okuma, yapılandırılmış oyunlar gibi erken öğrenme fırsatlarının sunulması ve günlük ekran sürelerinin sınırlandırılması, bu dönemin kritik gelişimsel ihtiyaçlarını karşılamada önemli bir rol oynamaktadır. Bu çalışmada, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniği'ne ilk kez başvuran çocukların klinik özelliklerinin, başvuru nedenlerinin saptanmasının yanı sıra geliştirici bakım çevresi özellikleri ve gelişimsel sonuçlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Materyal ve Metot: Çalışmaya 01.10.2024-31.10.2024 tarihleri arasında Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gelişimsel Pediatri polikliniğine ilk kez başvuran, 0-72 ay aralığındaki 249 çocuk dahil edildi. Hastaların sosyodemografik özellikleri, başvuru ya da yönlendirilme sebepleri, gelişimsel sonuçları, altta yatan organik sebepler, ekran, kitap ve oyun alışkanlıkları ile ilgili bilgiler araştırmacılar tarafından dosya kayıtları incelenerek elde edildi.

Bulgular: Çalışmaya katılan 249 çocuğun %59,4'ü erkek cinsiyette olup (n=148), yaş ortanca değeri 21 ay (9:34) olarak belirlenmiştir. Çocukların %43,8'i 2 yaşından büyük, %34,1'i 1 yaşından küçük, %22,1'i ise 1-2 yaş grubundadır. Anne yaş ortanca değeri 30 yıl (27:35), babaların ise 34 yıl (30:39) olup; annelerin %44,9'u (n=109) ve babaların %42,4'ü (n=103) üniversite ve üzeri eğitime sahipti. Anne-babaların %18'inin (n=44) arasında akrabalık bulunmaktaydı. Ailedeki çocuk sayısının ve doğum sırasının ortanca değerinin 2 (1:2) olduğu görüldü.

En sık başvuru nedeni, gelişimsel risk olması sebebiyle yönlendirilme (%39,5; n=98) olup, bunu konuşma gecikmesi (%33,9; n=84) izlemekteydi. Diğer başvuru sebepleri arasında davranış sorunları (%6,0; n=15), motor gecikme (%5,6; n=14), beslenme sorunları (%4,8; n=12), sosyal iletişim ve etkileşimde kısıtlılık (otizm şüphesi) (%4,8; n=12), genel gelişimsel gerilik (%3,2; n=8) ve uyku sorunları (%2,0; n=5) yer almaktaydı. Toplam ekran süresi (TV, telefon, tablet) günlük 1 saat (0:3), arka plan ekran maruziyeti 1 saat (0:8) ve haftada kitap okuma sıklığı 2 gün (0:7) olarak belirlenmiştir. Çocukların gelişim düzeyine uygun oyun oynayıp oynamadığına ilişkin verisi olan 152 çocuk arasından %41,4'üyle (n=63) uygun oyun oynanmadığı saptandı. Ekran, kitap ve oyun özelliklerinin yaşlara göre dağılımı Tablo 1'de yer almaktadır. Çocukların gelişim alanları değerlendirildiğinde, en sık dil alanında (%50,4; n=122), ardından bilişsel (%27,3; n=66), ilişki-sosyal (%19,8; n=48) ve motor alanda (%23,6; n=57) destek ihtiyacı olduğu tespit edilmiştir.

Sonuç: Bu çalışmada, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniği'ne ilk kez başvuran çocukların klinik özellikleri ve başvuru nedenleri değerlendirilmiş; bunun yanı sıra çeşitli geliştirici bakım çevresi faktörleri ile gelişimsel sonuçlar değerlendirilmiştir. Başvuru anında daha yüksek oranda erkek cinsiyet bulunması, gelişimsel gecikmenin erkeklerde daha sık olduğu bilindiğinden literatürle uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Toplumumuzdaki genel sıklığa göre yüksek seyreden akrabalık oranı (%3.2-18), genetik ve çevresel faktörlerin etkisini daha detaylı incelemeyi gerektirmesi nedeniyle önemli bir bulgu olarak karşımıza çıkmaktadır. Anne ve babaların eğitim düzeyleri, Türkiye İstatistik Kurumu'nun bildirdiği %17.3 oranındaki yükseköğretim mezunu ortalamasının oldukça üzerinde bulunmuştur. Bu durum, eğitim düzeyi yüksek ailelerin, gelişimsel riskler veya gecikmeler konusunda daha bilinçli olup, gelişimsel pediatri kliniklerine daha fazla erişim sağladığını düşündürmektedir. Eğitim düzeyi düşük ailelerde büyüyen çocukların biyolojik ve çevresel risklere daha açık olduğu göz önüne alındığında, bu grupların hekimler ve sağlık çalışanları tarafından yakından izlenmesi ve gerekli yönlendirmelerin yapılması büyük önem arz

etmektedir. Gelişimsel pediatri kliniklerine en sık başvurular, prematürel ve gelişimle ilgili çeşitli biyolojik risklere sahip çocuklardan oluşmaktadır. Bunu, ebeveynler ve hekimler tarafından en sık fark edilen gelişimsel endişelerden biri olan konuşma gecikmesi izlemektedir.

Bulgularımız, literatürle uyumlu olmakla birlikte, dikkat çeken bir diğer nokta, en düşük başvuru oranının 1-2 yaş aralığında olmasıdır. Bu durum, erken dönemde biyolojik risklerin daha fazla fark edilmesine karşın, iki yaş üstünde gecikmelerin belirginleşmesiyle başvuru sıklığının arttığını göstermektedir. Bu bulgu, gelişimsel tarama ve izlemin gerekliliğini bir kez daha vurgulamaktadır.

Çalışmamız, geliştirici bakım çevresine ilişkin bulgularla, yaşa uygun oyun oynama ve kitap okuma sıklığının yaş büyüdükçe azaldığını, ekran sürelerinin ise arttığını ortaya koymuştur. Özellikle 1-2 yaş grubunda yoğun arka plan ekran maruziyeti dikkat çekmiş; bu durum, dil gelişimi açısından kritik bir dönemde çevresel faktörlerin olumsuz etkisini vurgulamaktadır. İlk 1 yaşta biyolojik risklerin daha baskın olması, ailelerin olumlu bakım verme alışkanlıklarını desteklemiş olabileceği gibi, geliştiren bakıma erişimin azalması sonucunda ileri yaşlarda gecikmelerin daha sık görülmesi de bu bulguları açıklamaktadır.

Gelişimsel risk veya gecikmeleri olan çocukların, uyarandan yoksun bir bakım ortamında yetişmesi ve yoğun ekran sürelerine maruz kalması, yaşam boyu kalıcı ve ciddi etkiler yaratabileceğinden, bu çocukların tanınması, düzenli izlenmesi ve erken müdahale edilmesi kritik öneme sahiptir.

Çalışmamız, şehir hastanesi düzeyinde gelişimsel pediatri polikliniğine başvuran çocukların klinik özellikleri, ailelerin eğitim düzeyi ve başvuru nedenlerine ilişkin önemli veriler sunmaktadır. Bununla birlikte, birinci basamak sağlık hizmetlerinde gelişimsel izlemin yaygınlaştırılması ve geliştiren bakım unsurlarına erişimin artırılması gerekliliğini vurgulamaktadır. Bu bulgular, çocukların erken dönemde desteklenmesi ve gelişimsel risklerin zamanında tanımlanarak müdahale edilmesi açısından önemli bir yol gösterici niteliğindedir.

Tablo 1: Hastaların başvuru sebepleri ve geliştirici bakım çevresi özellikleri

	<1 yaş n:85	1-2 yaş n:55	≥2 yaş n:109	p değeri
Başvuru nedeni, n (%)				
Gelişimsel risk	72 (%84.7)	11(%20)	15(%13.9)	
Davranış sorunu	0	0	13 (%12.0)	
Konuşma gecikmesi	1 (%.1.2)	18 (%37.2)	65 (%60.2)	
Motor gecikme	7 (%8.2)	5 (%9.1)	2 (%1.9)	0.0
Beslenme sorunu	5 (%4.7)	7 (%12.7)	1 (%0.9)	
Otizm şüphesi	0	5 (%9.1)	7 (%6.5)	
Diğer	1 (%1.2)	7(%12.7)	5 (%4.6)	
Ekran Süresi (saat/gün)	0 (0:0.5)	1.5 (0.5:3)	2 (1:4)	0.0
Arka Plan Ekranı (saat/gün)	0 (0:4)	6.5 (0:8)	3 (0:8)	0.0
Kitap Okuma (gün/hafta)	5.5 (0:7)	2.5 (0:7)	2 (0:7)	0.4
Yaşa Uygun Oyun, n (%)	30 (%79)	20 (%56)	39 (%50.0)	0.01
Bilinen organik etioloji	58 (%68.2)	15 (%27.3)	23 (%38.7)	0.0

YEME SORUNLARINA BÜTÜNCÜL YAKLAŞIM

Funda Akpınar¹, Gamze Hayran¹

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Gelişimsel Pediatri Bilim Dalı, ANKARA

Giriş: Beslenme santral ve periferal sinir sistemi, orofaringeal mekanizmalar, kardiyopulmoner sistem ve gastrointestinal sistemi kapsayan, kompleks bir süreçtir. Bu koordinasyon çocuğun fizyolojisi ve gelişimsel evresi ile ilişkili olduğu kadar anne ve bebek arasındaki ilişki çerçevesinde gelişmektedir. DSM-V tanılama sisteminde çocukluk çağının beslenme bozukluğu kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu başlığı altında değerlendirilmiştir. Amerikan Pediatri Akademisi beslenme sorunu olan çocukların sorunların ele alınmasında sadece çocuğun tek başına değerlendirilmemesi, çocuğun tıbbi risk etmenlerinin, psikososyal risk ve koruyucu etmenleri ve beslenme gözlemi ile birlikte bütün olarak ele alınmasını önerilmektedir. Araştırmamızda Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gelişimsel Pediatri Polikliniklerine kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu, beslenme sorunu olan çocukların geriye dönük olarak tıbbi ve çevresel risk etmenlerinin belirlenmesi, çocukların gelişimsel durumlarının incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Gelişimsel Pediatri polikliniğine mart 2024 ile haziran 2023 tarihleri arasında yeme sorunu şikayeti ile başvuran hastaların poliklinik notları geriye dönük olarak incelenerek çocukların tıbbi durumları, antropometrik ölçümleri, eşlik eden anemi olup olmaması, eşlik eden kronik bir hastalık varlığı; çevresel etmenleri çocuğun ekran maruziyeti, anne ve baba ile yapılan etkinlikler, anne/babanın kaygı durumu; gelişimsel durumu standart gelişimi değerlendirme ölçeği ile dil, hareket, ilişki, oyun alanlarının değerlendirilmesi ile yapılmıştır.

Bulgular: Kaçınan/kısıtlı yeme bozukluğu olan çocukların ortalama yaşları: 19.9ay±10.6 (4-48) ortalama kilo persentili: 25.6p ±23.8 (0.75-98), boy persentili:28.4p ±24.0 (4-95) iken ortalama Hb düzeyi: 11.89 g/dl ±1.1 (7.1-13.3), ferritin: 24.0±23.8 (3-117), vitamin B12: 408ng/l ± 168 (133-905) saptanmıştır. Gelişimsel durumları incelendiğinde büyük çoğunluğunun gelişimi yaşlıları ile uyumlu iken (%88.6) en sık dil gelişiminde gecikme eşlik etmiştir (%4.5). Psikososyal risk etmenlerden en sık annenin kaygısı olduğu bulunmuştur (%45.5).

Sonuç: Kaçınan/kısıtlı yeme sorunu olan çocukların bütüncül olarak değerlendirilmesi tüm risk etmenlerinin birlikte ele alınması beslenme sorununun yönetiminde önemlidir.

#TobbEtüPediatriSempozyumu6

e-ISBN: 978-975-9116-49-1