



SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOğUM HASTALIKLARI KONGRESİ

“Pandemi döneminde anne, bebek ve ocuk sağlığı”

21-24 Ekim 2021

Xanadu Resort Hotel, Antalya

Konuşma ve Bildiri zetleri Kitabı

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Değerli Mestektaşlarımız

Antalya Xanadu Resort Hotel’de 21-24 Ekim 2021 tarihleri arasında düzenlenecek olan Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi, “II. Uluslararası Çocuk ve Kadın Doğum Hastalıkları Kongresi”ne siz değerli meslektaşlarımızı davet etmekten mutluluk ve heyecan duymaktayız.

Geçtiğimiz sene pandemi nedeni ile gerçekleştiremediğimiz kongremizi bu sene şartlar izin verdiği takdirde mümkünse yüz yüze gerçekleştirmek en önemli hedefimizdir. Bunun mümkün olmaması durumunda ise hibrid ya da sanal ortamda gerçekleştirmeyi amaçlıyoruz. Bu seneki kongremizin temasını ise “Pandemi döneminde anne, bebek ve çocuk sağlığı” olarak belirledik. Özellikle bu dönemde önemli hale gelen ve hatta göz ardı edilen aşilar, sağlam gebe ve çocuk izlemi gibi konular alanında uzman hocalarımız tarafından tartışılacaktır.

Kongremizin kurslarla zenginleştirilmiş bilimsel programına ek olarak Avrasya Sağlık ve Sosyal Araştırmalar Uygulama ve Araştırma Merkezi’nin katkıları ile Azerbaycan, Kazakistan, Kırgızistan, ve Özbekistan Sağlık Bakanlığı ve Üniversitelerinde önemli görevleri bulunan, aynı zamanda ulusal dernek yöneticileri olarak görev yapan Neonatoloji, Pediatri ve Kadın Doğum hocalarımız ile ülkemizin ve üniversitemizin yeni işbirliklerine ve üst seviyede bilgi paylaşımına olanak sağlanacağını düşünüyoruz. Bu sene bir farklılık daha yaparak Bosna Hersek’ten de konuşmacı hocalarımızın kongremize bilimsel destek vermelerinin mutluluğunu yaşıyoruz. Uluslararası katılımlı olan kongremize katılacak misafir hekimler için bir salonda sunumların İngilizce yapılması planlanmıştır.

Bu seneki bir diğer farklılığımız ise yenidoğan ve pediatri hemşirelerine yönelik oluşturduğumuz kurs ile bu alanda hasta bakımında çok önemli sorumluluğu olan hemşire arkadaşlarımızın da kongremize katılmasını sağlamak olmuştur. Bundan sonraki hedefimiz ise alanında ilk olan bu kongreye her sene ulusal ve uluslararası katılımı arttırarak, kongremizin devamlılığını sağlamaktır.

Çok güzel bir mevsimde, ülkemizin önemli bir turizm merkezi olan Antalya’da gerçekleştireceğimiz bu kongrede kurslarımızdan başlayarak gebelik ve çocukluk dönemi hastalıklarına pandemi döneminin etkisini değerlendirerek pratiğe yönelik güncel bilimsel verilerin paylaşılmasını hedefliyoruz. Özellikle uzun süredir hasret kaldığımız yüz yüze toplantıları sosyal mesafe-hijyen kurallarına dikkat ederek gerçekleştirmek en önemli dileğimizdir. Kongremizde hem yurt içi hem de yurt dışından katılacak meslektaşlarımızın bilimsel çalışmalarını paylaşabilmesi amacıyla sözel ve poster bildiri sunumları yapılacak, dereceye giren bildiriler ödüllendirilecektir. Bu arada hemşire arkadaşlarımız için de bildiri oturumu düzenlenecektir.

Hepimizin aşilarının tamamlanarak, sosyal mesafe-hijyen koşulları ile birlikte ülkemiz otoriteleri tarafından belirlenen pandemi kurallarına riayet ederek mümkünse yüz yüze gerçekleştireceğimiz “II. Uluslararası Çocuk ve Kadın Doğum Hastalıkları Kongresi”ne sizlerin ve tıp camiasının katılımı ve katkıları son derece önemlidir. Tüm meslektaşlarımızı ve ilaç endüstrisini 21-24 Ekim 2021 tarihleri arasında Antalya’da düzenleyeceğimiz ve pandeminin etkileri başta olmak üzere çocuk ve kadın hastalıkları alanındaki önemli konuları tartışacağımız kongremize davet ediyoruz.

Prof. Dr. Merih Çetinkaya
Kongre Başkanı

Prof. Dr. Şirin Güven
Kongre Başkanı

Doç. Dr. Aynur Fevzioğlu
Kongre Genel Sekreteri

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

KURULLAR

DÜZENLEYEN KURULUŞ

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Avrasya Sağlık Ve Sosyal Araştırmalar Uygulama Ve Araştırma Merkezi

Onursal Başkan

Prof. Dr. Cevdet Erdöl
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörü

Kongre Başkanları

Prof. Dr. Merih Çetinkaya
Prof. Dr. Şirin Güven

Kongre Sekreteri

Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu

Kongre Düzenleme Kurulu

Prof. Dr. Merih Çetinkaya
Prof. Dr. Şirin Güven
Doç. Dr. Aynur Feyzioğlu
Prof. Dr. Nida Temizkan Dinçel
Prof. Dr. Semra Çetinkaya
Prof. Dr. Güner Karatekin
Prof. Dr. Emine Dibek Mısırlıoğlu
Prof. Dr. Saliha Şenel
Prof. Dr. Yaprak Üstün
Prof. Dr. Yusuf Üstün
Doç. Dr. Papatya Keleş
Doç. Dr. Senem Alkan Özdemir

Yabancı Konuşmacılar

Prof. Dr. Sagynbu Abduvalieva, Kırgızistan
Dr. Damira Şarapatdinovna Begmatova, Kırgızistan
Prof. Dr. Khalaf Hussein Gargary, Irak
Doç. Dr. Bekturgan Tınımbayulı Karın, Kazakistan
Prof. Dr. Hajrija Maksic, Bosna Hersek
Prof. Dr. Ayten Mammadbayli, Azerbaycan
Prof. Dr. Dilbar Najmutdinova, Özbekistan
Prof. Dr. Magalov Islam Sharif, Azerbaycan
Prof. Dr. Aspazija Sofijanova, Makedonya
Doç. Dr. Sabina Terzic, Bosna Hersek
Doç. Dr. Dilbar İsmatovna Tuksanova, Özbekistan

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Bilimsel Kurul

Abdullah Barış Akçan
Abdullah Kocabaş
Ahmet Demir
Ahmet Kale
Ahmet Sami Yazar
Ali Turhan Çağlar
Amra Adrovic
Ateş Kara
Aycan Ünalp
Aydan Biri
Aykan Yücel
Ayşegül Zenciroğlu
Ayşen Uysal
Bayram Ali Dorum
Behzat Özkan
Berna Dilbaz
Bilge Aldemir Kocabaş
Bilge Şahin Işık
Bumin Dünder
Can Tekin İskender
Coşkun Çeltik
Çağatay Nuhoğlu
Çetin Kılıççı
Ebru Temizsoy
Ebru Yılmaz
Eda Karadağ Öncel
Elif Güler Kazancı
Emrah Can
Ener Çağrı Dinleyici
Esin Koç
Esra Polat
Fahri Ovalı
Fatma Mutlubaş
Fatma Narter
Fatma Şemsa Çaycı
Ferit Saraçoğlu
Figen Baydan
Figen Türkçapar
Fuat Emre Canpolat
Gül Nihan Özdemir
Gülçin Akıncı
Güldeniz Toklucu
Günsel Kutluk
Gürsoy Pala


Hakan Erdoğan
Hakan Yalçın
Hale Göksever Çevik
Halit Çam
Hülya Bilgen
İlgen Şaşmaz
İlke Mungan Akın
İnci Kahyaoğlu
İsmail Özdemir
İsmail Reisli
Kemal Özerkan
Kenan Barut
Keziban Doğan
Levent Keskin
Levent Yaşar
Mehmet Çınar
Mehmet Özeren
Mehmet Yıldız
Melek Akar
Meltem Dinleyici
Merve Usta
Metehan Özen
Muhterem Duyu
Murat Api
Murat Duman
Murat Ekin
Murat Elevli
Murat Muhcu
Mustafa Kurthan Mert
Mustafa Ulubay
Mutlu Ercan
Muzaffer Sancı
Nafiye Urgancı
Nafiye Yılmaz
Namık Yaşar Özbek
Nehir Ulu Öğüt
Nihal Olgaç Dünder
Nilgün Köksal
Nurten Bakan
Osman Baştuğ
Ozan Özkaya
Ömer Erdeve
Özgür Kasapçopur
Özhan Özdemir

Özlem Eriş
Özlem Evliyaoğlu
Özlem Moraloğlu
Pınar Kumru
Rabia Uslubaş
Reha Artan
Rukiye Reisli
Samim Özen
Semra Çetinkaya
Semra Kayataş Eser
Senem Alkan Özdemir
Serdar Dilbaz
Serkan Kahyaoğlu
Sezgin Şahin
Sinan Uslu
Süheyla Aydoğmuş
Şenay Erdeve
Şenay Haspolat
Şevki Çelen
Şule Özdemir
Şükrü Hatun
Tanju Çelik
Temel Ceyhan
Tülin Tiraje Celkan
Vefik Arıca
Yaprak Üstün
Yasemin Akın
Yekta Öncel
Yeşim Bayoğlu Tekin
Yusuf Üstün
Zeynep Tamay

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya



BİLİMSEL PROGRAM

BİLİMSEL PROGRAM - 22 EKİM, CUMA			
SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
08:30-09:00		AÇILIŞ TÖRENİ	
09:00-10:30	COVID-19 Pandemisinde Her Yönüyle Aşılama Oturum Başkanları: Ateş Kara, Metehan Özen Gebelerde aşılama ve bebeğe etkileri Metehan Özen Çocukluk çağı aşıları ve Covid-19 Ener Çağrı Dinleyici Covid-19 aşıları ve sağlık çalışanları Ateş Kara		
10:30-11:00	Kahve Arası	Kahve Arası	Kahve Arası
11:00-12:30	Covid-19 Döneminde Sağlam Gebe ve Çocuk İzlemi Oturum Başkanları: Nilgün Köksal, Elif Güler Kazancı Sağlıklı gebe izlemi Kemal Özerkan Sağlıklı yenidoğan izlemi Fuat Emre Canpolat Sağlıklı süt ve okul çocuğu izlemi Vefik Arca	Farklı Ülkelerde Obstetrik ve Perinatal Bakım Oturum Başkanları: Yasemin Akın, Ferit Saraçoğlu Obstetrik kanamaya yeni bakış açıları: sorunları çözmenin yolları Dilbar İsmatovna Tuksanova Kırgızistan'da perinatal bakım kalitesinin iyileştirilmesi ve perinatal mortalitenin denetlenmesi Sagynbu Abduvalieva Kırgızistanda preeklampsi gelişme riski olan gebeler için doğum öncesi bakım Damira Şarapatdinovna Begmatova Sezeryanın geç komplikasyonları: skar gebelik ve plasenta accreta spektrumu Magalov İslam Sharif	Polikistik Over Sendromu Oturum Başkanı: Yaprak Üstün Polikistik over sendromu tanısı nasıl konulmalı? İnci Kahyaoglu Adolesan PKOS Yaprak Üstün PKOS-infertilite tedavisi Semra Kayataş Eser PKOS - Metabolik sendrom Temel Ceyhan
12:30-13:30	SALON A Boğmacada Korunma: Gebelikte Aşılama Ateş Kara Hacettepe Üniversitesi, Enfeksiyon Hastalıkları Aydan Biri Kuru Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum		Kontrasepsiyon Oturum Başkanı: Berna Dilbaz KOK ve venöz tromboemboli Mehmet Çınar Kontraseptifler ve Kansere Hale Göksever Çelik Yeni jenerasyon Sadece Progesterin İçeren Hapları Nasıl Kullanalım? Nafiye Yılmaz
13:30-14:30	Öğle Yemeği	Öğle Yemeği	Öğle Yemeği
14:30-15:30	Hot Topics in Covid-19 Oturum Başkanı: Esin Koç, Ateş Kara Coronavirus; from A-Z and more... Khalaf Hussein Gargary New aspects of Covid-19 and PostCovid-19 in neonates and children Aspazija Sofijanovna		Endometriosis Oturum Başkanı: Serdar Dilbaz Endometriosis medikal tedavisi Mutlu Ercan Endometriosis yönetiminde cerrahinin yeri Kemal Özerkan Endometriozisde infertilite tedavisi Ahmet Demir
15:30-16:00	Kahve Arası	Kahve Arası	Kahve Arası
16:00-17:30	Perinatal Dönemde COVID-19 Enfeksiyonu-Neler Öğrendik? Oturum Başkanları: Esin Koç, Ferit Saraçoğlu Gebelerde Yusuf Üstün Yenidoğanlarda Ömer Erdev	Çocuk Nefroloji Oturumu Oturum Başkanları: Hakan Erdoğan, Nida Temizkan Dinçel Hematüri ile gelen çocuğa yaklaşım Fatma Mutlubaş Proteinüri ile gelen çocuğa yaklaşım Fatma Şemsa Çaycı Çocukluk çağında Fabry hastalığı Ebru Yılmaz	Pediyatri Sözlü Bildiriler 1 Oturum Başkanları: Halit Çam, Tanju Çelik S-002, S-003, S-006, S-016, S-033, S-038, S-039, S-051, S-057, S-071
17:30-18:30	Yenidoğan Sözlü Bildiriler Oturum Başkanları: Yekta Öncel, Emre Canpolat S-013, S-022, S-023, S-034, S-035, S-048, S-058, S-063, S-064, S-081, S-082	Pediyatri Sözlü Bildiriler 2 Oturum Başkanları: Ruhiye Reisli, Ahmet Sami Yazır S-018, S-030, S-031, S-032, S-045, S-050, S-062, S-065, S-067, S-077, S-078, S-079, O-004, O-005	Kadın Doğum Sözlü Bildiriler Oturum Başkanları: Yusuf Üstün, Nurten Bakan S-008, S-009, S-010, S-026, S-040, S-043, S-052, S-053, S-055, S-068, S-088, O-002

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

BİLİMSEL PROGRAM - 23 EKİM, CUMARTESİ

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
09:00-10:30	İsmail İşlek Anısına Çocuk Romatoloji Oturumu Oturum Başkanları: Özgür Kasapoğlu, Ozan Özkaya	Bebeklik ve Süt Çocukluğu Döneminde Beslenme ve İlişkili Sorunlar Oturum Başkanları: Aysegül Zenciroğlu, Çoşkun Çeltik	Obstetrik Tarama Oturumu Oturum Başkanı: Ali Turhan Çağlar
	Periyodik ateş sendromlarına yaklaşım Amra Adrović	Pandemi döneminde emzirme ve anne sütü Merih Çetinkaya	Taramada rutin cell free DNA ? Şevki Çelen
	Kas-iskelet sistemi ağrılarında ve artrit yaklaşım Sezgin Şahin	İştahsız çocuk Reha Artan	Erken anomali taraması 12-14 hf Pınar Kumru
		İnfanltik kolit Şirin Güven	Artmış ense kalınlığı ve gebelik sonuçları Ali Turhan Çağlar
10:30-11:00	Kahve Arası	Kahve Arası	Kahve Arası
11:00-12:30	Covid-19'un Korkulu Yüzü: Pediatrik MIS-C Oturum Başkanları: Murat Erel, Murat Duman	Çocuk Nöroloji Oturumu Oturum Başkanları: Aycan Ünalp, Şenay Haspolat	Obstetri Oturumu Oturum Başkanı: Mehmet Özeren
	Pediatrik Enfeksiyon bakış açısı Bilge Aldemir Kocabaş	Hipotonik bebeğe yaklaşım Gülşin Akıncı	Gebeliğin hipertansif bozukluğu Yusuf Üstün
	Pediatrik Kardiyoloji bakış açısı Abdullah Kocabaş	Epilepsi tanı, takip ve tedavisi Şenay Haspolat	Preterm eylem tedavisinde güncel yaklaşım Gürsoy Pala
	Pediatrik Romatoloji bakış açısı Özgür Kasapoğlu	Gelişimsel epileptik ensefalopatiler Figen Baydan	PPROM ve PROM tedavisi Mehmet Özeren
	Pediatrik Yoğun Bakım bakış açısı Muhterem Duyu		IUGR tanı ve yönetimini nasıl yapalım Güldeniz Toklucu
12:30-13:30	SALON A Purpura Fulminans ve Ağır Protein C eksikliği tedavisinde Ceprotin'in yeri Oturum Başkanları: Namık Yaşar Özbek Ankara Şehir Hastanesi, Pediatrik Hematoloji Tülin Tiraje Celkan İstinye Üniversitesi-İJV Hospital, Pediatrik Hematoloji Ağır Protein C eksikliği Tanısına yönelik bulgular - Gül Nihan Özdemir İstinye Üniversitesi Liv Hospital, Pediatrik Hematoloji Tedavide Protein C replasmanı ve Ceprotin Olgu Paylaşımları - İlgen Şaşmaz Çukurova Üniversitesi Pediatrik Hematoloji		Gebelikte Gıda Takviyeleri Oturumu Oturum Başkanı: Yusuf Üstün Gebelik öncesi vitamin desteği Süheyla Aydoğmuş Gebelikte demir desteği Figen Türkçapar Gebelikte vitamin ve omega desteği Mustafa Ulubay
	Öğle Yemeği	Öğle Yemeği	Öğle Yemeği
	SALON A Menactra: Meningokok Aşılmasında Neredeyiz ? Metehan Özen Acabadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları		Obstetri Oturumu Oturum Başkanı: Özlem Moraloğlu Fetal İyilik Hali Nasıl Değerlendirilmeli? Levent Keskin Doğum İndüksiyonu, Kime, Ne Zaman, Nasıl? Aykan Yücel Skar gebeliğinde yönetim İsmail Özdemir
	Kahve Arası	Kahve Arası	Kahve Arası
16:00-17:30	Sağlam Çocuk ve Sağlıklı Toplum İçin Çocuk Hekiminin Bilmesi Gerekenler Oturum Başkanları: Bumün Dündar, Metehan Özen	Çocuk Endokrin Pratiğinde Sık Görülen Aciller Oturum Başkanları: Semra Çetinkaya, Behzat Özkan	Jinekoloji Oturumu Oturum Başkanı: Levent Yaşar
	Mikrobiyota ve önemi Ener Çağrı Dinleyici	Diyabetik ketoasidoz Şükür Hatun	Her adneksiyal kitle opere edilmeli mi? Ahmet Kale
	Human milk oligosaccharide: role in human health Khalaf Hussein Gargary	Adrenal yetmezlik Samim Özen	Postmenopozal kanama algoritması Özlem Evliyaoğlu
	Akıllı antibiyotik kullanımı Metehan Özen	Elektrolit bozuklukları Semra Çetinkaya	Jüvenil kanamaya yaklaşım Serkan Kahyaoğlu
17:30-18:30	Genel Pediatri Online Bildiriler Oturum Başkanları: Ruhan Özer, Esra Polat	Yenidoğan Online Bildiriler Oturum Başkanları: Güner Karatekin, Yasemin Akın	Kadın Doğum Online Bildiriler Oturum Başkanları: Gürsoy Pala, Yaprak Üstün
	S-007, S-011, S-015, S-025, S-036, S-037, S-041 S-056, S-080, S-085, S-086, S-087, O-003	S-001, S-005, S-014, S024, S-044, S-059 S-061, S-069, S-072, S-074, S-075	S-012, S-017, S-019, S-020, S-021, S-046, S-047, S-049, S-060, S-070, S-076, O-001

BİLİMSEL PROGRAM - 24 EKİM, PAZAR

SAAT	SALON A	SALON B	SALON C
09:00-10:30	Sık görülen alerjik ve immünolojik hastalıklara yaklaşım oturumu Oturum Başkanları: Emine Dibek Mısırlıoğlu, İsmail Reisli	Yenidoğanda Sık Görülen ve Göz Ardı Edilen Durumlar Oturum Başkanları: Güner Karatekin, Aspasija Sofijanova	Ürojinekoloji Oturumu Oturum Başkanı: Murat Ekin
	Akut anafilaksi yaklaşımı Emine Dibek Mısırlıoğlu	Congenital Cytomegalovirus infection Hajrija Maksic	Aşırı aktif mesane tedavisinde güncel yaklaşımlar Çetin Kılıç
	Besin alerjileri Zeynep Tamay	PICC lines in NICU Sabina Terzic	SÜİ tedavisinde Midüretal Slingler Keziban Doğan
	Hangi çocukta immün yetmezlik düşünelim?(J Project Meeting) İsmail Reisli	Improvement of parent communication Bekturgan Tınımbaylı Karin	Apical prolapsus tedavisinde minimal invaziv yöntemler Aysel Uysal
10:30-11:00	Kahve Arası	Kahve Arası	Kahve Arası
11:00-12:00	Pandemi Döneminde Çocuk Sağlığı Oturum Başkanları: Saliha Şenel, Meltem Dinleyici	Perinatal Covid-19 ve Nörolojik Etkileri Oturum Başkanları: Fahri Ovalı, Nihal Olgaç Dündar,	Servikal Preinvasiv Lezyonlara Yaklaşım Oturumu Oturum Başkanı: Hakan Yalçın
	Pandemi döneminde akıllı medya kullanımı - Meltem Dinleyici	Covid-19 geçirmiş kadınlarda gebelik, doğum ve yenidoğan döneminin seyri Dilbar Najmutdinova	Servikal patolojilerin tanınması Özhan Özdemir
	Pandemi döneminde RSV ve diğer çocukluk çağı enfeksiyonları Eda Karadağ Öncel	COVID-19 hastası annelerden doğanların nörolojik durumu Ayten Mam madbaylı	HPV aşılmasında güncel durum Murat Api
	Pandemi döneminde çocuk istismarı Çağatay Nuhoglu		Preinvasiv lezyonların standart yönetimi Muzaffer Sanu
12:00-12:30	KAPANIŞ		

II. ULUSLARARASI
ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

KONUŞMA ÖZETLERİ

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

COVID-19'un Korkulu Yüzü: Pediatrik MIS-C *Pediatrik Kardiyolog Bakış Açısı*

Prof. Dr. Abdullah KOCABAŞ

Prof. Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

2019 yılı Aralık ayında Çin'in Wuhan şehrinde başlayan ve tüm dünyaya yayılarak pandemiye neden olan yeni koronavirüs enfeksiyonu Covid-19 çocuklarda erişkinlere oranla çok daha hafif semptomlarla ve mortalite oranıyla seyretmektedir. Ancak Avrupa'da Nisan 2020 tarihinden itibaren Covid-19 enfeksiyonu geçiren çocuklarda enfeksiyondan ortalama 2-6 hafta sonra başlayan ve ateş, karın ağrısı, hipotansiyon ve miyokardiyal fonksiyon bozukluğuna yol açan şiddetli bir hastalık tanımlanmıştır. Bu hastaların bir kısmında ateş, GIS ve cilt bulgularının ön planda olduğu Kawasaki hastalığı benzeri tablo görülürken, bir kısmında ise çoklu organ yetmezliği ve inotrop/vazopressör tedavi gerektiren yoğun bakım ihtiyacının geliştiği toksik şok sendromu benzeri hastalık tablosu gelişmektedir. 'Geçici SARS-CoV-2 ile ilişkili pediatrik inflamatuvar multisistem sendrom (PIMS-TS) veya 'COVID-19 ile ilişkili çoklu sistemik inflamatuvar sendrom (MIS-C)' olarak adlandırılan bu sendromda özellikle hastaların yaklaşık %80'inde görülen kardiyak tutulumun derecesi akut hastalık dönemindeki klinik ağırlığın belirlenmesi ve olası uzun dönem komplikasyonlar açısından özellikle önem taşımaktadır.

Başvuruda ağır seyirli akut Covid-19 enfeksiyonunun aksine pulmoner tutulum yaygın değildir ve solunum semptomları hafiftir. İzlemede hastalık seyrinde büyük çoğunluğunda vazodilatör/ distribütif şok tablosu gelişir. Hastalar büyük oranda sıvı resusitasyonu ve vazopressörlere yanıt verirken nadiren ECMO gereksinimi olabilmektedir. Yaklaşık % 20 hastada mekanik ventilasyon gerektiren ağır kritik hastalık gelişir.

Hastaların %31-100'ünde görülen sol ventrikül sistolik disfonksiyonu kalp yetmezliği tablosu ile yoğun bakım yatışlarında ana kardiyak özelliktir. Bunun yanında miyokardit, perikardit, perikardiyal efüzyon, kapak yetersizlikleri ve koroner arter anomalileri (perivasküler parlaklık, tapering kaybı, ektazi ve anevrizma) MIS-C'li hastalarda eşlik eden başlıca kardiyak tutulum şekilleridir. Hastalarda sık karşılaşılan sol ventrikül sistolik disfonksiyonu çoğu olguda taburculuk sırasında, az bir kısmında da daha sonra düzelmektedir. Kawasaki hastalığına göre daha düşük oranda saptanan koroner arter tutulumları da daha çok perivasküler ekojenite artışı, tapering kaybı ve ektazi şeklinde iken hastaların hastaların az bir kısmında anevrizma gelişimi bildirilmiştir.

MIS-C'deki kardiyak tutulumun patogenezi henüz net olarak aydınlatılamamakla birlikte SARS-CoV-2 enfeksiyonunun sonucu olan postenfeksiyöz immün aracılı bir hasara bağlı geliştiği düşünülmektedir. Akut enfeksiyonu takiben pulmoner ve gastrointestinal sistemdeki viral replikasyon ile aktive olan makrofajlar hücrel ve humoral immün yanıtı tetikleyerek IL-6, IL-12, Tip I ve III IFN- γ yanıtı ile antikor üretimine neden olur. Bu aşırı inflamasyon yanıtı diğer sistem bulguları yanında kardiyovasküler sistemdeki vazopleji, akut miyokard hasarı ve koroner anevrizma gelişiminden sorumlu tutulmaktadır.

İntravenöz immünoglobülin (İVİG) ve glukokortikoidler MIS-C hastalarında en yaygın olarak kullanılan immünomodülatör ilaçlardır. İVİG Kawasaki Hastalığı ve toksik şok sendromuna benzer şekilde yüksek doz (2 g/kg) kullanılır. Kardiyak tutulum bulgusu olmayan hafif ve orta şiddetli olgularda düşük doz steroidler yeterli iken, şok tablosu gelişen hastalarda inotrop ve vazopressör tedavi yanında yüksek doz pulse glukokortikoid tedavisi önerilmektedir. Dirençli olgularda Anakinra ve Tocilizumab gibi biyolojik ajanlar önerilmektedir.

Troponinler, BNP, N-terminal-proBNP gibi kardiyak biyobelirteçlerin serum düzeyleri ile miyokardiyal tutulum arasında yakın korelasyon vardır. Yatışın ikinci gününde pik yapar ve ortalama 4-5 gün içinde normale doğru kademeli bir düşüş

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

gösterirler. MIS-C ile ilişkili miyokardit diğer miyokarditlere oranla daha iyi seyirlidir ve hastalarda tedaviye yanıt daha iyidir. Hastaların yaklaşık 1/3'ünde dilate veya anormal ekojenik görünümlü koroner anomalilerin yarısı taburcu edilmeden önce kaybolur.

Hastalığın akut ve subakut döneminde yapılan doku Doppler görüntüleme ve 2D speckle-tracking ekokardiyografik analizler, konvansiyonel yöntemlerle yapılan sol ventrikül sistolik ve diyastolik fonksiyon incelemelerine göre çok daha yüksek oranda bozulma olduğunu göstermiştir. Az sayıda yapılan kardiyak MR ve BT-anjiyografi çalışmaları ile de bu bulgular desteklenmiştir. Ancak radyolojik yöntemlerle de gerek fonksiyonel bozukluklar, gerekse koroner arterlerdeki bulguların izlemde büyük oranda gerilediği gösterilmiştir.

Sonuç olarak MIS-C'deki kardiyak tutulumun kısa ve orta dönem etkileri incelendiğinde mevcut veriler uygulanan tedavilerin etkin olduğunu ve sekonder enfeksiyon, tromboz, kanama gibi yan etkilerin gelişmediğini göstermektedir. İnflamatuvar belirteçlerde kısa sürede düşüş ve kardiyak bulgularda hızlı düzelmeye ile klinik iyileşme sağlanmaktadır. MIS-C'li hastalarda koronerlerdeki hızlı düzelmeyein tedavi etkisi ile mi yoksa hastalığın doğal seyri ile mi olduğu net değildir. Özellikle koroner arter ve miyokardiyal tutulumu olan çocukların uzun dönemde erken ateroskleroz, olası miyokardiyal skar ve fibrozise sekonder gelişebilecek aritmiler ve kalp yetmezliği açısından prognozları bilinmemektedir ve bu açılarda izlem gerekmektedir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Endometrioziste İnfertilite Tedavisi

Doç. Dr. Ahmet DEMİR

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Endometriozis, infertil kadınlarda sıklıkla karşılaşılan bir durum olmakla birlikte endometriozis ve infertilite arasındaki ilişki halen tartışmalıdır. Endometriozisli kadınların yaklaşık %30-40'ında infertilite mevcuttur. Erken evre endometrioziste subfertilitenin patogenezi tam olarak bilinmemekle birlikte ileri evre endometrioziste pelvik anatominin bozulmasının infertiliteye neden olduğu düşünülmektedir.

Endometriozisli olgularda fertilitte çalışmalarında sıklıkla, 1979 yılında yayınlanan ve en son 1996 yılında gözden geçirilen ASRM skorlama sistemi kullanılmıştır. Ancak bu sınıflamanın kadın fertilitte potansiyelini öngörmede bir prognostik değeri olup olmadığı belirsiz kalmıştır. Bu konuda Endometriozis Fertilitte İndeksi (EFI) daha yeni bir sınıflama sistemidir. Bu skorlamada, ASRM sistemine ek olarak hasta anamnezi ve cerrahi sonrası bilgiler de eklenir. EFI skoru 0-10 arasında bir değer alır ve yardımcı üreme yöntemlerini içermeyen tedavilerin 36 aylık başarı oranlarını öngörmeyi sağlayarak hastayla birlikte uygun bir fertilitte tedavisi düzenlememize yardımcı olur.

Endometriozis ilişkili infertilite tedavisinde seçenekler: Bekleme tedavisi, medikal veya cerrahi tedavi, intrauterin inseminasyon ve yardımcı üreme teknikleridir.

Bekleme tedavisi, pek önerilen bir tedavi olmamakla birlikte, 35 yaş altı ileri evre hastalığı olmayan, ovaryen stimülasyon, inseminasyon ve İVF istemeyen hastalarda düşünülebilir. Ancak başarı şansı düşüktür.

Endometriozis tedavisinde kullanılan hormonal tedavilerin hepsi ovulasyonu baskıladıklarından dolayı infertilite yönetiminde hormonal tedavinin yeri yoktur. Ayrıca, hormonal tedavi kesildikten sonra fertilitenin arttığına dair bir veri yoktur.

Cerrahi, bir zamanlar endometriozis ilişkili infertilitenin tedavisinde önemli bir rol oynamıştır. Evre 1-2 endometrioziste cerrahinin amacı tüm endometriotik implantları yok etmektir. 2014 yılında yayınlanan 2 meta-analizde bu cerrahinin fertilitteyi iyileştirdiği sonucuna varılmıştır. Evre 3-4 endometriozisli olgularda cerrahide hedef normal anatomiyi restore etmek ve büyük endometriomaları çıkarmaktır. Ancak maalesef bu cerrahi yöntemle medikal yöntemleri karşılaştıran kaliteli bir çalışma yoktur. Son yıllarda, endometrioma cerrahisi sonrası AMH düzeylerinde anlamlı düşüşlerin olduğunu gösteren çalışmalar yayınlanmıştır. Cerrahi tedavinin over rezervi üzerine olumsuz etkisinden dolayı over rezervi düşük olan, daha önce operasyon geçirmiş ve bilateral endometrioması olan hastalarda cerrahi kararı verilirken çok iyi düşünmek gerekir.

İntrauterin inseminasyon, İVF'in daha başarılı ve ulaşılabilir hale gelmesi ile daha az kullanılmaktadır. Çalışmalar evre 1-2 endometrioziste kontrollü ovaryen stimülasyon veya süperovulasyonla birlikte inseminasyonun gebelik oranlarını arttırdığını göstermektedir.

Endometriozis ilişkili infertilite tedavisinde bu tedaviler başarısız olduğunda ve bunlara ek olarak erkek veya tubal faktör varlığında yardımcı üreme teknikleri sıklıkla kullanılmaktadır. Endometriozis nedeni ile yapılan İVF uygulamalarının başarı oranları, diğer infertilite nedenlerinden dolayı yapılan İVF uygulamalarının sonuçlarıyla benzerdir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Her adneksiye kitle opere edilmeli mi ?

Prof. Dr. Ahmet KALE

Health Science University, TURKEY Kartal Lütfü Kırdar City Hospital Gynecology & Endometriosis & Pain Clinic

Adneksiye Kitle



- ▶ Adneks lateralde pelvis yan duvarı ile medialde uterus kornuları arasında kalan anatomik bölgedir.
- ▶ Anatomik olarak tuba uterina, ligamentum rotundum, overler, ligamentum latum, mezosalpinks ile bunlara ait embriyolojik artıkları kapsar.
- ▶ Ancak adneksiye kitle denildiğinde ilk olarak **overe** ait kitle lezyonları ikincil olarak **tuba uterina** patolojileri gelir

ADNEKSİYEL KİTLE

- ▶ Adneksiye kitle premenopozal hastaların %8-35'inde ve postmenopozal hastaların %3-17'sinde görülmektedir
- ▶ Pelvik ağrı, abdominal şişkinlik, bulantı, kusma, konstipasyon, bası hissi, anormal uterin kanama, dismenore, disparani

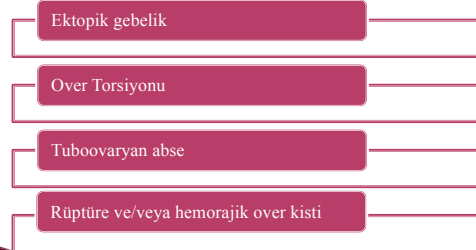
Adneksiye kitle nedeniyle opere edilen premenopozal hastaların malignansi **oranı <%10** 'un altında

Adneksiye kitle nedeniyle opere edilen postmenopozal hastaların malignansi **oranı <%15** 'in altında

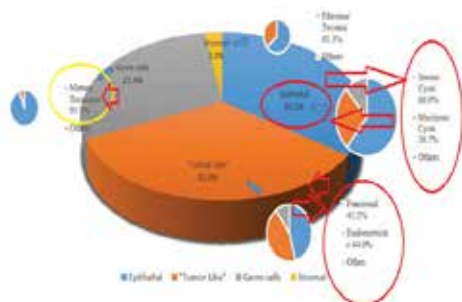
ADNEKSİYEL KİTLE



Acil & Adneksiye kitle



Most common benign adnexal masses



Ovarian Tumors- Classification

Origin	1. Surface epithelial cells "Epithelial Tumors"	2. Germ cell "Germ-Cell Tumors"	3. Ovarian stroma "Sex-Cell Tumors"	4. Other (Metastasis)
Frequency	65-70%	15-20%	5-10%	5%
Age group affected	20+ years	0-25+ years	All ages	Variable
Types*	- Serous - Mucinous - Endometrioid	- Mature teratoma - Dysgerminoma - Yolk sac - Embryonal carcinoma - Endodermal cysts	- Adult Granulosa Cell tumor - Fibrosarcoma/Thrombosis	- Krukenberg Tumor

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Risk of Malignancy Index

$RMI = U \times M \times CA125$

- U = Ultrasound score
 - 0 - no features (multiloc. cysts, solid areas, metastases, ascites)
 - 1 - one feature
 - 2 - two or more features
- M = Menopausal status
 - 1 - premenopausal
 - 3 - postmenopausal

(Jacobs, 1990)

Risk of Malignancy Index

- RMI cut off ≥ 200 ; sensitivite %78, spesifisite %87
- RMI cut off ≥ 250 ; sensitivite %70, spesifisite % 90
- Skor CA-125 seviyesinden belirgin olarak etkilendiği için ; endometriomalarda, myomlarda ve gebelikte yüksek CA-125 skorları yanlış pozitif sonuçlara yol açabilir
- Borderline ve erken evre over kanserlerinde yanlış pozitif sonuç verme ihtimali yüksektir

International Ovarian Tumor Analysis (IOTA)

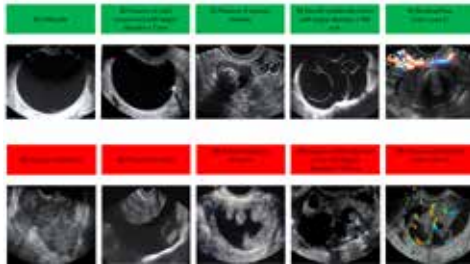


Table 1. IOTA Simple rules assessment

Rules for predicting malignant tumor (M rules)	Rules for predicting benign tumor (B rules)
M1 Irregular solid tumor	B1 Unilocular cyst
M2 Presence of ascites	B2 Presence of solid components where the largest solid component has a largest diameter < 3 mm
M3 At least four papillary structures	B3 Presence of ascitic fluid
M4 Irregular multilocular solid tumor with the largest diameter > 100 mm	B4 Smooth multilocular tumor with the largest diameter < 100 mm
M5 Very strong blood flow (color score 4)	B5 No blood flow (color score 1)

B rule: M kriterlerinin yokluğunda B kriterlerinden herhangi varsa adneksiyel kitle benign

M rule: B kriterlerinin yokluğunda M kriterlerinin herhangi biri varsa kitle malign kabul edilir

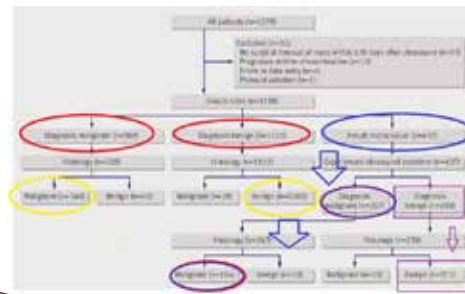
Adneksiyel kitlelerin % 25 sinde hem B hemde M kriteri var yada her iki kriter yok (inconclusive sonuç var), Adneksiyel kitlelerin %75'ini doğru olarak tanımlayabilir,

Ovarian fibrom, tuboovaryan abse ve borderline tümör ayırımında yeterli değil

Table 2: Sensitivity and specificity of simple rules, subjective assessment, logistic regression models 1 and 2, and risk of malignancy index in cases in which simple rules yielded conclusive results (benign or malignant), stratified by menopausal status

	Sensitivity (95% CI)	Specificity (95% CI)
Premenopausal (n=101)		
Simple rules	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Subjective assessment	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Logistic regression model 1	84 (83 to 85)	83 (80 to 85)
Logistic regression model 2	85 (84 to 86)	84 (81 to 87)
Risk of malignancy index	75 (73 to 80)	81 (80 to 82)
Postmenopausal (n=101)		
Simple rules	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Subjective assessment	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Logistic regression model 1	85 (83 to 86)	84 (81 to 86)
Logistic regression model 2	82 (81 to 84)	84 (82 to 86)
Risk of malignancy index	55 (53 to 60)	84 (84 to 85)
All (n=202)		
Simple rules	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Subjective assessment	81 (80 to 82)	86 (84 to 88)
Logistic regression model 1	84 (83 to 85)	83 (80 to 85)
Logistic regression model 2	84 (83 to 85)	84 (81 to 86)
Risk of malignancy index	64 (62 to 66)	81 (80 to 82)

IOTA kriterleri



Flow diagram of simple rules for benign and malignant assessment by experienced ultrasound operators as second stage test

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

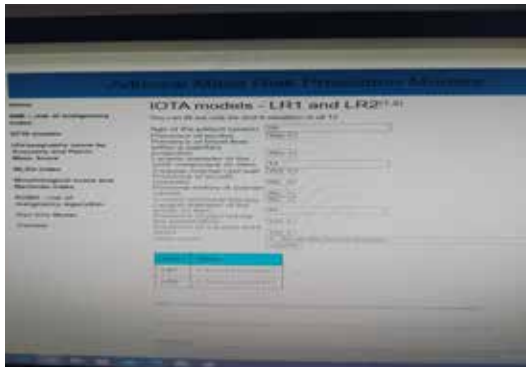
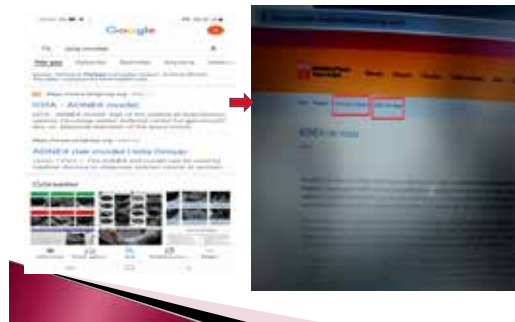
IOTA+ LR2 (LOJİSTİK REGRESYON)

- ▶ IOTA+LR1
- ▶ Yaş
- ▶ Asit varlığı
- ▶ Papiller projeksiyon içerisinde kan akımı
- ▶ Solid komponentin maksimum çapı
- ▶ Internal kistik duvarların irregülaritesi
- ▶ Akustik gölgelenme varlığı
- ▶ Over kaseti büyüklüğü
- ▶ Hormon replasman tedavisi alıp almadığı
- ▶ Lezyonun en büyük çapı
- ▶ Manyom enzimde ağır olup olmaması
- ▶ Lezyonun tamamında solid tümor olup olmadığı
- ▶ Lezyonun renklemesi

Parametreler (LR1)	OR	95% CI
Yaş	1.02	1.01-1.03
Asit varlığı	1.05	1.01-1.09
Papiller projeksiyon içerisinde kan akımı	1.08	1.01-1.15
Solid komponentin maksimum çapı	1.02	1.01-1.03
Internal kistik duvarların irregülaritesi	1.05	1.01-1.09
Akustik gölgelenme varlığı	1.08	1.01-1.15
Over kaseti büyüklüğü	1.02	1.01-1.03
Hormon replasman tedavisi alıp almadığı	1.05	1.01-1.09
Lezyonun en büyük çapı	1.02	1.01-1.03
Manyom enzimde ağır olup olmaması	1.05	1.01-1.09
Lezyonun tamamında solid tümor olup olmadığı	1.08	1.01-1.15
Lezyonun renklemesi	1.02	1.01-1.03

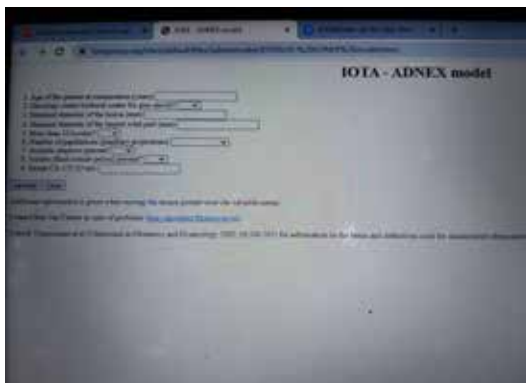
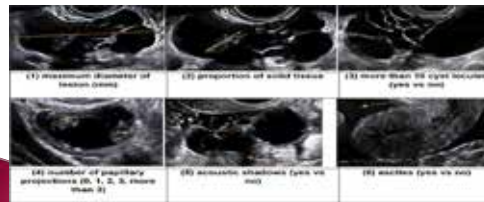
- ▶ IOTA+LR2
- ▶ Yaş
- ▶ Asit varlığı
- ▶ Papiller projeksiyon içerisinde kan akımı
- ▶ Solid komponentin maksimum çapı
- ▶ Internal kistik duvarların irregülaritesi
- ▶ Akustik gölgelenme varlığı

Parametreler (LR2)	OR	95% CI
Yaş	1.02	1.01-1.03
Asit varlığı	1.05	1.01-1.09
Papiller projeksiyon içerisinde kan akımı	1.08	1.01-1.15
Solid komponentin maksimum çapı	1.02	1.01-1.03
Internal kistik duvarların irregülaritesi	1.05	1.01-1.09
Akustik gölgelenme varlığı	1.08	1.01-1.15



Assessment of Different Neoplasias in the adnexa (ADNEX) model

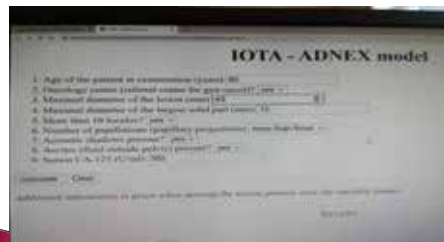
- ▶ Yaş
- ▶ CA-125
- ▶ Merkez: onkoloji merkezi versus genel hastane
- ▶ 6 USG kriteri



Search : keyword: adnex model risk calculation /

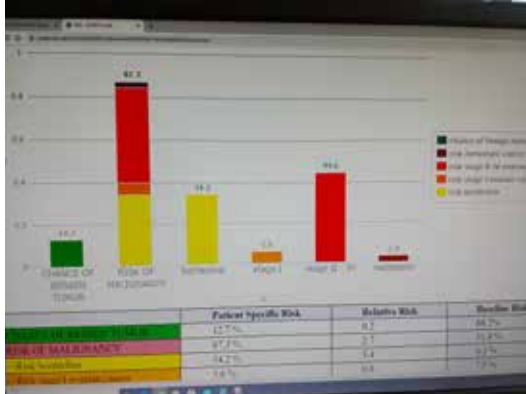
[ADNEX risk model | Iota Group](https://www.iotagro/up.org/iota-models-software/adnex-risk-model)

<https://www.iotagro/up.org/iota-models-software/adnex-risk-model>



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

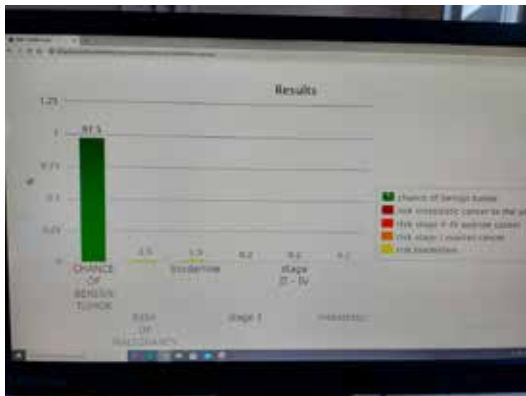


IOTA - ADNEX model

1. Age of the patient at examination (years): 37
2. Oncology center (referral center for gyn-oncol? yes/no):
3. Maximal diameter of the lesion (mm): 20
4. Maximal diameter of the largest solid part (mm): 3
5. More than 10 locules? yes/no
6. Number of papillations (papillary projections): none
7. Ascites (fluid outside pelvis) present? yes/no
8. Ascites (fluid outside pelvis) present? per -
9. Serum CA-125 (U/ml): 50

Additional information is given when entering the model points over the variable names.

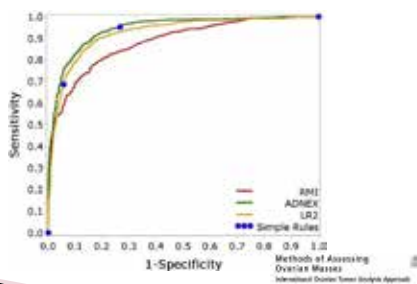
Results



Assessment of Different Neoplasias in the adnexa (ADNEX) model

- ▶ Adneksiyeli kitlenin sadece malign olma ihtimalini hesaplamaz
- ▶ Borderline over tümörü ,
- ▶ Evre 1 primer over kanseri,
- ▶ Evre 2-4 primer over kanseri
- ▶ veya Metastatik over kanseri riski ile ilgili bilgi verir

ADNEX versus RMI



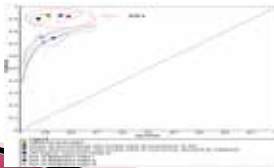
Validation of models to diagnose ovarian cancer in patients managed surgically or conservatively: multicentre cohort study. *BMJ*, 2020; 370...[Ben Van Calster, Li Viletti](#)

Model	AUC (95% CI)	AUC (95% CI)	PSN/PI
RMI	0.89 (0.85 to 0.93)		0.74 to 0.90
LR2	0.92 (0.85 to 0.98)		0.83 to 0.96
SRRM	0.94 (0.91 to 0.95)		0.87 to 0.98
ADNEX without CA125	0.94 (0.91 to 0.95)		0.87 to 0.98
ADNEX with CA125	0.94 (0.90 to 0.98)		0.87 to 0.98

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- ▶ The LR2 modelin sensitivitesi / spesifitesi; %92 / %83
- ▶ Simple rules: sensitivitesi /spesifitesi %93 / %81
- ▶ RMI (<200 IU cut-off), sensitivitesi /spesifitesi: %72/ %92
- ▶ IOTA LR2 ve IOTA Simple Rules sensitivitesi >RMI
- ▶ Adneksiyel kitelerin ayırımında; IOTA simple rule ve ADNEX Model diğer metotlarla karşılaştırıldığında en cost efektif metoddur



O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee

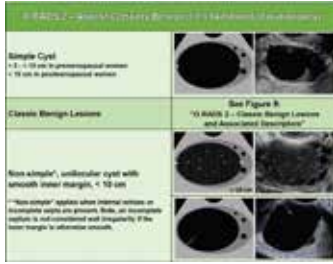
O-RADS US Risk Stratification and Management System: A Consensus Guideline from the ACR Ovarian-Adnexal Reporting and Data System Committee

O-RADS US score	Risk of malignancy	Explanations
0	NCS	Noncomplex, unilocular (benign-appearing)
1	MC	Simple cysts: 1-3 cm; 4-5 cm; 6-7 cm; 8-9 cm; 10-11 cm; 12-13 cm; 14-15 cm; 16-17 cm; 18-19 cm; 20-21 cm; 22-23 cm; 24-25 cm; 26-27 cm; 28-29 cm; 30-31 cm; 32-33 cm; 34-35 cm; 36-37 cm; 38-39 cm; 40-41 cm; 42-43 cm; 44-45 cm; 46-47 cm; 48-49 cm; 50-51 cm; 52-53 cm; 54-55 cm; 56-57 cm; 58-59 cm; 60-61 cm; 62-63 cm; 64-65 cm; 66-67 cm; 68-69 cm; 70-71 cm; 72-73 cm; 74-75 cm; 76-77 cm; 78-79 cm; 80-81 cm; 82-83 cm; 84-85 cm; 86-87 cm; 88-89 cm; 90-91 cm; 92-93 cm; 94-95 cm; 96-97 cm; 98-99 cm; 100-101 cm; 102-103 cm; 104-105 cm; 106-107 cm; 108-109 cm; 110-111 cm; 112-113 cm; 114-115 cm; 116-117 cm; 118-119 cm; 120-121 cm; 122-123 cm; 124-125 cm; 126-127 cm; 128-129 cm; 130-131 cm; 132-133 cm; 134-135 cm; 136-137 cm; 138-139 cm; 140-141 cm; 142-143 cm; 144-145 cm; 146-147 cm; 148-149 cm; 150-151 cm; 152-153 cm; 154-155 cm; 156-157 cm; 158-159 cm; 160-161 cm; 162-163 cm; 164-165 cm; 166-167 cm; 168-169 cm; 170-171 cm; 172-173 cm; 174-175 cm; 176-177 cm; 178-179 cm; 180-181 cm; 182-183 cm; 184-185 cm; 186-187 cm; 188-189 cm; 190-191 cm; 192-193 cm; 194-195 cm; 196-197 cm; 198-199 cm; 200-201 cm; 202-203 cm; 204-205 cm; 206-207 cm; 208-209 cm; 210-211 cm; 212-213 cm; 214-215 cm; 216-217 cm; 218-219 cm; 220-221 cm; 222-223 cm; 224-225 cm; 226-227 cm; 228-229 cm; 230-231 cm; 232-233 cm; 234-235 cm; 236-237 cm; 238-239 cm; 240-241 cm; 242-243 cm; 244-245 cm; 246-247 cm; 248-249 cm; 250-251 cm; 252-253 cm; 254-255 cm; 256-257 cm; 258-259 cm; 260-261 cm; 262-263 cm; 264-265 cm; 266-267 cm; 268-269 cm; 270-271 cm; 272-273 cm; 274-275 cm; 276-277 cm; 278-279 cm; 280-281 cm; 282-283 cm; 284-285 cm; 286-287 cm; 288-289 cm; 290-291 cm; 292-293 cm; 294-295 cm; 296-297 cm; 298-299 cm; 300-301 cm; 302-303 cm; 304-305 cm; 306-307 cm; 308-309 cm; 310-311 cm; 312-313 cm; 314-315 cm; 316-317 cm; 318-319 cm; 320-321 cm; 322-323 cm; 324-325 cm; 326-327 cm; 328-329 cm; 330-331 cm; 332-333 cm; 334-335 cm; 336-337 cm; 338-339 cm; 340-341 cm; 342-343 cm; 344-345 cm; 346-347 cm; 348-349 cm; 350-351 cm; 352-353 cm; 354-355 cm; 356-357 cm; 358-359 cm; 360-361 cm; 362-363 cm; 364-365 cm; 366-367 cm; 368-369 cm; 370-371 cm; 372-373 cm; 374-375 cm; 376-377 cm; 378-379 cm; 380-381 cm; 382-383 cm; 384-385 cm; 386-387 cm; 388-389 cm; 390-391 cm; 392-393 cm; 394-395 cm; 396-397 cm; 398-399 cm; 400-401 cm; 402-403 cm; 404-405 cm; 406-407 cm; 408-409 cm; 410-411 cm; 412-413 cm; 414-415 cm; 416-417 cm; 418-419 cm; 420-421 cm; 422-423 cm; 424-425 cm; 426-427 cm; 428-429 cm; 430-431 cm; 432-433 cm; 434-435 cm; 436-437 cm; 438-439 cm; 440-441 cm; 442-443 cm; 444-445 cm; 446-447 cm; 448-449 cm; 450-451 cm; 452-453 cm; 454-455 cm; 456-457 cm; 458-459 cm; 460-461 cm; 462-463 cm; 464-465 cm; 466-467 cm; 468-469 cm; 470-471 cm; 472-473 cm; 474-475 cm; 476-477 cm; 478-479 cm; 480-481 cm; 482-483 cm; 484-485 cm; 486-487 cm; 488-489 cm; 490-491 cm; 492-493 cm; 494-495 cm; 496-497 cm; 498-499 cm; 500-501 cm; 502-503 cm; 504-505 cm; 506-507 cm; 508-509 cm; 510-511 cm; 512-513 cm; 514-515 cm; 516-517 cm; 518-519 cm; 520-521 cm; 522-523 cm; 524-525 cm; 526-527 cm; 528-529 cm; 530-531 cm; 532-533 cm; 534-535 cm; 536-537 cm; 538-539 cm; 540-541 cm; 542-543 cm; 544-545 cm; 546-547 cm; 548-549 cm; 550-551 cm; 552-553 cm; 554-555 cm; 556-557 cm; 558-559 cm; 560-561 cm; 562-563 cm; 564-565 cm; 566-567 cm; 568-569 cm; 570-571 cm; 572-573 cm; 574-575 cm; 576-577 cm; 578-579 cm; 580-581 cm; 582-583 cm; 584-585 cm; 586-587 cm; 588-589 cm; 590-591 cm; 592-593 cm; 594-595 cm; 596-597 cm; 598-599 cm; 600-601 cm; 602-603 cm; 604-605 cm; 606-607 cm; 608-609 cm; 610-611 cm; 612-613 cm; 614-615 cm; 616-617 cm; 618-619 cm; 620-621 cm; 622-623 cm; 624-625 cm; 626-627 cm; 628-629 cm; 630-631 cm; 632-633 cm; 634-635 cm; 636-637 cm; 638-639 cm; 640-641 cm; 642-643 cm; 644-645 cm; 646-647 cm; 648-649 cm; 650-651 cm; 652-653 cm; 654-655 cm; 656-657 cm; 658-659 cm; 660-661 cm; 662-663 cm; 664-665 cm; 666-667 cm; 668-669 cm; 670-671 cm; 672-673 cm; 674-675 cm; 676-677 cm; 678-679 cm; 680-681 cm; 682-683 cm; 684-685 cm; 686-687 cm; 688-689 cm; 690-691 cm; 692-693 cm; 694-695 cm; 696-697 cm; 698-699 cm; 700-701 cm; 702-703 cm; 704-705 cm; 706-707 cm; 708-709 cm; 710-711 cm; 712-713 cm; 714-715 cm; 716-717 cm; 718-719 cm; 720-721 cm; 722-723 cm; 724-725 cm; 726-727 cm; 728-729 cm; 730-731 cm; 732-733 cm; 734-735 cm; 736-737 cm; 738-739 cm; 740-741 cm; 742-743 cm; 744-745 cm; 746-747 cm; 748-749 cm; 750-751 cm; 752-753 cm; 754-755 cm; 756-757 cm; 758-759 cm; 760-761 cm; 762-763 cm; 764-765 cm; 766-767 cm; 768-769 cm; 770-771 cm; 772-773 cm; 774-775 cm; 776-777 cm; 778-779 cm; 780-781 cm; 782-783 cm; 784-785 cm; 786-787 cm; 788-789 cm; 790-791 cm; 792-793 cm; 794-795 cm; 796-797 cm; 798-799 cm; 800-801 cm; 802-803 cm; 804-805 cm; 806-807 cm; 808-809 cm; 810-811 cm; 812-813 cm; 814-815 cm; 816-817 cm; 818-819 cm; 820-821 cm; 822-823 cm; 824-825 cm; 826-827 cm; 828-829 cm; 830-831 cm; 832-833 cm; 834-835 cm; 836-837 cm; 838-839 cm; 840-841 cm; 842-843 cm; 844-845 cm; 846-847 cm; 848-849 cm; 850-851 cm; 852-853 cm; 854-855 cm; 856-857 cm; 858-859 cm; 860-861 cm; 862-863 cm; 864-865 cm; 866-867 cm; 868-869 cm; 870-871 cm; 872-873 cm; 874-875 cm; 876-877 cm; 878-879 cm; 880-881 cm; 882-883 cm; 884-885 cm; 886-887 cm; 888-889 cm; 890-891 cm; 892-893 cm; 894-895 cm; 896-897 cm; 898-899 cm; 900-901 cm; 902-903 cm; 904-905 cm; 906-907 cm; 908-909 cm; 910-911 cm; 912-913 cm; 914-915 cm; 916-917 cm; 918-919 cm; 920-921 cm; 922-923 cm; 924-925 cm; 926-927 cm; 928-929 cm; 930-931 cm; 932-933 cm; 934-935 cm; 936-937 cm; 938-939 cm; 940-941 cm; 942-943 cm; 944-945 cm; 946-947 cm; 948-949 cm; 950-951 cm; 952-953 cm; 954-955 cm; 956-957 cm; 958-959 cm; 960-961 cm; 962-963 cm; 964-965 cm; 966-967 cm; 968-969 cm; 970-971 cm; 972-973 cm; 974-975 cm; 976-977 cm; 978-979 cm; 980-981 cm; 982-983 cm; 984-985 cm; 986-987 cm; 988-989 cm; 990-991 cm; 992-993 cm; 994-995 cm; 996-997 cm; 998-999 cm; 1000-1001 cm; 1002-1003 cm; 1004-1005 cm; 1006-1007 cm; 1008-1009 cm; 1010-1011 cm; 1012-1013 cm; 1014-1015 cm; 1016-1017 cm; 1018-1019 cm; 1020-1021 cm; 1022-1023 cm; 1024-1025 cm; 1026-1027 cm; 1028-1029 cm; 1030-1031 cm; 1032-1033 cm; 1034-1035 cm; 1036-1037 cm; 1038-1039 cm; 1040-1041 cm; 1042-1043 cm; 1044-1045 cm; 1046-1047 cm; 1048-1049 cm; 1050-1051 cm; 1052-1053 cm; 1054-1055 cm; 1056-1057 cm; 1058-1059 cm; 1060-1061 cm; 1062-1063 cm; 1064-1065 cm; 1066-1067 cm; 1068-1069 cm; 1070-1071 cm; 1072-1073 cm; 1074-1075 cm; 1076-1077 cm; 1078-1079 cm; 1080-1081 cm; 1082-1083 cm; 1084-1085 cm; 1086-1087 cm; 1088-1089 cm; 1090-1091 cm; 1092-1093 cm; 1094-1095 cm; 1096-1097 cm; 1098-1099 cm; 1100-1101 cm; 1102-1103 cm; 1104-1105 cm; 1106-1107 cm; 1108-1109 cm; 1110-1111 cm; 1112-1113 cm; 1114-1115 cm; 1116-1117 cm; 1118-1119 cm; 1120-1121 cm; 1122-1123 cm; 1124-1125 cm; 1126-1127 cm; 1128-1129 cm; 1130-1131 cm; 1132-1133 cm; 1134-1135 cm; 1136-1137 cm; 1138-1139 cm; 1140-1141 cm; 1142-1143 cm; 1144-1145 cm; 1146-1147 cm; 1148-1149 cm; 1150-1151 cm; 1152-1153 cm; 1154-1155 cm; 1156-1157 cm; 1158-1159 cm; 1160-1161 cm; 1162-1163 cm; 1164-1165 cm; 1166-1167 cm; 1168-1169 cm; 1170-1171 cm; 1172-1173 cm; 1174-1175 cm; 1176-1177 cm; 1178-1179 cm; 1180-1181 cm; 1182-1183 cm; 1184-1185 cm; 1186-1187 cm; 1188-1189 cm; 1190-1191 cm; 1192-1193 cm; 1194-1195 cm; 1196-1197 cm; 1198-1199 cm; 1200-1201 cm; 1202-1203 cm; 1204-1205 cm; 1206-1207 cm; 1208-1209 cm; 1210-1211 cm; 1212-1213 cm; 1214-1215 cm; 1216-1217 cm; 1218-1219 cm; 1220-1221 cm; 1222-1223 cm; 1224-1225 cm; 1226-1227 cm; 1228-1229 cm; 1230-1231 cm; 1232-1233 cm; 1234-1235 cm; 1236-1237 cm; 1238-1239 cm; 1240-1241 cm; 1242-1243 cm; 1244-1245 cm; 1246-1247 cm; 1248-1249 cm; 1250-1251 cm; 1252-1253 cm; 1254-1255 cm; 1256-1257 cm; 1258-1259 cm; 1260-1261 cm; 1262-1263 cm; 1264-1265 cm; 1266-1267 cm; 1268-1269 cm; 1270-1271 cm; 1272-1273 cm; 1274-1275 cm; 1276-1277 cm; 1278-1279 cm; 1280-1281 cm; 1282-1283 cm; 1284-1285 cm; 1286-1287 cm; 1288-1289 cm; 1290-1291 cm; 1292-1293 cm; 1294-1295 cm; 1296-1297 cm; 1298-1299 cm; 1300-1301 cm; 1302-1303 cm; 1304-1305 cm; 1306-1307 cm; 1308-1309 cm; 1310-1311 cm; 1312-1313 cm; 1314-1315 cm; 1316-1317 cm; 1318-1319 cm; 1320-1321 cm; 1322-1323 cm; 1324-1325 cm; 1326-1327 cm; 1328-1329 cm; 1330-1331 cm; 1332-1333 cm; 1334-1335 cm; 1336-1337 cm; 1338-1339 cm; 1340-1341 cm; 1342-1343 cm; 1344-1345 cm; 1346-1347 cm; 1348-1349 cm; 1350-1351 cm; 1352-1353 cm; 1354-1355 cm; 1356-1357 cm; 1358-1359 cm; 1360-1361 cm; 1362-1363 cm; 1364-1365 cm; 1366-1367 cm; 1368-1369 cm; 1370-1371 cm; 1372-1373 cm; 1374-1375 cm; 1376-1377 cm; 1378-1379 cm; 1380-1381 cm; 1382-1383 cm; 1384-1385 cm; 1386-1387 cm; 1388-1389 cm; 1390-1391 cm; 1392-1393 cm; 1394-1395 cm; 1396-1397 cm; 1398-1399 cm; 1400-1401 cm; 1402-1403 cm; 1404-1405 cm; 1406-1407 cm; 1408-1409 cm; 1410-1411 cm; 1412-1413 cm; 1414-1415 cm; 1416-1417 cm; 1418-1419 cm; 1420-1421 cm; 1422-1423 cm; 1424-1425 cm; 1426-1427 cm; 1428-1429 cm; 1430-1431 cm; 1432-1433 cm; 1434-1435 cm; 1436-1437 cm; 1438-1439 cm; 1440-1441 cm; 1442-1443 cm; 1444-1445 cm; 1446-1447 cm; 1448-1449 cm; 1450-1451 cm; 1452-1453 cm; 1454-1455 cm; 1456-1457 cm; 1458-1459 cm; 1460-1461 cm; 1462-1463 cm; 1464-1465 cm; 1466-1467 cm; 1468-1469 cm; 1470-1471 cm; 1472-1473 cm; 1474-1475 cm; 1476-1477 cm; 1478-1479 cm; 1480-1481 cm; 1482-1483 cm; 1484-1485 cm; 1486-1487 cm; 1488-1489 cm; 1490-1491 cm; 1492-1493 cm; 1494-1495 cm; 1496-1497 cm; 1498-1499 cm; 1500-1501 cm; 1502-1503 cm; 1504-1505 cm; 1506-1507 cm; 1508-1509 cm; 1510-1511 cm; 1512-1513 cm; 1514-1515 cm; 1516-1517 cm; 1518-1519 cm; 1520-1521 cm; 1522-1523 cm; 1524-1525 cm; 1526-1527 cm; 1528-1529 cm; 1530-1531 cm; 1532-1533 cm; 1534-1535 cm; 1536-1537 cm; 1538-1539 cm; 1540-1541 cm; 1542-1543 cm; 1544-1545 cm; 1546-1547 cm; 1548-1549 cm; 1550-1551 cm; 1552-1553 cm; 1554-1555 cm; 1556-1557 cm; 1558-1559 cm; 1560-1561 cm; 1562-1563 cm; 1564-1565 cm; 1566-1567 cm; 1568-1569 cm; 1570-1571 cm; 1572-1573 cm; 1574-1575 cm; 1576-1577 cm; 1578-1579 cm; 1580-1581 cm; 1582-1583 cm; 1584-1585 cm; 1586-1587 cm; 1588-1589 cm; 1590-1591 cm; 1592-1593 cm; 1594-1595 cm; 1596-1597 cm; 1598-1599 cm; 1600-1601 cm; 1602-1603 cm; 1604-1605 cm; 1606-1607 cm; 1608-1609 cm; 1610-1611 cm; 1612-1613 cm; 1614-1615 cm; 1616-1617 cm; 1618-1619 cm; 1620-1621 cm; 1622-1623 cm; 1624-1625 cm; 1626-1627 cm; 1628-1629 cm; 1630-1631 cm; 1632-1633 cm; 1634-1635 cm; 1636-1637 cm; 1638-1639 cm; 1640-1641 cm; 1642-1643 cm; 1644-1645 cm; 1646-1647 cm; 1648-1649 cm; 1650-1651 cm; 1652-1653 cm; 1654-1655 cm; 1656-1657 cm; 1658-1659 cm; 1660-1661 cm; 1662-1663 cm; 1664-1665 cm; 1666-1667 cm; 1668-1669 cm; 1670-1671 cm; 1672-1673 cm; 1674-1675 cm; 1676-1677 cm; 1678-1679 cm; 1680-1681 cm; 1682-1683 cm; 1684-1685 cm; 1686-1687 cm; 1688-1689 cm; 1690-1691 cm; 1692-1693 cm; 1694-1695 cm; 1696-1697 cm; 1698-1699 cm; 1700-1701 cm; 1702-1703 cm; 1704-1705 cm; 1706-1707 cm; 1708-1709 cm; 1710-1711 cm; 1712-1713 cm; 1714-1715 cm; 1716-1717 cm; 1718-1719 cm; 1720-1721 cm; 1722-1723 cm; 1724-1725 cm; 1726-1727 cm; 1728-1729 cm; 1730-1731 cm; 1732-1733 cm; 1734-1735 cm; 1736-1737 cm; 1738-1739 cm; 1740-1741 cm; 1742-1743 cm; 1744-1745 cm; 1746-1747 cm; 1748-1749 cm; 1750-1751 cm; 1752-1753 cm; 1754-1755 cm; 1756-1757 cm; 1758-1759 cm; 1760-1761 cm; 1762-1763 cm; 1764-1765 cm; 1766-1767 cm; 1768-1769 cm; 1770-1771 cm; 1772-1773 cm; 1774-1775 cm; 1776-1777 cm; 1778-1779 cm; 1780-1781 cm; 1782-1783 cm; 1784-1785 cm; 1786-1787 cm; 1788-1789 cm; 1790-1791 cm; 1792-1793 cm; 1794-1795 cm; 1796-1797 cm; 1798-1799 cm; 1800-1801 cm; 1802-1803 cm; 1804-1805 cm; 1806-1807 cm; 1808-1809 cm; 1810-1811 cm; 1812-1813 cm; 1814-1815 cm; 1816-1817 cm; 1818-1819 cm; 1820-1821 cm; 1822-1823 cm; 1824-1825 cm; 1826-1827 cm; 1828-1829 cm; 1830-1831 cm; 1832-1833 cm; 1834-1835 cm; 1836-1837 cm; 1838-1839 cm; 1840-1841 cm; 1842-1843 cm; 1844-1845 cm; 1846-1847 cm; 1848-1849 cm; 1850-1851 cm; 1852-1853 cm; 1854-1855 cm; 1856-1857 cm; 1858-1859 cm; 1860-1861 cm; 1862-1863 cm; 1864-1865 cm; 1866-1867 cm; 1868-1869 cm; 1870-1871 cm; 1872-1873 cm; 1874-1875 cm; 1876-1877 cm; 1878-1879 cm; 1880-1881 cm; 1882-1883 cm; 1884-1885 cm; 1886-1887 cm; 1888-1889 cm; 1890-1891 cm; 1892-1893 cm; 1894-1895 cm; 1896-1897 cm; 1898-1899 cm; 1900-1901 cm; 1902-1903 cm; 1904-1905 cm; 1906-1907 cm; 1908-1909 cm; 1910-1911 cm; 1912-1913 cm; 1914-1915 cm; 1916-1917 cm; 1918-1919 cm; 1920-1921 cm; 1922-1923 cm; 1924-1925 cm; 1926-1927 cm; 1928-1929 cm; 1930-1931 cm; 1932-1933 cm; 1934-1935 cm; 1936-1937 cm; 1938-1939 cm; 1940-1941 cm; 1942-1943 cm; 1944-1945 cm; 1946-1947 cm; 1948-1949 cm; 1950-1951 cm; 1952-1953 cm; 1954-1955 cm; 1956-1957 cm; 1958-1959 cm; 1960-1961 cm; 1962-1963 cm; 1964-1965 cm; 1966-1967 cm; 1968-1969 cm; 1970-1971 cm; 1972-1973 cm; 1974-1975 cm; 1976-1977 cm; 1978-1979 cm; 1980-1981 cm; 1982-1983 cm; 1984-1985 cm; 1986-1987 cm; 1988-1989 cm; 1990-1991 cm; 1992-1993 cm; 1994-1995 cm; 1996-1997 cm; 1998-1999 cm; 2000-2001 cm; 2002-2003 cm; 2004-2005 cm; 2006-2007 cm; 2008-2009 cm; 2010-2011 cm; 2012-2013 cm; 2014-2015 cm; 2016-2017 cm; 2018-2019 cm; 2020-2021 cm; 2022-2023 cm; 2024-2025 cm; 2026-2027 cm; 2028-2029 cm; 2030-2031 cm; 2032-2033 cm; 2034-2035 cm; 2036-2037 cm; 2038-2039 cm; 2040-2041 cm; 2042-2043 cm; 2044-2045 cm; 2046-2047 cm; 2048-2049 cm; 2050-2051 cm; 2052-2053 cm; 2054-2055 cm; 2056-2057 cm; 2058-2059 cm; 2060-2061 cm; 2062-2063 cm; 2064-2065 cm; 2066-2067 cm; 2068-2069 cm; 2070-2071 cm; 2072-2073 cm; 2074-2075 cm; 2076-2077 cm; 2078-2079 cm; 2080-2081 cm; 2082-2083 cm; 2084-2085 cm; 2086-2087 cm; 2088-2089 cm; 2090-2091 cm; 2092-2093 cm; 2094-2095 cm; 2096-2097 cm; 2098-2099 cm; 2100-2101 cm; 2102-2103 cm; 2104-2105 cm; 2106-2107 cm; 2108-2109 cm; 2110-2111 cm; 2112-2113 cm; 2114-2115 cm; 2116-2117 cm; 2118-2119 cm; 2120-2121 cm; 2122-2123 cm; 2124-2125 cm; 2126-2127 cm; 2128-2129 cm; 2130-2131 cm; 2132-2133 cm; 2134-2135 cm; 21

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

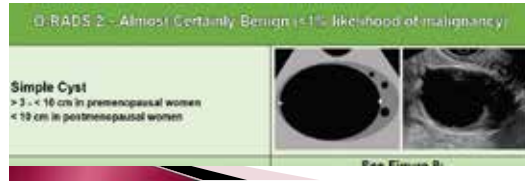
21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

O-RADS-2 Takibe Gerek yok



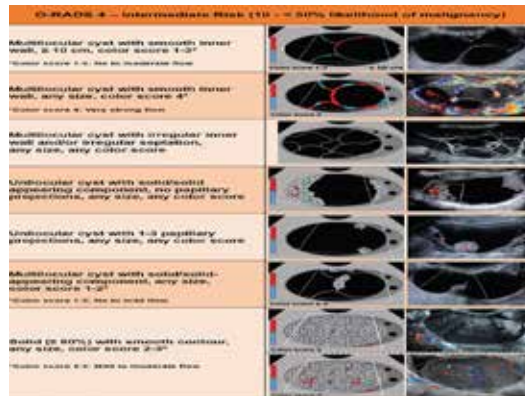
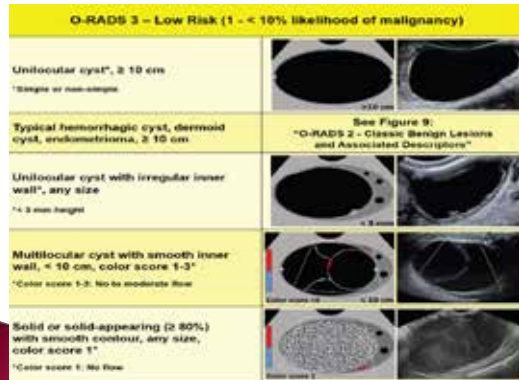
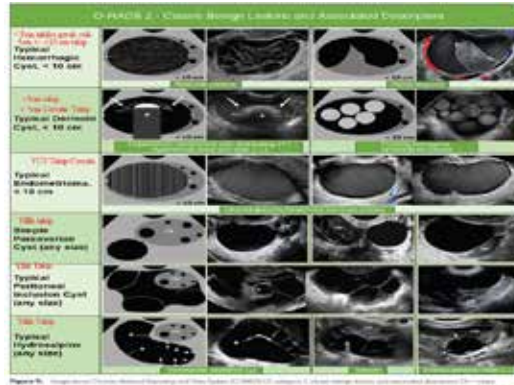
(ACOG)

- ▶ Tvus ile saptanan 10 cm'e kadar olan basit kistler, postmenopozal hastalarda dahil olmak üzere görüntüleme yöntemleri ile takip edilebilir
- ▶ Premenopozal hastalarda ≤ 3cm kistler fizyolojik takibe gerek yok
- ▶ Premenopozal hastalarda ≤ 5cm basit kistlerde takibe gerek yok



(ACOG)

- ▶ Postmenopozal hastalarda ≤ 3cm basit kistler takibe gerek yok
- ▶ Postmenopozal hastalarda > 3cm < 10 cm küçük basit kistlerde bir yıl süre ile takip, bir yılın sonunda stabilize ve/veya küçülme varsa 5 yıl süre ile yıllık takip



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

APİKAL PROLAPSUS TEDAVİSİNDE MİNİMAL İNVAZİV YÖNTEMLER

Prof. Dr. Aysel UYSAL

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Hayat boyu POP (pelvik organ prolapsusu) cerrahisi geçirme riski %12.6-19 olup , bu hastaların %30 u rekürren ameliyata gitmektedir. Apikal defektler sıklıkla anterior ve posterior defektlerle beraberdir. Anterior ve posterior defektlerde sorunun giderilebilmesi ve rekürrensin engellenebilmesi için apikal desteğin sağlanması önemlidir.

Apikal prolapsus cerrahisinde kullanılan abdominal operasyon türleri açık cerrahi, konvansiyonel veya robot yardımcı laparoskopik yöntemlerle olabilir.

Güncel uygulamada kullanılan başlıca MIS teknikleri sakrokolpo/histeropeksi (SKP), laparoskopik lateral süspansiyon (LLS), pektepeksi ve laparoskopik uterosakral ligament süspansiyonudur (LUSLS).

Histerektomi uterin prolapsus tedavisi için yeterli değildir ancak POP tanısıyla histerektomi yapılmış hastaların günümüzde sadece üçte birine apikal destek işlemleri yapılmaktadır.

Hasta memnuniyeti açısından bakılınca laparoskopik operasyonlar vajinal meş grubundan iyi bulunmuştur, robotik SKP grubunda ağrı daha fazla gözlenmiş ve iyileşmede gecikme bildirilmiştir.

Barsak hasarı LS-SKP de %0.69-1.9, abdominal SKP de %3.4-3.7 bildirilmiştir. Mesane hasarı SKP, LLS ve pektepekside bildirilmiştir. De novo konstipasyon SKP sonrası %1.9-11.4 oranlarında bildirilmekte ve 70 yaş üstü hastalarda oranın daha yüksek olduğu da saptanmıştır.

Başarı kriterleri olarak anatomik düzelme (apikal POP-Q evre < 2)ve klinik kür kabul eden bir metaanalizde yukarıdaki dört yöntemin kullanıldığı çalışmalarda anatomik kürün sağlandığı ve apikal kompartmanda evre 2 den büyük rekürrens olmadığı bildirilmiştir. LS grubunda açık cerrahiye göre kanama miktarı ve hastanede kalış süresi kısa bulunmuştur.

Pektepeksi birkaç çalışmada en kısa süreli operasyon olarak bildirilmiştir, ileri yaş hastalarda birden fazla defekt olması nedeniyle süre önemlidir, obez hastalarda da pektepeksi sonrası postoperatif morbidite az olmaktadır. Özellikle preoperatif konstipasyon tanımlayan hastalarda pektepeksi iyi bir alternatiftir.

SKP histerektomi sonrası kaf prolapsuslarında uzun süreli başarı oranı ve vajinanın fizyolojik aksını ile koruması ile literatürde altın standart işlem olarak kabul edilmiştir.

LLS apikal ve anterior prolapsus cerrahisinde promontoryum diseksiyonunun risklerinden uzak güvenli bir işlem olarak obez ve uterusunu korumak isteyen olgularda tercih edilebilir. Bir yıllık objektif başarı oranı > %90 olarak bildirilmektedir.

Sonuç olarak MIS yöntemleri intraoperatif kanama, hastanede kalış ve iyileşme süresi yönünden açık cerrahi üstündür. Laparoskopik SKP uzun vadeli sonuçlarıyla altın standart olmakla birlikte daha kısa süreli, kolay uygulanabilir, düşük komplikasyonlu operasyonlar (pektepeksi, LLS) da umut vaad etmektedir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

COVID-19'un Korkulu Yüzü: Pediatrik MIS-C [Pediatrik Enfeksiyon Bakış Açısı]

Doç. Dr. Bilge ALDEMİR KOCABAŞ

Antalya Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Döküntü ile seyreden ateşli hastalıklar çocuklarda hastane başvurularının önemli bir bölümünü oluşturur. SARS-CoV-2 salgının başlaması ile birlikte döküntü ile seyredilebilen ateşli hastalık olarak nitelendirilebilecek yeni bir sendrom tanımlandı. Kawasaki hastalığı ve toksik şok sendromlarına benzer özellikler göstermekle birlikte birtakım farklılıkları da bulunan ve ateşe sıklıkla döküntünün eşlik ettiği "multisistem inflamatuvar yanıt sendromu" (MIS-C) adı verilen bu sendrom daha sonraları erişkinlerde (MIS-A) ve yenidoğanlarda da (MIS-N) bildirilmeye başlandı. İlk olarak Nisan 2020'de Birleşik Krallık'tan bildirilen vaka raporları daha sonraları tüm bölgelerde hastalığın görülmesi ve tanınmasına ışık tutmuş oldu. Yeni tanımlanan bir sendrom olması ve hiperinflamasyon ile seyretmesi nedeniyle Mayıs 2020'de Çocuk Romatoloji, Enfeksiyon Hastalıkları, Kardiyoloji ve Yoğun bakım Çalışma grupları tarafından tanı ve tedavide klinisyenlere kılavuz oluşturması amacı ile MIS-C algoritmaları hazırlandı. Bu algoritmalarda bölgesel özellikler, hastalık şiddeti ve komorbiditeler gibi farklılıkların göz önünde tutulması ve nihai kararın klinisyene bırakılması amaçlandı.

Ateş, inflamasyon ve çoklu organ yetmezliği ile karakterize SARS-CoV-2 ile ilişkili geç dönemde ortaya çıkan bu yeni sendromun etiyopatogenezi tam aydınlatılmamış olsa da SARS-CoV-2 enfeksiyonundan haftalar sonra görüldüğünden immünolojik bir reaksiyon ile oluştuğu düşünülmektedir. Gecikmiş interferon yanıtının şiddetli tutulum ve sistemik bulgularla ilişkili olduğuna dair çalışmalar mevcuttur. Tipik olarak yoğun COVID-19 yükü olan bölgelerde, akut-bulaşıcı COVID-19 vakalarının en yüksek insidansından 2-6 hafta sonra MIS-C vakaları bildirilmiştir. Bu nedenle tanı koyarken o bölgedeki SARS-CoV-2 enfeksiyonunun zaman içindeki kronolojisi ve prevalansı dikkate alınmalıdır. Çocuklarda insidans ABD'de %2, MIS-C insidansı ise 2/ 100.000 olarak bildirilmektedir. Ortalama 10 yaş civarı ve erkek çocuklarda hafif bir insidans artışı söz konusudur.

MIS-C'nin en sık klinik özellikleri arasında ateş, mukokutanöz bulgular (döküntü kırmızı/çatlak dudaklar ve çilek dili, konjunktivit, el-ayakta ödem), miyokardiyal disfonksiyon, kardiyak iletim anomalileri, şok, gastrointestinal semptomlar ve lenfadenopati bulunur. Bazı hastalarda şiddetli baş ağrısı, meninks irritasyonu bulguları, bilinç değişiklikleri, kraniyal sinir paralizileri şeklinde ortaya çıkan nörolojik tutulumlar da görülebilmektedir. Bu bulgular diğer döküntülü hastalıklarda, onkolojik veya inflamatuvar hastalıklar gibi enfeksiyöz olmayan etiyolojilerde de ortaya çıkabildiğinden, MIS-C tanısı için özgül değildir. Tanıda birden fazla bulgunun bir arada düşünülmesinin yanı sıra, tanı ve tedavi öncesinde diğer hastalıkların dışlanması zorunludur. Bu nedenle tam bir öykü ve sistemik muayene yapılmalı, viral serolojiler ve kültürler alınarak periferik yayma değerlendirilmelidir. Periferik yaymada trombositopeni ve lenfopeni sıklığı artmıştır. Akut faz reaktanlarında yükseklik, albümin değerinde azalma beklenen bulgulardandır. Kardiyak fonksiyonların değerlendirilmesinde özellikle EKG ve troponin değerleri önem taşımaktadır. Özellikle oldukça yüksek BNP, N-terminal-proBNP sol ventrikül disfonksiyonu olan ve olmayan hastaları ayırt etmede yardımcı olabilir. Ancak, BNP'de hafif ve geçici yükselmeler spesifik değildir. Özellikle BNP; akut faz reaktandır ve kardiyak tutulum olmaksızın diğer inflamatuvar durumlarda da artabilir. Koagülasyon kaskatında anormallikler ve artmış tromboz riski nedeniyle D-dimer ve fibrinojen değerlerinde artış olup olmadığı değerlendirilmelidir. Ancak unutulmamalıdır ki vasküler bütünlüğü bozan durumlarda özellikle D-dimer değeri oldukça yükselebilmektedir. Değerlendirme sırasında küçük çocuklarda zorlu flebotomi nedeniyle oluşacak yalancı D-dimer yüksekliği de göz önünde bulundurulmalıdır.

MIS-C tedavisinde asıl amaç; şok gibi yaşamı tehdit edici bulguları olan hastaları stabilize etmek, koroner arter anevrizması, miyokardiyal fibrozis/skar, kardiyak iletim bozuklukları gibi uzun vadeli sekel oluşumunu önlemektir. Vital bul-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

guları stabil olan ön tanıda MIS-C düşünülen hastalarda potansiyel zararlı olabilecek tedavilerin önlenmesi amacı ile immünomodülatör tedavi başlanmadan önce diğer olası enfeksiyöz ve non-enfeksiyöz etiyolojiler araştırılmalıdır. Bazı hastalarda hızla kardiyak tutulum gelişebilmektedir. Bu nedenle ardışık inflamatuvar marker, BNP/NT-proBNP ve troponin T çalışılması önerilir. Şok gibi hayatı tehdit edici bulgulara sahip olan hastalarda ise hızlı bir destek tedavisi yapılması, tanı süreci tamamlanmadan immünomodülatör tedavinin erken başlanması ve tedaviyle birlikte tanı sürecinin devam ettirilmesi önerilmektedir. IVIG ve glukokortikoidler MIS-C hastalarında en yaygın olarak kullanılan immünomodülatör ilaçlardır. Tedavide Kawasaki Hastalığı ve toksik şok sendromuna benzer şekilde yüksek doz (2 g/kg) IVIG yer almaktadır. Kardiyak tutulum bulgusu olmayan hafif ve orta şiddetli olguların tedavi yönetiminde düşük doz glukokortikoid yer alırken, şok tablosunda olan, inotrop/vazopressör kullanımı gerektiren hastalarda yüksek doz pulse glukokortikoid tedavisi önerilmektedir. Glukokortikoid tedavisi verilen MIS-C hastalarında, rebound inflamasyonu önlemek için 2-3 haftalık bir azaltma şeması uygulanmaktadır. IVIG ve/veya glukokortikoid tedavisine dirençli veya kullanımlarının kontrendike olduğu MIS-C olgularında interlökin 1 ve 6 üzerinden etkili Anakinra ve Tocilizumab gibi biyolojik ajanlar kullanılmaktadır. MIS-C olgularında immünomodülatör ajanlarla tedavi her zaman gerekli değildir. MIS-C konusunda uzman olan kişilerle yakın koordinasyon içinde, hafif semptomları olan bazı hastalar IVIG/glukokortikoidler olmadan yalnızca yakın izleme takip edilebilir. Ancak başlangıçta stabil olan hastanın saatler içerisinde vital bulgularında değişiklik gösterebileceği göz ardı edilmemeli ve hastanın ardışık izleminin tedavideki gecikmeleri önlemek bakımından önemi unutulmamalıdır.

Çocuklarda SARS-CoV-2 enfeksiyonuna dair bilgilerimiz günden güne artmaya devam etmektedir. SARS-CoV-2 ilişkili MIS-C olgularının erken tanı ve uygun tedavisi iyi prognoz ile ilişkili iken, tanı konulamayan vakalarda makrofaj aktivasyonu ve mortaliteye neden olabileceği unutulmamalıdır. MIS-C'nin uzun dönem etkilerinin belirlenmesi, SARS-CoV-2 enfeksiyonunda olduğu gibi, tecrübe ve bilgi birikimi ile ve uzun dönem izlemlerin devam edilmesi ile mümkün olacaktır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Pandemi Döneminde Çocuk İstismarı

Prof. Dr. Çağatay NUHOĞLU

Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Dünya Sağlık Örgütü'nün 1999 tanımına göre Dünya Sağlık Örgütü'nün 1999 tanımına göre "çocuk istismarı" (child abuse) veya çocuğa karşı kötü muamele; Çocuğun sorumluluk, güven ve yetenek ile ilgili genel durumuna, sağlığına, yaşamına, gelişimine, değerine zarar verebilen, fiziksel ve/veya duygusal kötü davranış, cinsel istismar, ihmal ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren tüm saldırgan davranışlardır. Çocuk ihmali de istismar olarak kabul edilir. Çocuğun beslenme, sağlık, barınma, giyim, korunma ve gözetim gibi yaşamsal gereksinimlerinin çocuğa bakmakla yükümlü kişi(ler) tarafından yerine getirilmemesi, daha geniş anlamda da ise bu ihtiyaçların devletin sağlık, eğitim, sosyal yardım ve güvenlik kurumları tarafından karşılanmamasıdır.

Fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal çocuk istismarının tiplerini oluştururlar. Fiziksel İstismar; Çocuğun, kendisine bakmakla yükümlü olan bireylerden fiziksel zarar görmesi, bedensel bütünlüğünün bozulmasıdır. Cinsel İstismar; Bir erişkinin, psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış, küçük yaştaki bir çocuğu cinsel doyum için kullanmasıdır. Duygusal istismar ve ihmal, çevredeki yetişkinlerin gerçekleştirdiği, çocuğun kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylem ya da eylemsizliklerdir.

Sakat çocuklar, evlilik dışı doğan, hızlı sosyokültürel değişim içinde büyüyen, savaşın olduğu ülkelerde yaşayan çocuklar, çok çocuklu aile çocukları, üvey ebeveynle yaşayan çocuklar, eğitimsiz, kendisi de istismar görmüş kişilerin çocukları, aile içi geçimsizlik, ailede ruhsal hastalık öyküsü olan ve istenmeyen gebelik sonrası doğmuş çocuklar, düşük sosyo-ekonomik seviye, alkol veya uyuşturucu kullanımı, genç ebeveyn ve tek ebeveyn olması istismar için risk faktörleridir.

Şüpheli durumda çocuğun acil müdahale gerektiren bir durumu var mı, hızlı sistemik muayene yapılması uygun olur. Kanama, şok vb. varsa önce yaşam kurtarıcı girişimler gerçekleştirilip hasta stabilize edilmelidir. Şartlar uygunsa çocuk hastaneye yatırılmalıdır. Şartla uygun değilse adli makamlara bildirip mümkünse sivil giyimli kolluk kuvvetleri aracılığıyla uygun bir merkeze sevk edilmelidir. Çocuk İzlem Merkezi veya Çocuk Koruma Merkezi idealidir. Bu merkezlerden olumlu yanıt alınamazsa çocuk olgu kabul edebilecek en yakın hastaneye sevk yapılmalıdır.

İstismara uğradığı halde iyi bir değerlendirme yapılmadan eve gönderilen çocukların, daha sonra %5-10'unun öldürüldüğü, %35-50'sinin ise ciddi hasara uğradığı, sakat kaldığı gözlenmiştir. Bu nedenle hekim, şüpheli ver vakada çocuğa sahip çıkmalı, onun hem doktoru hem de avukatı olmalıdır.

Pandemi döneminde tüm dünyada çocuk istismarı vakalarında kayıtlı verilere göre bir miktar azalma olduğu görüldü. Bunun yalancı azalışın temel nedeninin koşullar nedeniyle olguların bir kısmının hastaneye getirilmemesi olduğu düşünülmektedir. Zira Pandeminin yarattığı sosyoekonomik ve psikososyal sorunlar çocuk istismarı için önemli bir risk faktörüdür.

Büyük önder Mustafa Kemal Atatürk'ün sözleriyle ifade etmek gerekirse, «Çocuklar her türlü ihmal ve istismardan korunmalı, onlar her koşulda yetişkinlerden daha özel ele alınmalıdır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

AŞIRI AKTİF MESANE TEDAVİSİNDE GÜNCEL YAKLAŞIMLAR

Doç. Dr. Çetin KILIÇÇI

SBÜ Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları EAH

AŞIRI AKTİF MESANE

İdrar yolu enfeksiyonu veya diğer tespit edilebilir bir hastalık olmaksızın, genellikle artan gündüz idrar sıklığı ve/veya nokturinin eşlik ettiği, idrar kaçırma ile olan (Islak AAM) veya idrar kaçırma olmaksızın (Kuru AAM) görülen **ani sıkışma (aciliyet)** hissi

ICS (International Continence Society) 2019

Ancoma C. et al. NeuroUrol Urolyn. 2019; 38: 433-477

Aşırı Aktif Mesane Sendromu

Popülasyonun %20'sinde

Ürodinamik değil! Semptomatik tanımlı

- 2/3 Kuru AAM
- 1/3 Islak AAM

Semptom kompleksi

- Frequency
- Urgency
- Noktüri
- ± Acil Üriner İnkontinans

Alman T. Chikawa L., Fall M, et al. 2002. The modification of terminology of lower urinary tract function. Report from the Transdisciplinary Subcommittees of the International Continence Society, Vancouver, Canada 21-24.76

Alt üriner sistemin innervasyonu

Sempatik Sinir Sistemi: Torakolumbar (T11-L2) Spinal Korddan köken almaktadır.

- Hipogastrik sinir ile sempatik reseptörlere gider (alfa 1 + beta 3 adrenerejlikler).
- Primer idrar depolanmasını sağlar.

Parasempatik Sinir Sistemi: Sakral (S2-S4) Spinal korddan köken almaktadır.

- Pelvik sinirle parasempatik reseptörlere gider.
- Mesanenin kontraksiyonunu ve boşalmasını sağlar.

Somatik Sinir Sistemi: Sakral (S2-S4) Spinal Korddan köken almaktadır.

- Pudental sinirle pelvik taban ve dış üretral sfinkterin çizgili kas liflerini inerve ederek alt üriner sistemin nörolojik kontrolünde periferik rol oynamaktadır.
- İdrar kaçırma ve mesanenin boşalmasını engeller.

Afferent lifler: Mesane gerildiğinde afferent uyarı oluşur ve

- Uyarılar A delta-lifleri tarafından Pelvik sinirle spinal korda ulaşır ve Sonuçta mesane boşaltılır.

Depolama (Sempatik sistemle kontrol edilir)

T11-L2 sempatik efferentler:

- Hipogastrik sinirle gelir.
- Sfinkterin kasılmasına ve mesane gövdesinin gevşemesine neden olur.
- İdrar depolanır.

Alfa 1 adrenerejik reseptörler:

- Norepinefrin mesane boyunun kasılmasını ve iç üretral sfinkteri kapatılmasını sağlayarak
- İdrar kaçırma önler ve depolamayı sağlar.

Beta 3 adrenerejik reseptörler:

- Mesane gövdesinde bulunur.
- Aktivasyonu mesane gövdesinde gevşemeye ve mesanenin genişlemesine yol açar.

Boşaltma (Parasempatik sistemle kontrol edilir)

Muskarinik -kolinerjik reseptörler(M2-M3) :

- Mesane duvarı, trigon, mesane boynu ve üretrada bulunurlar.

Pelvik sinir stimülasyonu (parasempatik):

- Mesanenin kasılmasını ve böylece boşalmasını sağlar.

İşleme merkezi

Sempatik T10-L2

Parasempatik S2-4

Hipogastrik sinir

Pelvik sinir

Pudental s.

İdrar

Alfa 1

Beta 3

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Antimuskarinikler

- Farklı farmakolojik profiller
- Muskarinik reseptör afinitezisi (M1, M2, M3)
- Etki mekanizması
- Farmakokinetik özellikler

Sistemik yan etkiler:

- Ağız kuruluğu
- Göze kuruluğu
- Konjunktivite
- Görme bulanıklığı
- Kognitif değişiklikler

Kardiyo yan etkiler:

- Hızlı QT
- Fulminan ventriküler taşikardi
- Kalp hızında artış

Kontraindikasyonlar:

- Akut glaukoma
- Miyastenik gravis
- Kapal açılı glaukoma

Kant Özeti

Kant Özeti	KD
Antimuskarinik tedaviye bağlılık düşüktür ve yetersiz etki, advers olaylar ve/veya maliyet nedeni ile zamanla daha da azalır.	2
Çoğu hasta antimuskarinik ajanları ilk üç ay içinde durduracaktır.	2

Antimuskarinik ajanların kognitif yükü

- Antimuskarinikler kan-beyin bariyerini (KBB) geçtiklerinde somnolans, yorgunluk, konfüzyon, deliryum ve bilişsel bozulma gibi MSS yan etkileri görülebilir;
- Tek bir ajanın kullanımından ziyade toplam antikolinergik ilaç yükünün, MSS AO insidansını belirlediği öne sürülmüştür.
- Hafif bilişsel bozulması olan kişiler, antimuskariniklerin biliş üzerindeki etkisine özellikle duyarlı olabilir.

Antimuskarinik ajanların yaşlı hastalarda kullanımı

NIH Public Access
Author Manuscript

Published on: 04/04/2013
J Am Geriatr Soc. 2012; April; 60(4): 631-637. doi:10.1111/j.1532-5415.2012.03923.x.

American Geriatrics Society Updated Beers Criteria for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults:
The American Geriatrics Society 2012 Beers Criteria Update Expert Panel

Christine M. Cragg, MD
The American Geriatrics Society, New York, New York

- Amerikan Geriatri Cemiyeti'nin yaşlı erişkinlerde potansiyel olarak uygunsuz ilaç kullanımına yönelik güncellenmiş Beer kriterlerinde "oral antimuskarinikler, yaşlı erişkinlerde **kaçınılması gereken potansiyel olarak uygunsuz ilaçlar** olarak belirtilmektedir."

Antimuskarinik tedaviye uyumu gösteren kanıtların özeti

Kant Özeti	KD
Antimuskarinik tedaviye bağlılık düşüktür ve yetersiz etki, advers olaylar ve/veya maliyet nedeni ile zamanla daha da azalır.	2
Çoğu hasta antimuskarinik ajanları ilk üç ay içinde durduracaktır.	2

B-Adrenerjik Agonistler Mirabegron (BETMİGA)

2013 yılından itibaren kullanıma girmiştir.

Mesaneenin predominant beta reseptörleri olan **B3 agonistidir**.

Detrüsör relaksasyonuna neden olur

Dolayısıyla mesane kapasitesini artırır

- Yaşlı hastalarda ilave bir antimuskarinik yüklenmeden kaçınmak gerekiyorsa,
- Antimuskariniklere direng durumunda,
- SSS yan etki yönünden riskli olgularda ya da
- Antimuskariniklerin kortrendike olduğu vakalarda düşünülmalıdır!!!!

KC'de metabolize olur, idrar ve feçesle atılır, yarılanma ömrü 50 saattir.

Plaseboya kıyasla sıkışma tipi üriner inkontinansın düzelmesinde belirgin etkisi gösterilmiştir.

- Ancak Mirabegronun inkontinansi tamamen düzeltme ve kör sağlama açısından plaseboya üstünlüğünü gösteren kanıt yoktur.
- Yan etki profili ise plasebo ile benzerdir.

MIRABEGRON,

- Günlük 25 mg doz ile başlanır,
- İyi tolere edilmesine rağmen semptomlarda yeterli iyileşme görülmediği olgularda 2-4 hafta içinde doz 50 mg'a yükseltilir.

AAM İÇİN VERİLEN TÜM MEDİKASYONLARDA ÜRİNER RETANSİYON YÖNÜNDEN YAKIN TAKİP ÖNEMLİDİR!!!

CİDDİ VE KONTROLSUZ HİPERTANSİYON SÖZKONUSU OLAN OLGULARDA KONTRENDİKEDİR!!!

- TA ölçümü >160/100 ise tedavi acil olarak kesilmelidir

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Tedaviye Cevap Yoksa?

- Antimuskarinik ilaçlarda doz arttırımı—— daha fazla yan etki (++) (Kanıt Düzeyi 1b)
- Bir antimuskarinik ilacın diğerine üstünlüğü konusunda kanıt bulunmamaktadır. (Kanıt Düzeyi 1b)

Antimuskarinik tedavi etkili olmadığında doz arttırımı, farklı antimuskarinik veya mirabegron kullanımı veya kombinasyon tedavisi düşünülmesi (EAU Kanıt Düzeyi Kuvvetli)

25

Kombine farmakoterapi

Endikasyonları:

- Semptomları persiste eden ve
- Yüksek doz antimuskarinik ilaç gerektiren olgularda

Fakat yan etki yönünden yüksek potansiyel taşıması sebebiyle seçili olgularda önerilmektedir.

MIRABEGRON/SOLİFENASİN (25/50MG VE 5/10 MG) KOMBİNASYONUNUN, TEK BAŞINA SOLİFENASİN (5/10 MG) kullanımına göre

- AAM de kür oranının daha yüksek olduğu ortaya konulmuştur.

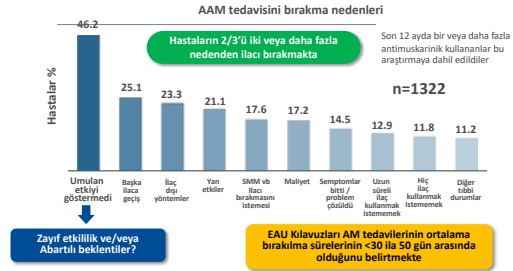
Kombine tedavi

SONUÇ:

- Solifenasin 5mg tedavisine yanıtı yetersiz olan AAM hastalarına 12 hafta süreyle Mirabegron 50 mg ilave tedavi verildiğinde inkontinans olan AAM hastalarının semptomlarında Solifenasin 5 mg veya 10 mg monoterapi ile karşılaştırıldığında daha fazla iyileşme görüldü ve kombinasyon tedavisi iyi tolere edildi.

27

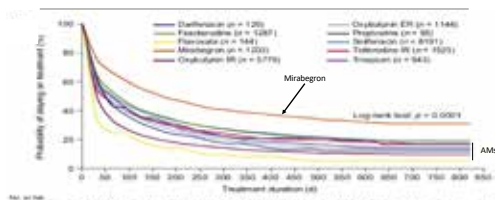
AAM Tedavi yüksek tedavi devamsızlığına yol açar



Benner JS, et al. BJU Int 2010;105:1276-82

28

Tedaviyi bırakma süreleri: mirabegron ve antimuskarinikler



1. Chapple CR, et al. Persistence and Adherence with Mirabegron versus Antimuscarinic Agents in Patients with Overactive Bladder: A Retrospective Observational Study in UK Clinical Practice. Eur Urol (2017), <http://dx.doi.org/10.1016/j.eururo.2017.01.027>

29



30

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Laparoscopic bilateral cervicopexy (laCESA) and vaginopexy (laVASA) – new surgical treatment option in women with pelvic organ prolapse and urinary incontinence

Abstract
Background: Pelvic organ prolapse (POP) and urinary incontinence (UI) are common conditions in women. The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of laparoscopic bilateral cervicopexy (laCESA) and vaginopexy (laVASA) in women with POP and UI.

Table 5. Patient-reported symptoms of mixed urinary incontinence, urgency urinary incontinence and pure stress urinary incontinence, as well as ICIQ symptom score before and after laCESA and laVASA.

	Before surgery	After surgery	p-value *
Clinical diagnosis^a, n (%)			
Mixed urinary incontinence	34 (70%)	34 (28%)	<0.001
Urgency urinary incontinence	26 (22%)	8 (7%)	<0.001
Pure stress urinary incontinence	0 (0%)	0 (0%)	n.s.
Questionnaire, median (range)			
ICIQ-SF score "cured"	15 (0 – 31)	0 (0 – 3*)	<0.001
ICIQ-SF score "not cured"	14 (5 – 30)	12 (9 – 30)	<0.001

Table 4. Pelvic organ prolapse before and after laCESA and laVASA.

Clinical outcome	Before surgery	After surgery
Pelvic organ prolapse^a, n (%)		
apical POP-Q stage 0	0 (0%)	116 (97%) ^b
apical POP-Q stage 1	63 (53%)	4 (3%) ^b
apical POP-Q stage 2–4	57 (47%)	0 (0%)

Figure legend

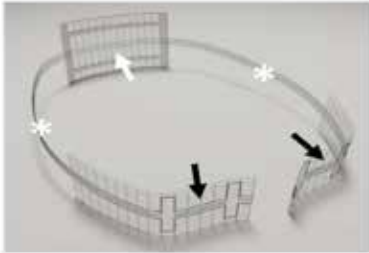
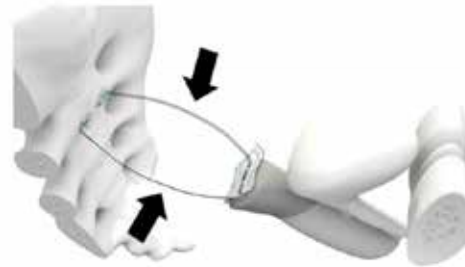


Figure 1. PVDF ligament-replacement structure for CESA. The white arrow shows the central part of the structure for fixation at the anterior cervix. The two black arrows show the posterior fixation sites at the left and right paravertebral fascia. The two white asterisks indicate the US replacement structure on both sides of the small pelvis.

Figure 1. Mid-sagittal view of bilateral sacrotuberous ligament (STL) replacement in the small pelvis. The part of the polyethylene terephthalate (PETE) suture was sutured to the cervix. The part of the PETE suture (between CE3a, PE1, and between left, right, and between) that replaced the STL suture had a length of 15 cm. They were sutured at the cervix, placed below the paravertebral fascia on the left and right side of the paravertebral fascia in front of STG and were sutured at the sacrum.



Comparison of Solifenacin and Bilateral Apical Fixation in the Treatment of Mixed and Urgency Urinary Incontinence in Women: URGE 1 Study, A Randomized Clinical Trial

Abstract
Background: Pelvic organ prolapse (POP) and urinary incontinence (UI) are common conditions in women. The aim of this study was to evaluate the efficacy and safety of laparoscopic bilateral cervicopexy (laCESA) and vaginopexy (laVASA) in women with POP and UI.

Çalışma erken sonlandırıldı;
55 hasta ameliyat edildi,
41 hasta farmakolojik tedavi aldı

Cerrahi tedaviden sonra 23
hasta (%42, %95 güven aralığı=29-55)
Solifenasin tedavisi sonrası 4 hasta (%10, %95 güven)
aralık = %1-19) kontinans oldu

Farmakolojik tedavi ile karşılaştırıldığında, cerrahi onarm
apikal kompartman onarımı ve üriner kontinansında
önemli ölçüde daha başarılı.

Clinical outcome	Treatment with solifenacin (n=41)		p-value ^a	Control group (n=14)		p-value ^a	Between-group p-value ^b
	Before (n=1)	After (n=40)		Before (n=1)	After (n=13)		
Continence (n=45)	No. of patients	11 (27%)	<0.001	0 (0%)	13 (93%)	<0.001	<0.001
	95% CI	11 (27%)		0 (0%)	13 (93%)		
Urgency incontinence	No. of patients	11 (27%)	<0.001	0 (0%)	13 (93%)	<0.001	<0.001
	95% CI	11 (27%)		0 (0%)	13 (93%)		
Urgency	No. of patients	11 (27%)	<0.001	0 (0%)	13 (93%)	<0.001	<0.001
	95% CI	11 (27%)		0 (0%)	13 (93%)		
Mixed	No. of patients	11 (27%)	<0.001	0 (0%)	13 (93%)	<0.001	<0.001
	95% CI	11 (27%)		0 (0%)	13 (93%)		
ICIQ-SF score	Median (range)	11 (1-31)	<0.001	11 (1-31)	11 (1-31)	<0.001	<0.001

n.s. Not significant. Between each treatment group. Not yet in accordance with statistical analysis. 95% CI: 95% Confidence Interval. *p < 0.05. **p < 0.01. ***p < 0.001.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Çocukluk Çağında Fabry Hastalığı

Doç. Dr. Ebru YILMAZ

Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları Ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Fabry hastalığı (Anderson-Fabry hastalığı) multisistemik ilerleyici lizozomal depo hastalığı olup ilerleyici glikosfingolipit depolanması ile sonuçlanan lizozomal hidroksilaz olan alfa galaktozidaz A enzim aktivitesi eksikliği veya yokluğu ile karakterizedir. Galaktozidaz A (GLA) geni X kromozomunda (Xq22.1) lokalizedir. Ülkemizde hemodiyaliz hastalarındaki sıklığı ise 1.7/1000 olarak bildirilmiştir. Başta globotriaosylceramide (Gb3) olmak üzere glikosfingolipidler tüm dokular- da ve özellikle vasküler endotelde birikerek ilerleyici organ yetmezliklerine neden olur. Fabry hastalığının (FH) tanısı or- gana spesifik testler, düşük enzim düzeyi ve gen tipleme ile konur. FH tanısında plazma veya lökosit alfa galaktozidaz aktivitesi ölçülür. Erkeklerde lökosit veya plazmada alfa –Gal A aktivitesi düşük, kadınlarda alfa galaktozidaz enzim ak- tivitesi X kromozomu inaktivasyonu nedeniyle normal aralıkta olabilir. Kesin tanı için GLA gen sekans analizi gereklidir. Deri ve böbrek biyopsisi tanısal amaçla kullanılabilir. Gb3 podosit birikimi çocukluktan başlar ve ilerleyen yaşla birlikte artar. Çocukluk çağında ekstremitte uçlarında ağrı atakları, yanma, karıncalanma, karın ağrısı, anhidroz, hipohidroz, sı- cak- soğuk tahammülsüzlüğü, korneal bulutlanma, sık ateşlenme, depresyon gibi psikolojik bulgular görülebilir. İlerleyen yaşla birlikte proteinüri, anjiokeratom, kalp problemleri, işitme kaybı ve kulak çınlaması, inme, böbrek yetmezliği gelişir. Tedavide amaç yaşam kalitesini iyileştirmek, morbidite ve mortaliteyi azaltmaktır. Altta yatan patofizyolojiyi hedef alan tedavi, enzim replasman tedavisidir (ERT). Erken başlanan ERT böbrek, kardiyak ve sinir sistemi tutulumunda umut veri- cidir. ACE/ARB proteinüri ve hipertansiyonun semptomatik tedavisi için kullanılır. Böbrek yerine koyma tedavileri diyaliz ve transplantasyon uygulanır. Ağrı genelde NSAID cevap vermez ve narkotik analjezikler veya nöropatik ağrı tedavisi ajanları kullanılır. Enzim replasman tedavisinden en çok tedavinin başlangıcında renal fonksiyonları korunmuş olanlar klinik fayda görür. ERT; kardiyak, renal yetmezlik, inme, ölüm gibi ciddi klinik olayları azaltır. Fabry hastalığını erken tanımalıyız ve tedavisine erken başlamalıyız.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Pandemi döneminde RSV ve diğer çocukluk çağı enfeksiyonları

Doç. Dr. Eda KARADAĞ ÖNCEL

Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

2019 yılı Aralık ayının sonunda Çin'in Hubei Eyaletindeki Wuhan şehrinde yeni bir koronavirüs pnömonisi olgu topluluğu tanımlanmıştır. Bu durum hızla yayılarak Çin'in genelinde bir salgın ortaya çıkmış ve takiben diğer ülkelerde de artan olgular görülmüştür. 10 Ocak 2020 tarihinde bir hastanın alt solunum yolundan izole edilen virüsün genom dizilemesi, bunun yeni bir tür koronavirüs olduğunu doğrulamıştır. Şubat 2020 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), 2019 koronavirüs hastalığı anlamına gelen COVID-19 hastalığını tanımlamıştır. COVID-19'a neden olan virüs, "Severe Acute Respiratory Syndrome-Coronavirus 2 (SARS-CoV-2)" olarak adlandırılmıştır. Hastalık, DSÖ tarafından 11 Mart 2020 tarihinde pandemi ilan edilmiştir. Çocuklar yetişkinlerden daha az etkilenmiş gibi görünse de her yaşta COVID-19'lu çocuk olgular dünyanın birçok bölgesinde tanımlanmıştır, yaşa ve altta yatan hastalığa bağlı mortalite görülmüştür.

COVID-19 semptomları diğer solunum yolu enfeksiyonları ile benzerlik göstermektedir bu nedenle sadece semptomlar değerlendirilerek enfeksiyöz etken ayırt edilememektedir. 2019 ve 2020 Grip sezonunda Covid 19 pandemisine bağlı olarak alınan genel önlemler (okulların kapatılması, kalabalık ortamların yasaklanması, maske, mesafe hijyen önlemleri gibi) grip ve benzeri solunum viruslarında azalmayla sonuçlanmıştır. Ancak genellikle RSV ve influenza virüs aktivitelelerinin bir önceki yıllarda düşük aktivite olan mevsimlerden sonra artma eğiliminde olduğu da bilinmektedir. Bu nedenle hem önlemlerin gevşetilmesi hem de önceki sezonda az vaka görülmesi nedeniyle 2021-2022 RSV ve grip sezonunda bir önceki yıla kıyasla daha fazla vaka görmek olasıdır. Ayrıca Covid 19 ve influenza benzeri hastalık klinik bulguları birbirleriyle çok benzer. Bu nedenle her olası Covid 19 olgusu influenza benzeri hastalık her influenza benzeri hastalık olası Covid 19 olgusu olabilir. Bu ayırım ancak laboratuvar testleriyle yapılabilir.

Respiratuvar sinsisyal virüs (RSV) solunum yollarının silyal epitel hücrelerini tutan paramiksovirus ailesinden bir RNA virüsü olup, A ve B olmak üzere iki alt tipi ve çok sayıda suşları vardır. Çocukluk çağıının en sık karşılaşılan alt solunum yolu enfeksiyonuna yol açan RSV'ye bağlı klinik belirti ve bulgular solunum yolunda enfeksiyon yapabilen diğer virüs enfeksiyonlarının belirti ve bulgularına benzer.

RSV, bir yaşın altındaki çocuklarda görülen akut bronşiolit ve zatürrenin en önemli nedenidir. İki yaşına kadar bütün çocukların en az bir defa RSV enfeksiyonu geçirdiği, %10-20'sinin ise birden çok defa virüsle enfekte olduğu bildirilmektedir. Dünya Sağlık Örgütünün verilerine göre, dünyada her yıl 400 bin bebek RSV nedeniyle hayatını kaybetmektedir. Ülkemizde solunum yolları enfeksiyonlarında RSV sıklığı farklı çalışmalarda %11-51 oranında bildirilmektedir.

Hastalık sağlıklı çocuklarda hafif atlatılır. Yaş küçüldükçe bronşiolit ve zatürre şeklinde seyretme riski artar. Ancak belli riskleri olan çocuklarda oldukça ağır seyrederek. Hastalığın ağır seyrettiği, hastaneye yatış riskinin yüksek olduğu olgular, erken yaş grubundaki bebekler, zamanından önce doğan (prematüre) bebekler, altta yatan bir akciğer hastalığı olanlar, doğumsal kalp hastalığı olanlar, bağışıklık sorunu olanlar ve sinir-kas sistemi hastalığı olanlardır.

Prematürelilik, RSV hastalığı için tek başına bir risk faktörüdür. Olgunlaşmasını tamamlamamış bağışıklık sistemi, düşük doğum ağırlığı, gelişmesini tamamlamamış havayolu ve akciğer dokusu, düşük solunum kas kapasitesi, riski artıran en önemli etkenlerdir. Bu bebeklerin, prematürelilikleri ve solunum aletine bağlanmaları nedeniyle uzun süreli akciğer hastalıkları da var ise RSV hastalığını geçirme ve ağır seyretmesi riski daha da artar.

RSV, hastaneye yatacak ağırlıktaki bronşiolitlerin % 40-75'de, zatürrenin %15-40'da, krup olgularının %6-15'de etkendir. Türkiye'den yapılan bir çalışmada, akut bronşiolitli bebeklerin boğaz salgılarında %35-40 oranında RSV saptanmıştır. Yine başka bir çalışmada, ilk 6 ayda bronşiolit olan bebeklerin yarısında etken olarak RSV bildirilmiştir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Bebeklerde RSV enfeksiyonu apneyede yol açabilir. Hastaneye başvuran RSV'li hastaların %20 sinde apne görülmektedir ve bu tablonun ani bebek ölümü ile bağlantısı düşünülmektedir. Apne RSV enfeksiyonunu geçiren her bebekte oluşmaz. Apne prematüre bebekler, yaşamın ilk aylarındaki bebekler ve şiddetli hipoksemisi olan bebeklerde belirgindir.

Hastalık, olguların çoğunda üst solunum yolu enfeksiyonu şeklinde ve hafif seyreder. Bu durumda sadece destekleyici tedavi yeterlidir. Hastalığın ağır seyrettiği olgular, ağırlıklı olarak yukarıda bahsedilen yüksek risk gurubundaki bebeklerdir. Çeşitli araştırmalar, RSV ile geçirilen bronşiolit sonrasında hışıltı ve astım sıklığının arttığı yönünde bir ilişkiyi destekler niteliktedir. Kalabalık ailede yaşamak, sigara ve benzer çevre kirliliğine maruz kalmak, okula giden kardeş varlığı, kreşe gitmek, RSV enfeksiyonu riskini artırır.

RSV hastalığının önlenmesi büyük önem taşır. Aileler, bebeklerini bu hastalıktan korumada bazı önlemler alabilirler:

- Çocukları, RSV sezonu olarak tanımlanan Ekim-Mayıs ayları arasında alışveriş merkezleri gibi kalabalık ortamlardan uzak tutmalıdır.
- Solunum yolu hastalığı olan kişilerle temas ettirmemelidir.
- Sigara içilen ortamlardan kesinlikle uzak tutmalıdır. Sigaraya maruziyet, RSV hastalığı riskini artırır.
- El yıkamaya özen göstermelidirler.
- Yüksek riskteki bebeklerin RSV sezonunda kreşe gitmelerine izin vermemelidir.
- Anne sütü vermeye özen göstermelidirler.

Bütün bu önlemler, başta prematüre bebekler olmak üzere yüksek riskli grupta, RSV enfeksiyonunu ve hastaneye yatışları engellemez. RSV enfeksiyonunun komplikasyonlarını ve hastaneye yatışları önlemek amacı ile belli risk gruplarına, RSV sezonu boyunca (Ülkemizde Ekim-Mart), aylık olarak uygulanan monoklonal bir antikör olan RSV immunglobulini (Palivizumab®) mevcuttur. Bu ilacın hastaneye yatış sıklığını %55 oranında azalttığı gösterilmiştir. Yüksek risk taşıyan bebeklerde RSV'nin neden olduğu ciddi alt solunum yolu hastalığının önlenmesinde;

a) RSV sezonunda takvim yaşı 12 aydan küçük olup gebelik yaşı 29^{0/7} haftadan küçük veya doğum ağırlığı 1000 g altında olan preterm bebeklerde veya

b) RSV sezonunda takvim yaşı 90 gün ve daha küçük gebelik yaşı 29^{0/7}-31^{6/7} hafta arası olan preterm bebeklerde veya

c) RSV sezonu başlangıcından önceki son 6 ay içinde kronik akciğer hastalığı için bronkodilatör, oksijen, diüretik veya kortikosteroid tedavilerinden en az birisini alan 2 yaşından küçük bebeklerde veya

ç) RSV sezonu başlangıcında 2 yaşından küçük; siyanotik doğuştan kalp hastalığı, konjestif kalp yetersizliği tedavisi gerektiren asiyanotik doğuştan kalp hastalığı, opere edildiği halde rezidiv hemodinamik bozukluk nedeniyle konjestif kalp yetersizliği tedavisi almaya devam eden, pulmoner arteriyel hipertansiyon veya hemodinamik bozukluk nedeniyle tedavi alması gereken kardiyomiyopati hastalığı olan bebeklerde kullanılması halinde bedelleri SUT tarafından karşılanmaktadır.

İnfluenza virüsü; ortomyxovirüs ailesinden zarflı RNA virüsü olup matrix proteinine göre üç ana aile grubunda incelenir. İnfluenza A ve B daha çok epidemilere sebep olan alt gruplardır, C grubu daha çok burun akıntısı, halsizlik gibi hafif tablolara neden olur. Klinik genellikle ani yükselen ateşle başlar, buna sıklıkla halsizlik, yaygın kas ağrısı, öksürük (produktif olmayan), boğaz ağrısı gibi semptomlar eşlik eder, daha nadir olarak karın ağrısı, bulantı, kusma ve ishal de görülebilir. Semptomlar çoğunlukla bir hafta içerisinde gerilese de bazı hastalarda altta yatan hastalık bulunmamasına rağmen ağır hastalık görülebilir. İnfluenza sezonu kuzey yarımküre ülkelerinde sonbahar sonu, kış ve ilkbahar başlangıcı olarak kabul edilir. İnfluenza semptomları COVID-19 semptomlarına benzerlik göstermektedir, sadece semptomlarla ayırım yapmak mümkün olmamaktadır. Tanıda influenza hızlı antijen testleri veya RT-PCR kullanılır. İnfluenza enfeksiyonlarının daha ağır seyredeceği öngörülen gruplar 5 yaş altındaki çocuklar (özellikle <2 yaş), 65 yaş ve üzerindeki erişkinler,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

gebeler (postpartum 2 haftaya kadar), bakımevi ve uzun dönem yurttan kalanlar; astım, kronik akciğer hastalıkları (kistik fibrozis, kronik obstruktif akciğer hastalığı vb), nörolojik ve nörogelişimsel bozukluklar (serebral palsi, epilepsi, orta-ağır motor gerilik, muskuler distrofi vb), kardiyak hastalıklar (konjenital kalp hastalığı, kalp yetmezliği, KAH), hemoglobinopatiler, endokrinolojik hastalıklar (ör; diyabet), kronik böbrek ve karaciğer hastalıkları, kalıtsal metabolik hastalıklar, kalıtsal veya kazanılmış immun yetmezlik, uzun süreli aspirin kullanımı, aşırı obezlerdir (BMI \geq 40). Bu nedenle bu gruplara grip aşısı özellikle önerilmektedir.

Önümüzdeki günlerde hem RSV hem influenza hem de diğer solunum yolu enfeksiyonlarının artacağı öngörülmektedir. Bu nedenle maske, mesafe ve hijyen önlemlerine dikkat edilmeli, aşı ile korunulması mümkün hastalıklar için aşılanmalıdır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

TAMAMLAYICI BESLENME; KİME, NE ZAMAN?

Doç. Dr. Esra POLAT

Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yaşamın ilk 6 ayında bebeğin ihtiyacı olan tüm besin öğelerini içeren anne sütü, süt çocuğu için en ideal besindir. Özellikle gelişmekte olan ülkelerde, anne sütünün sağlığa olan katkısı çok önemlidir. WHO (Dünya Sağlık Örgütü), ESPGHAN (Avrupa Çocuk Gastroenteroloji ve Hepatoloji Derneği) ve AAP (Amerika Pediatri Akademisi)'nin de desteklediği anne sütü alımının sağlık için olumlu katkılarının ileri yaşlara kadar sürdüğü bilinmektedir. Bununla birlikte, sadece anne sütü ya da anne sütü ve/veya formül süt ile beslenen bebeklere 17. haftadan önce olmayacak, 26. haftayı geçmeyecek şekilde tamamlayıcı beslenmeye başlanması önerilmiştir. Bebeğin hem gelişimsel (nöromotor gelişim) hem de fizyolojik açıdan (gastrointestinal sistem ve böbrek matürasyonu) ek besin alımına hazır olması şarttır. Bu dönem sağlıklı beslenme alışkanlığının edinilmesi açısından çok önemlidir. Tamamlayıcı beslenmeye zamanında başlamak, yeterli çeşitlilikte besinlerin bebeğin ayına uygun olarak, severek ve kolaylıkla alabileceği şekilde bebeğe sunulması çok önemlidir. Tamamlayıcı besinlerin temiz, hazırlanması kolay, ulaşılabilir olması; enerji, protein ve mikro besinlerden zengin içeriğe sahip olması gereklidir. Günlük enerji ihtiyacının %45-65' i karbohidratlardan, %30-40' ı yağlardan, %5-20' si de proteinlerden karşılanmalıdır. Tamamlayıcı beslenmede bebeklerin ihtiyacı olan günlük kalori ve makro besin değerleri Tablo 1' de verilmiştir.

Besin öğesi	7-9 ay	10-12 ay	1-3 yaş
Enerji (Kcal/kg/gün)	80-110	80-105	70-95
Protein (g/kg/gün)	1,5-2,1	1,5-2,1	1,1-1,6
Karbonhidrat (g/gün)	95	95	130
Yağ (g/gün)	30	30	?

Tablo 1: Tamamlayıcı beslenmede bebeklerin günlük kalori ve makro besin ihtiyacı

Bebeğe verilen besinin kalitesi ve besinin ne kadar verildiği önemlidir. Verilen besinin içeriğini göz önünde bulundurmamak daha doğru olacaktır, hangi sırayla hangi besinin verileceği çok önemli değildir. Tamamlayıcı beslenmeye günde 1-2 kez az miktarda (1-2 çay kaşığı) başlanmalıdır. Sonrasında çocuğun alımına, ihtiyacına göre verilen besin miktarı artırılır. Verilen besinin kıvamı da önemlidir. Başlangıçta püre kıvamında, sonrasında çatala ezilmiş, 8-9. aylarda da parçalara ayrılmış, tam katı olmayan besinler çocuğa sunulmalıdır. Yarı katı, pürüklü beslenme 10 aydan sonraya bırakılırsa belirgin beslenme bozuklukları görülebilir. Blender kullanımından kaçınılmalı, pütürlü gıda verilmesi için gecikilmemelidir. Beslenme esnasında anne ile bebek sağlıklı bir iletişim kurmalı, bebek zorlanmamalı, beslenme bebek kontrollü (bebeğin açlık ve tokluk işaretlerine göre ve bebeğin katılımı ile; baby-led feeding) yapılmalıdır. Aile besinleri güvenilir ve sağlıklı bir şekilde hazırlayarak bebeğe sunar. Besini alıp almayacağına, alacak ise miktarına bebek karar vermelidir. Besin ile ilk tanışmada bebek besini reddedebilir, bu normal bir tepkidir, bebek zorlanmamalıdır. Reddedilen besin tekrar tekrar bebeğe sunulduğunda bu direnç kırılabilir. Bazen farklı tatlar karıştırılarak besinin kabul edilmesi kolaylaşabilir.

Demir ve çinkodan zengin kırmızı ve beyaz et, balık, yumurta olabildiğince sık tüketilmelidir. Omega-3 yağ asitleri açısından (EPA-ekosapentaenoik asit, DHA-dokosahekzoenoik asit) en yüksek EPA ve DHA içeriğine sahip olan, yağı vücutlarında depolayan balıkların tüketimi de beyin gelişimi ve görme açısından önemlidir. Süt ürünleri; kalsiyum ve diğer besin öğeleri açısından zengin bir kaynaktır. İnek sütü, hem düşük demir içeriği, hem aşırı protein, yağ ve enerji içeriği nedeniyle 12 ayın altında önerilmemektedir. Diğer hayvansal gıdalar düzenli tüketiliyorsa, günlük 200-400 ml süt tüketimi yeterli olacaktır. Süt ürünleri yeterli miktarda tüketilmiyorsa, kalsiyum kaynağı olarak küçük balıklar, lahana, havuç, kabak,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

yeşil yapraklı sebzeler tercih edilebilir. Hayvansal gıdalar yüksek kaliteli protein alımı için de ideal kaynaktır. Yeterli hayvansal besin tüketilemiyor ise tahıl ve baklagillerin günlük olarak ve tercihan aynı öğünde yenmesine dikkat edilmelidir.

Tamamlayıcı beslenmede, demirden zengin et ürünleri ya da demir ile zenginleştirilmiş besinlerin tüketimi önemlidir. Ayrıca, günlük diyet yeterli miktarda vitamin A, C, B, özellikle B5 ve B6, ve folik asit içermelidir.

Diyetteki yağ içeriği; esansiyel yağ asidi ihtiyacını karşılaması, yağda erir vitamin emiliminin kolaylaşması ve enerji sağlanması açısından önemlidir. Düzenli hayvansal gıda tüketimi varsa, günlük 5 grama kadar yağ diyete eklenebilir. Hayvansal gıda tüketimi yeterli değil ise; yağ kaynağı olarak diyete yağlı tohumlar, avokado eklenmesi de bu ihtiyacı karşılayabilir.

Tamamlayıcı beslenmede tuz, şeker, çay, kahve, meyve suları, şekerli içecekler önerilmez. Suyun bebeğin iştahını azaltmayacak şekilde verilmelidir, biberon kullanılması önerilmez.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

PROTEİNÜRİ

Prof. Dr. Fatma ŞEMSA ÇAYCI

Ankara Şehir Hastanesi

Çocuklarda idrar tetkikinde protein atılımının beklenenden fazla olma durumuna proteinüri denir. Proteinürinin mevcudiyeti ciddi hastalıklara işaret edebileceği gibi selim seyirli nedenlere de bağlı olabilir. Bu nedenle proteinüri nedenlerinin iyi bir şekilde araştırılması gerekir.

İdrarda protein tayini dipstick yöntemi, sulfosalisilik asit yöntemi, spot idrarda protein/kreatinin düzeyi, 24 saatte atılan protein miktarı ile yapılabilmektedir.

Dipstick ile bakılan yöntem en hızlı ve kolay olanıdır. Dipstick yöntemi ile yapılan protein ölçümleri temel olarak albumini gösterir. Diğer tür proteinüriler için hassasiyeti çok düşüktür veya hiç tespit etmez. Dipstick ile yapılan ölçümlerde proteinüri saptanırsa bunun diğer yöntemlerle doğrulaması yapılmalıdır. Spot idrarda protein/kreatinin düzeyine bakmak 24 saatlik idrarda saptanan miktarlarla çok uygunluk gösterdiğinden pratikte sıklıkla kullanılmaktadır.

Proteinüriler çoğunlukla geçici (transient), ortostatik ve persistan olarak sınıflandırılmaktadır. Glomerüler ve tübüler proteinürinin içinde olduğu persistan proteinüriler daha detaylı araştırılması gereken gruptadır.

İdrarda özellikle persistan proteinüri tespit edilen bir çocukta idrar mikroskobisi, serum kreatinin, BUN, glukoz dahil biyokimya incelemesi, hemogram, kompleman düzeyleri, ANA, dsDNA gibi romatolojik incelemeler, ultrasonografi, idrar protein elektroforezi gibi tetkikler gerekmektedir. Bazı durumlarda ise böbrek biyopsisi de uygulanmaktadır ve tedavi çoğunlukla altta yatan nedene göre yapılmaktadır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

GELİŞİMSEL EPİLEPTİK ENSEFALOPATİLER

Doç. Dr. Figen BAYDAN

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Gelişimsel epileptik ensefalopatiler heterojen bir hastalık grubudur. Bilişsel fonksiyonların bozulması, nöbetler ve interiktal epileptik anomaliler ile altta yatan nörobiyolojik patolojilerin yarattığı etkilenme sonucu ortaya çıkar. Genetik, metabolik, enfesiyöz, immunolojik nedenler veya beyin yapısal anomalilerinden kaynaklanabilirler. Erken başlangıçlı, prognozu kötü olan bu hastalıkların genel özellikleri gelişimsel gecikme ve gerileme ile tedaviye dirençli nöbetlerin görülmesidir. En çok bilinenleri West sendromu ile Dravet Sendromudur, kognitif gerileme epilepsi başlangıcından bağımsızdır.

Epilepsi sınıflamasında 2017 de yapılan revizyon sırasında tanı olarak eklenmesi uygun görülmüştür. Etiyolojinin ağırlıklı olarak genetik nedenlere dayanması epilepsi hastalarında genetik, metabolik, nörokutanöz testlerin de yapılması gerekliliğini ortaya koymuştur.

KCNQ2, SCN2A, STXBP1, SCN8A, GRIN2A, KCTD7, GRIN2D, KCNT1, CDKL5 gibi mutasyonlar, Ohtahara Sendromu, infantil başlangıçlı migratuar epilepsi, Landau Kleffner sendromu, yavaş uykuda elektriksel status epileptikus (ESES), non konvulziv status, tuberoskleroz, hipotalamik hamartom, hemimegalensefali, piridoksin, biyotinidaz eksikliği, biyotin eksikliği, GLUT 1 eksikliği gibi metabolik hastalıklar veya Rasmussen ansefaliti gibi çok çeşitli nedenler gelişimsel epileptik ensefalopatilere neden olur.

Gelişimsel epileptik ensefalopatili bir hastanın motor ve mental gelişimi yaşamın ilk yıllarında normal de olabilir. Örneğin Dravet sendromlu bir hasta ilk yıllarda normal gelişim gösterir daha sonra gelişimi duraklar geçirdiği sık epileptik nöbetlerle bozulur.

Epileptik ensefalopatiler (EA) ve gelişimsel epileptik ensefalopatileri (GEA) ayırdetmek gereklidir. Kognitif bozulma her ikisinde de vardır ancak bunun nedeni EA de geçirilen yoğun nöbetler ve eegdeki patolojidir ve ilaç ile bu nöbetlerin kontrolü ve epileptik aktivitenin yatışması ile çocuğun bilişsel yetileri eski düzeyine döner ancak GEA de ilerleyici bir bozulma vardır, epileptik nöbetlere hakim olursa bile hasta daha önceki parlak durumuna dönemeyebilir. Gelişimsel ensefalopatide (GA) ise ilerleyici bir beyin hastalığı olmadan önceden varolan bir beyin hastalığı ile yandaş olan epilepsi nedeniyle gelişim geriliği ve entelektüel yetersizlik olmaktadır. Genellikle hipoksik beyin hasarı olan kişilerde görülür, nörokognisyon ve davranış hiç normale dönmeyebilir. Bu nedenle bu hastalarda ısrarla hastayı normal gelişimine döndürmek için gerksiz çoklu ilaç kullanımları ilaç yan etkilerin artmasına neden olur. GEA li hastalarda devam eden epilepsi ve epileptik nöbetler ile nörogenesis bozulur, sinaptik reorganizasyon ve normal networkün organizasyonunun bozulduğu görülür.

GEA de görülen EEG paternleri: suprsyon burst paterni, hipsaritmi, yavaş uykuda elektriksel status epileptikus, Lennox Gestaut sendromunda 2.5 Hertz in altında diken dalga deşarjları, nonkonvulziv status görülebilir.

Epilepsinin doğru zamanda ve doğru ilaçlarla edavisi önemlidir. Tuberosklerozda çekilen seri eeg lerde patolojinin erken farkedilmesi ve vigabatrinin başlanarak epilepsinin daha fazla şiddetlenmeden tedaviye başlanması kurtarıcı olmaktadır. Dravet sendromunda SCN1A mutasyonunun saptanması, valproat ve clobazam tedavisine stripentol eklenmesi, gelişimin bozulmaması için önemlidir. SCN1A mutasyonunda karbamazepin ve fenitoin nöbetleri artırırken KCNQ2 mutasyonunda ise hasta karbamazepin ve fenitoin ile tedavi olmaktadır. Landau Kleffner sendromunun tanımlanması ve kortikosteroid tedavisinin başlanması, West sendromunda yüksek doz kortikosteroid ve vigabatrinin erken dönemde başlanması nöbetlere hakim olunması ve gelişimin daha sağlıklı olmasını sağlar. GLUT1 eksikliğinde ketojenik diyetin kullanılması önemlidir. KCNT1 mutasyonunda quinidine kullanılması, SCN8A mutasyonunda fenitoin, GRIN2A mutasyonunda ise memantine kullanımı önerilmektedir. Döprü tanımlama, doğru zamanda doğru ilaç kullanımı ile epilepsinin daha iyi yönetilmesi başarılabilir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

GEBELİKTE DEMİR DESTEĞİ

Doç. Dr. Ayşe Figen TÜRKÇAPAR

Hacettepe Tıp Fakültesi

Demir, oksijen taşınması için gerekli bir eser elementtir ve ATP sentezi, amino asit metabolizması ve biyokimyasal dönüşümler gibi hayati biyolojik aktiviteler için önemli olan belirli proteinlerin bir bileşenidir.

Doğumdan sonra ve eksojen terapötik kaynaklar hariç, tüm demir vücuda diyetten girer. Diyetle alınan demir genellikle hem heme hem de nonheme demir olarak kabul edilir. NonHem demir hem hayvansal hem de bitki kaynaklı gıdalarda bol miktarda bulunur ve bitkilerde baskın demir şeklidir. Hem olmayan demir çok çeşitli formlarda bulunur ve çözünür demir, düşük moleküler ağırlıklı komplekslerdeki demir, ferritinde depolanan demir ve çok çeşitli diğer proteinlerin katalitik merkezlerindeki demir içerir. Bu demirin çoğu sıkı bir şekilde sekestre edilmez ve sonuç olarak biyoyararlanımı bir dizi diyet bileşeninden ve luminal faktörden etkilenebilir. Midenin ve proksimal ince bağırsağın düşük pH'ı, demiri çözünür bir formda tutmaya yardımcı olur ve böylece emilim için uygun hale getirir. Sitrik asit ve askorbik asit gibi küçük organik asitler de hem olmayan demiri indirgenmiş ve çözünür bir formda tutmaya yardımcı olur ve emilimini büyük ölçüde artırabilir. Diğer diyet bileşenleri, özellikle bitki kaynaklı fitatlar, tanenler ve polifenoller, hem olmayan demiri bağlayabilir ve emilimini engelleyebilir. Buna karşılık, hem demiri bir protoporfirin halkası içinde sıkıca tutulur ve hem olmayan demiri etkileyen faktörler tarafından erişilebilir değildir. Sonuç olarak, hem demiri daha verimli bir şekilde emilme eğilimindedir ve emilimi diyetin bileşimine daha az bağlıdır. Diyetteki çoğu hem demiri miyogloblin ve hemoglobinden elde edilir ve hayvansal kaynaklıdır.

Karaciğerden salgılanan bir peptid olan hepsidin, enterositler, makrofajlar ve çoğu vücut hücresi üzerindeki plazma membranı FPN1'e bağlanarak ve onun içselleştirilmesini ve parçalanmasını kolaylaştırarak vücut demir alımı ve dağılımının düzenlenmesinde kritik bir rol oynar. Hepsidin üretimi vücut demir ihtiyacına göre düzenlenir. Bu nedenle, vücutta demir eksikliği olduğunda, hepsidin konsantrasyonları düşüktür, dolayısıyla demir emilimini ve depolama yerlerinden plazmaya verilmesini kolaylaştırır; ancak vücut demirle dolu olduğunda, daha yüksek hepsidin konsantrasyonu demir emilimini azaltır ve depolardan demir salınımını engeller. Hepsidin, demir eksikliği veya artan eritropoez nedeniyle azaldığında, enterositlerde emilen demir veya makrofajlarda depolanan demir dolaşıma mobilize edilir. Hem demirinin emilimi hakkında kesin olarak çok az şey bilinmektedir. Enterositlerin fırçamsı sınırına sağlam bir şekilde bağlandığı ve daha sonra muhtemelen endositoz yoluyla hücre içine alındığı düşünülmektedir. Enterosit içine girdikten sonra, demir hem oksijenazların etkisiyle heme'den ayrılır ve bu demirin daha sonra hücrelerden FPN1 yoluyla (yani hem olmayan demir ile aynı yol) dolaşıma katıldığı kabul edilir. Demir ayrıca ince bağırsağı başka şekillerde de geçebilir [örneğin, ferritin olarak], ancak yine, ilgili mekanizmalar tam olarak bilinmemektedir.

Genellikle, normal bir tekil gebelikte terme kadar 500-800 mg maternal demir transferini gerektirdiği kabul edilir. Gebeliğin erken döneminde demir ihtiyacı 0,8 mg/gün iken, gebeliğin son döneminde 7,5 mg/gün'e yükseldiği ve tüm gebelik boyunca ortalama gereksinimin 4,4 mg/gün olduğu tahmin edilmektedir.

Demir depoları olmadığında anemi olmadan demir eksikliği var olabilir, ancak devam eden demir eksikliği, Hb konsantrasyonunun azalmasına neden olacak kadar şiddetli değildir. Bu durum sağlıklı kadınlarda sağlıklı erkeklerden çok daha yaygındır. Serumda çözünür transferrin reseptör konsantrasyonları için normal aralığı tanımlayan bir çalışmada, sağlıklı yetişkin kadın gönüllülerin %9,5'inde (menopoz öncesi ve menopoz sonrası) normal kan sayımları ile ID görülmüştür, erkeklerde bu oran yalnızca %1,5 olarak saptanmıştır. Daha önce belirtildiği gibi, hamileliğin ilk üç ayında anemik olmayan kadınlarla yapılan bir çalışmada, %42'sinde demir eksikliği görülmüştür.

Demir Eksikliğinin Etkileri;

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Annedeki demir eksikliğinin hamilelik seyri ve erken çocukluk gelişimi üzerindeki etkisini değerlendirmek, görüldüğünden daha karmaşıktır. Demir eksikliği, ekonomik ve sosyal olarak dezavantajlı popülasyonlarda daha yaygındır ve bu zorluklar, hamilelik ve erken çocukluk gelişimindeki komplikasyonlara bağımsız olarak katkıda bulunabilir. Yine demir eksikliği anemisi durumunda, herhangi bir olumsuz etkinin aneminin genel bir sonucu mu yoksa demir eksikliğine özgü mü olduğu konusu da net değildir. Maternal demir eksikliği, erken çocukluk döneminde bozulmuş bilişsel gelişime katkıda bulunabilir. Yine demir eksikliği olan adölesan gebelerde yenidoğan anemisi prevalansında artış gösterilmiştir.

Annedeki demir eksikliğinin hamilelik seyri üzerindeki etkilerine ilişkin kanıtlar daha açıktır. Demir eksikliği (ID), plasenta hipertrofinde yol açar ve şiddetli maternal ID, erken doğum, düşük doğum ağırlığı ve bebek ölümü risklerini artırıyor gibi görünmektedir. Rutin demir takviyesinin termde anemi sıklığını %73 ve DEA sıklığını %67 oranında azalttığı gösterilmiştir.

Gebelikte Demir Desteği Uygulamasına Yaklaşım

Gebelik, hematolojik bozuklukların tanısını zorlaştırabilecek fizyolojik değişikliklerle ilişkilidir. Tekil gebelikte plazma hacmi %40-50, eritrosit kitlesi %15-25 büyüdüğü için gebelikte demir gereksinimi artar. Plazmadaki daha büyük genişleme tipik olarak hemoglobin ve hematokrit seviyelerindeki düşme şeklinde kendini gösterir. Vücuttaki toplam demir miktarı demir alımı, kaybı ve depolanması ile belirlenir. Kadınlarda yaklaşık 2.3 g toplam vücut demiri vardır. Hamilelik sırasında ek demir depoları (yaklaşık 1 g), artan kırmızı kan hücresi kütlelerini, fetüsü ve plasentayı ve vajinal doğuma eşlik eden beklenen kan kaybını destekler. İhtiyaçları karşılamak için yeterli demir bulunduğu, %70'ten fazlası fonksiyonel demir olarak sınıflandırılır ve geri kalan depolama demiri olarak. Fonksiyonel demirin %80'den fazlası kırmızı kan hücresi kütlelerinde hemoglobin olarak bulunur, geri kalanı miyoglobinde ve solunum enzimlerinde bulunur. Demir eksikliği, biyokimyasal test sonuçlarında anormal değerler, demir tedavisinden sonra hemoglobin konsantrasyonlarında 1 g/dL'den fazla artış veya kemik iliği yayması ile belirlendiği üzere kemik iliği demir depolarının olmaması olarak tanımlanabilir. Demir eksikliği spektrumu, depolanan demirin düşük olduğu durumlarda demir tükenmesinden hem depolanan hem de taşınan demirin düşük olduğu demir eksikliği eritropoezisine, depolanan, taşınan ve fonksiyonel demirin düşük olduğu demir eksikliği anemisine kadar uzanır.

Günümüzde ACOG gebelikte rutin demir takviyesi konusunda bir pozisyon almamaktadır. Birleşik Krallık'taki toplum kılavuzları buna karşı tavsiyede bulunmaktadır. Hem ACOG hem de Birleşik Krallık yönergeleri, ID tespit etmek için anemi taraması yapılmasını önermektedir. Genel olarak, gebeliğin fizyolojik anemisinden beklenen anemi derecesi dikkate alındığında birinci ve üçüncü trimesterde 11.0 g/dL ve 10.5 g/dL (ACOG) dL veya ilk trimesterde 11.0 g/dL ve sonraki trimesterlerde 10,5 g/dL (İngiltere) anemi tanısında eşik değer olarak kullanılmaktadır. Ne ACOG ne de Birleşik Krallık kılavuzları demir çalışmalarını ile rutin taramayı önermemektedir, ancak Birleşik Krallık kılavuzları, anemik olmasalar bile, ID için yüksek risk altında olduğu düşünülen kadınlarda serum ferritininin ölçülmesini önermektedir.

Table 1. Normal Iron Indices in Pregnancy

Test	Normal Value
Plasma iron level	40–175 micrograms/dL
Plasma total iron-binding capacity	216–400 micrograms/dL
Transferrin saturation	16–60%
Serum ferritin level	More than 30 micrograms/L
Free erythrocyte protoporphyrin level	Less than 3 micrograms/g

Anemik olmayan hamile kadınlarda demir takviyesi için iki genel yaklaşım vardır. Bunlar, tipik olarak laboratuvar değerleri veya hasta demografisine göre belirlenen yüksek riskli grupta seçici takviyeler ve rutin veya evrensel takviyelerdir. Seçici takviyeye yönelik yaklaşımda, serum ferritin seviyesi ile demir depoları değerlendirilir. Serum ferritini 70 µg/L'den yüksek olduğunda, demir depoları hamileliği desteklemek için yeterli kabul edilir ve herhangi bir takviye yapılmaz. Serum ferritini 30 µg/L'den az olduğunda, demir depolarının olmadığı veya neredeyse hiç olmadığı kabul edilir ve hastaya oral

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

olarak 80-100 mg elementer demir/gün verilir. Ferritin değerleri bu noktalar arasında olan kadınlar, 30-40 mg/gün'lük düşük doz takviyesi alırlar. Bu kriterlere dikkate alınarak yapılan NHANES çalışmasına katılan kadınların %75'inden fazlası bir düzeyde takviyeye ihtiyaç duyacaktır ve Latin kökenli kadınların %90'undan fazlasının takviyeye ihtiyacı olacağı saptanmıştır. Bu nedenle, tüm hamile kadınlarda rutin veya evrensel demir takviyesi kullanılmasını önerenler de vardır.

Amerika'da Hastalık Kontrol Merkezi (CDC), hamile kadınlarda demir eksikliği anemisi taraması yapılmasını ve hemokromatoz gibi belirli genetik bozuklukların varlığı dışında, hamileliğin demir gereksinimlerini karşılamak için evrensel demir desteğinin uygulanmasını önermektedir. Tedavinin amacı, annenin demir depolarını muhafaza etmesi ve yenidoğan demir depoları için faydalı olabilmesidir. Diyetle, günde 15 mg elementer demir alınır. Hamilelik sırasında önerilen günlük ferröz demir miktarı 27 mg ve emzirme döneminde 9 mg'dır. Bu oranlar çoğu doğum öncesi vitaminde bulunan miktarlardır. Diyet ve endojen depolar, hamilelik sırasında artan demir gereksinimi için yetersiz kaynaklar olduğundan, perinatal demir takviyesi önemlidir. Sürekli salınımlı veya enterik kaplı preparatlar zayıf çözünür ve daha az etkili olabilir.

Yakın zamanda yapılan bir sistematik derleme, gebelikte aralıklı demir takviyesinin (günlük yerine haftada 2-3 kez) günlük takviye kadar etkili olduğu ve daha az yan etki ve muhtemelen daha yüksek uyum ile ilişkili olduğu kavramını desteklemektedir.

Kaynaklar

1. Current understanding of iron homeostasis Gregory J Anderson and David M Frazer Am J Clin Nutr 2017;106 (Suppl):1559S–66S.
2. Auerbach, M.; Abernathy, J.; Juul, S.; Short, V.; Derman, R. Prevalence of iron deficiency in first trimester, nonanemic pregnant women. *J. Mater. Fetal Neonatal Med.* **2019**, 1–4.
3. (Lee, S.; Guillet, R.; Cooper, E.M.; Westerman, M.; Orlando, M.; Kent, T.; Pressman, E.; O'Brien, K.O. Prevalence of anemia and associations between neonatal iron status, hepcidin, and maternal iron status among neonates born to pregnant adolescents. *Pediatr. Res.* **2016**, 79, 42–48.
4. Yakoob, M.Y.; Bhutta, Z.A. Effect of routine iron supplementation with or without folic acid on anemia during pregnancy. *BMC Public Health* **2011**, 11 (Suppl. 3), S21
5. Means RT. Iron deficiency and iron deficiency anemia: implications and impact in pregnancy, fetal development, and early childhood parameters. *Nutrients* 2020;12(2):447.
6. Recommendations to prevent and control iron deficiency in the United States. Centers for Disease Control and Prevention. *MMWR Recomm Rep* 1998; 47:1–29. (Level III)
7. Milman, N. Iron prophylaxy is in pregnancy; General or individualanding which dose? *Ann.Hematol.* **2006**, 85, 821–828.
8. Hollowell, J.G.; van Assendelft, O.W.; Gunter, E.W.; Lewis, B.G.; Najjar, M.; Pfeiffer, C. Hematological and iron-related analytes—reference data for persons aged 1 year and over: United States, 1988–1994. *Vital Health Stat. Data Natl. Health Surv.* **2005**, Series 11, 1–156.
9. Anemia in Pregnancy: ACOG Practice Bulletin, Number 233. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Practice Bulletins—Obstetrics *Obstet Gynecol.* 2021 Aug 1;138(2): e55-e64.doi: 10.1097/AOG.0000000000004477.
10. [Pena-Rosas, J.P.; De-Regil, L.M.; GomezMalave,H.;Flore Urrutia,M.C.;Dowswell,T. Intermittent oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2015.]

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

HİPOTONİK BEBEĞE YAKLAŞIM

Doç. Dr. Gülçin AKINCI

Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Hipotoni, eklemlerin pasif hareketlerine kasın gösterdiği dirençte azalma, vücut postürünün sağlanamaması olarak tanımlanabilir. Hipotonik bebek, süt çocukluğu döneminde çeşitli nedenlere bağlı ortaya çıkan hipotoniye işaret etmek için kullanılan çocuk nöroloji pratiğinde sık karşılaşılan bir klinik durumdur. Geniş ayırıcı tanı yelpazesi ve lokalizasyonun belirlenmesinde yaşanan güçlükler nedeniyle klinik pratikte önemli bir tanısal zorluk oluşturur. Hipotonide altta yatan nedenin belirlenmesi; hastalığın prognozunun belirlenmesi, tedavi ve yönetimiyle ilişkili mevcut fırsatların kaçırılmaması ve kardeşlerde rekürrens riskinin öngörülebilmesi açısından önem taşımaktadır.

Hipotoni, santral sinir sistemini ilgilendiren bir hastalığın (örneğin serebral palsy) ya da periferik kaynaklı bir hastalığın (primer nöromusküler bir hastalık gibi) bulgusu olarak görülebilir. Ancak hipotoni ile ilişkili birçok hastalıkta hem santral sinir sistemi hem de periferik yapıların birarada tutulabileceği unutulmamalıdır.

Nörolojideki her klinik problemde olduğu gibi, hipotonik bir bebeğin değerlendirilmesinde hikaye ve fizik muayenedeki önemli anahtar bulguların saptanması, patolojinin gerçek lokalizasyonun belirlenmesini ve olası tanı spektrumunun daraltılmasını sağlar. Örneğin, hikayede fetal dönemde hareketlerde azalma olması hipotoni ile ilişkili hastalıklarda sık olarak saptanan bir özelliktir ve nöromusküler bir nedene işaret edebilir. Bu bebeklerde sıklıkla polihidroamnios (azalmış fetal yutma nedeniyle) ve malprezentasyon (genelde makat geliş) hikayesi alınabilir. Hamileliğin geç dönemlerinde maternal ateş öyküsü in utero enfeksiyonu düşündürürken, uzun ve zor doğumu izleyen perinatal stres hipoksik-iskemik ensefalopatiyi düşündürür.

Ailede hipotoni ile ilişkili olduğu bilinen hastalıkların özellikle annede veya daha büyük kardeşlerde taranması önemlidir. Bazı dominant kalıtılan genetik hastalıklar (örneğin myotonik distrofi) antisipasyon (sonraki jenerasyonlarda daha erken yada daha ağır eksprese olması) ile ilişkilidir. Bu tür hastalıklar annede daha hafif seydediyor ve bu nedenle tanı almamış olabilir.

Fizik muayenede tonusun belirlenmesi bebeğin hem istirahatte gözlemlenmesini hem de bazı manevraların kullanılmasını içermelidir.

Bebekte hipotoninin varlığı belirlendikten sonraki basamak anormalliğin lokalizasyonunun belirlenmesidir. Motor birim, tek bir spinal motor nöron ve inerve ettiği tüm kas liflerini tanımlar ve motor nöron (hücre gövdesi, akson ve myelin); nöromusküler bileşke; ve kası içerir. Hipotoni vakalarının %60-80'i santral nedenlerden (hipoksik iskemik ensefalopati, intrakranial hemoraji, kromozomal anormallikler gibi) kaynaklanırken, %15-30'u periferik anormalliklerden kaynaklanmaktadır. Serebral fonksiyon bozukluğuna neden olan, özellikle de serebral korteks ile ilişkili durumlarda en önemli ipuçları; ensefalopati ve nöbet varlığıdır. Santral kaynaklı hipotonide, bebek hipotonik görünümüne rağmen relatif olarak normal güce sahiptir. Periferalden çok santral nedenleri düşündüren diğer ipuçları arasında fisting (el başparmağının el kapatılarak hapsedilmesi), normal yada canlı tendon refleksleri, ya da primitif reflekslerde anormallik (asimetri yada normal yaş sınırından sonra devam etmesi) bulunur.

Motor birim hastalıklarında en önemli özellik güçsüzlüktür. Tendon refleksleri alınmaz yada azalmıştır. Motor birim tüm refleksler için ortak final yolaktır ve bu nedenle motor birim hastalıklarında primitif refleksler de zayıftır yada alınmaz.

Çocukluk çağında en sık görülen motor nöron hastalığı olan otosomal resesif kalıtmı spinal musküler atrofinin tendon reflekslerinin alınmadığı bir hipotonik bebekte düşünülerek hızla tanıya yönelik adımların atılması ve en erken dönemde tanı ve tedavi açısından değerlendirilmek üzere ilgili çocuk nöroloji birimlerine yönlendirilmesi önem taşımaktadır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Spesifik laboratuvar testleri hipotoninin klinik lokalizasyonun desteklenmesini ve birçok vakada tanı konulmasını sağlayabilir. Tüm vakalarda yardımcı testler hikayedeki özellikler ve muayene bulgularının ışığında planlanır ise tanıya ulaşma şansı artmaktadır. Bu incelemeler her bir test olgu bazında değerlendirilmek suretiyle; çeşitli görüntüleme yöntemlerini, elektroensefalografi (EEG), sinir iletim çalışmaları, elektromyografi (EMG) ve repetitif sinir stimülasyonu, kas ve sinir biyopsisi, serum kreatin kinaz (CK), metabolik çalışmalar ve genetik çalışmaları içerir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Preterm Eylem Tedavisi'nde Güncel Yaklaşım

Doç. Dr. H. Gürsoy PALA

Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Tüm doğumların yaklaşık % 10'u preterm doğum olarak gerçekleşmektedir. Preterm doğum, prematüriteye bağlı infant morbidite ve mortalitesinin en önde gelen nedenidir. Bu nedenle preterm doğumun önlenmesi veya preterm eylem gerçekleşmesi durumunda da geciktirilmesi büyük önem taşımaktadır.

Preterm eylem tedavisinde, uterin kontraksiyonların şiddetini ve sayısını azaltmak amacıyla tokolitik ilaçlar kullanılmaktadır. Bu ilaçların kullanılmasındaki temel amaçlar; antenatal kortikosteroid etkisi için en az 48 saat süresince doğumu geciktirmek, uygun merkeze maternal transport için süre kazanmak, preterm doğumu tetikleyebilecek abdominal cerrahi veya pyelonefrit gibi durumlarda profilaksi sağlamaktır. Günümüz verilerine göre tokolitik tedaviyi 22.-34. gebelik haftaları arasında vermek mantıklıdır. Tokoliz amacıyla günümüzde siklooksijenaz inhibitörleri (örn. indometazin) ve kalsiyum kanal blokörleri (örn: nifedipin) en uygun iki seçenek olarak öne çıkmaktadır. Bunların dışında, beta agonistler, magnezyum sülfat ve oksitosin reseptör antagonistleri de tokoliz amacıyla kullanılabilir.

Gebeliğin 22.-32. haftaları arasında ilk basamak tedavi olarak indometazin kullanılması önerilebilir. Bu tedavi nöroproteksiyon amacıyla verilen magnezyum sülfat tedavisi ile uyum sağlamaktadır. Indometazin tedavisi; 72 saatin üzerinde ve 32. gebelik haftasından sonra, duktus arteriozusu erken kapatabilmesi nedeniyle verilmemelidir. Yine indometazin; maternal trombosit disfonksiyonu, kanama diyatezi, karaciğer yetmezliği, gastrointestinal ülseratif hastalık, renal disfonksiyon ve astım durumunda da verilmemelidir. Gebeliğin 22.-34. haftalarında ikincil tedavi olarak nifedipin düşünülebilir.

Gebeliğin 32.-34. haftaları arasında ilk basamak tedavi olarak nifedipin kullanılması mantıklı bir uygulamadır. Nifedipinin kontrendike veya etkisiz olduğu durumlarda bu haftalar için ikincil tedavi olarak beta agonistler düşünülebilir. Tokolitik tedavilerin birbirleriyle aynı anda kullanılması, artan yan etkileri nedeniyle önerilmez. Ayrıca, preterm eylem tedavisinde daha önceleri sıklıkla başvuru; yatak istirahati, hidrasyon, sedatifler, antibiyotikler ve kontraksiyon esnasında progesteron desteğinin artık etkisiz olduğu bilinmektedir.

Son olarak, preterm eylem henüz başlamadan erken haftalarda uygun gebelere profilaksi yapılması çok önemlidir. Daha önceden preterm doğum öyküsü bulunan gebelere; gebeliğin 16.-20. haftasından başlayarak 37. haftaya kadar progesteron desteği verilmesi ve 16.-24. haftalar arasında da transvajinal servikal uzunluk takibi uygun bir yaklaşımdır. Bu şekilde 25 mm altında kısa serviks tespit edilmesi durumunda gebeliğin 24. haftasına kadar serklaj yapılması ve progesteron desteğine devam edilmesi uygun bir yaklaşımdır. Daha önce preterm doğum öyküsü bulunmayan gebelerde de yine kısa serviks tespit edilmesi durumunda, gebeliğin 16.-20. haftasından başlayarak 37. haftaya kadar progesteron desteği verilmesi önerilmektedir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

PCOS TANISI NASIL KONULMALI?

Prof. Dr. İnci KAHYAOĞLU

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi

Polikistik over sendromu (PKOS) reproduktif dönemdeki kadınlarda en sık görülen endokrinopatidir. Yapılan tanıma ve araştırılan popülasyona göre değişmekle birlikte insidansı %8 ile %13 arasında bildirilmektedir. Genel kadın sağlığı üzerinde reproduktif dönem sonrasında da etkileri izlenen bir sendrom olarak tanımlanmalıdır. Reproduktif bozukluklar, insülin rezistansı, hiperinsülinemi, Tip 2 Diabetes Mellitus (DM), koroner arter hastalıkları, anksiyete, depresyon, endometriyum kanseri riskinde artış yanında, gebe kaldıkları taktirde gestasyonel DM, preeklampsi, fetal makrozomi, gestasyonel yaşa göre küçük bebekler veya artmış perinatal mortalite ile ilişkilendirilmektedir.

Tanı kriterleri oluşturulması ile ilgili ilk çalışmalar 1990 yılında yapılan National Institutes of Health (NIH) konferansı ile başlamaktadır. NIH tarafından oluşturulan kriterlere göre klinik veya biyokimyasal hiperandrojenizm (HA) ile birlikte oligo-anovulasyonun (OA) birarada bulunması PKOS tanısını koydurmaktadır. Bu arada HA ve OA'a sebep olabilecek diğer nedenlerin de dışlanması gerekmektedir. Ardından 2003 yılında European Society for Human Reproduction and Embryology (ESHRE) ve American Society for Reproductive Medicine (ASRM) tarafından da desteklenerek düzenlenen Rotterdam konferansında ise ultrasonografik olarak tespit edilen polikistik ovaryan morfoloji de tanı kriterlerine dahil edilmiştir. Buna göre diğer nedenler dışlandıktan sonra, 3 kriterden ikisinin varlığı PKOS tanısını koydurmaktadır; 1) klinik veya biyokimyasal HA bulguları; 2) kronik ovulatuvar disfonksiyon; 3) polikistik ovaryan morfoloji (PCOM). Rotterdam kriterleri PKOS tanısı konulan hasta sayısını arttırmak yanında daha da heterojen bir hasta grubunu tariflemektedir. Son olarak, androjen artışının hastalığın en önemli göstergesi olması ve metabolik disfonksiyonla güçlü ilişkisi konusunda artan verilere istinaden Androgen Excess-PCOS Society 2006 yılında HA ve ovaryan disfonksiyon olarak tanımlanan 2 kriterin mutlaka bir arada bulunması ile tanının konulması gerektiği konusunda görüş bildirmiştir.

2012 yılında NIH Consensus Conference Panel Rotterdam kriterlerinin kullanılması ile birlikte hastanın fenotipinin de spesifik olarak belirlenmesini önerdi. Buna göre fenotip A: HA (klinik veya biyokimyasal) + Ovulatuvar disfonksiyon (OD) + PCOM (komplet PKOS); fenotip B: HA + OD; fenotip C: HA + PCOM (ovulatuvar PKOS); and fenotip D: OD + PCOM (non-hiperandrojenik PKOS) olarak tanımlandı.

Konu ile ilgili son olarak ESHRE 2018 yılında uluslararası bir klavuz yayınlayarak PKOS'da değerlendirme ve yönetimle ilgili önerilerde bulundu. Bu klavuzda Rotterdam kriterleri kullanılarak PKOS tanısının konulması önerilirken tanı kriterleri netleştirildi.

1) Ovulatuvar Disfonksiyon ve İrregüler Siklus: Ovulatuvar disfonksiyon PKOS'lu hastalarda sık görülen bir bulgu olup, tanı alan hastaların %85-90'ında oligomenore ve %30-40'ında amenore görülmektedir. Menarş sonrası ilk bir yılda düzensiz siklusların görülmesi normal kabul edilir. ESHRE klavuzuna göre postmenarş 1 ile 3 yıl arasında 21 günden kısa ve 45 günden uzun siklusların anormal kabul edilmesi önerilmektedir. Ayrıca 15 yaşın üzerinde veya telarştan 3 yıl sonra amenorenin görülmesi yine düzensizlik olarak kabul edilmektedir. Menarştan 3 yıl sonrasında perimenapozal döneme kadarsa 21 günden kısa ve 35 günden uzun aralıklarla görülen mens veya yılda 8 kereden daha az görülen mens anormal kabul edilmektedir. Ancak hasta düzenli siklusa sahip olsa bile ovulatuvar disfonksiyon olabileceği unutulmamalı, luteal fazda yapılan serum progesteron ölçümleri ile ovulasyon değerlendirilebileceği akılda tutulmalıdır.

2) Hiperandrojenizm

a) Biyokimyasal Hiperandrojenizm: PKOS'lu kadınların dörtte üçünden fazlasında dolaşımdaki androjenlerin yüksek düzeylerde olduğu bildirilmektedir. Klinik olarak hiperandrojenizm bulgularının net olmadığı veya izlenmediği durumlar-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

da androjen düzeylerinin ölçümü bilgi verici olmaktadır. Ancak hangi androjen düzeylerine bakılacağı veya ölçümlerde hangi testlerin kullanılması gerektiği konusunda literatürdenetlik bulunmaktadır.

Androjen düzeylerinin değerlendirilmesinde total testosteron (TT), serbest testosteron (FT), free androgen indeks (FAI=100 x (total testosteron/sex hormone binding globülin)), bioavailable T, dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) veya androstenedion düzeyleri bakılabilmektedir. Total testosteron ölçümü PKOS olgularının sadece %20-30'unu belirlemektedir. Ancak testosteronun sadece %1-3'ü plazma proteinlerine bağlı olmadan dolaşımında serbest halde bulunmaktadır. Serbest testosteron ölçümü ile PKOS olgularının %50-60'ı tespit edilebilmektedir. PKOS olgularında SHBG düzeylerinin de azaldığı bilinmektedir. Dolayısıyla bu serbest testosteron düzeylerindeki artışa katkıda bulunmaktadır. Literatürde serbest testosteron düzeyleri ile FAI arasında korelasyon olduğu bildirilmektedir. ESHRE'nin 2018 yılında hazırladığı klavuzla göre hesaplanan serbest androjen veya bioavailable testosteron veya FAI ile biyokimyasal hiperandrojenizmin tanısının konulması, ayrıca total ve serbest T ölçümleri için liquid chromatography–mass spectrometry ve extraction/ chromatography immunoassay gibi yüksek kaliteli ölçüm sistemlerinin kullanılmasını önerilmektedir. Androstenedion ve DHEAS düzeyleri ancak total ve serbest testosteronun yüksek bulunmadığı hastalarda değerlendirilebilir, ancak tanıya katkısı sınırlıdır. Androjen düzeylerinin ölçülmesi planlanan oral kontraseptif kullanan hastalarda ölçümden 3 ay önce ilacı kesilmiş olması gerekmektedir.

Androjen düzeylerinin çok yüksek olarak izlendiği vakalarda özellikle semptomların ortaya çıkışı ve progresyonu da göz önünde bulundurularak androjen salgılanmasına neden olan neoplaziler de ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

b) Klinik Hiperandrojenizm: Hafif ve orta dereceli androjen fazlalığı hirsutismus, akne ve alopesi ile kendini gösterir.

Hirsutismus 5mm'den daha uzun terminal kılların erkek paterninde vücutta dağılım göstermesidir. Hirsutismusun değerlendirilmesinde ESHRE tarafından da önerilen modified Ferriman Gallwey skoru (mFG) kullanılmasıdır. Bu skorlama sisteminde vücudun 9 bölgesi (üst dudak, çene ve boyun, göğsün üst kısmı, üst abdomen, alt abdomen, sırtın üst kısmı, sırtın alt kısmı, üst kol ve üst bacak) kıllanmanın şiddetine göre 1'den 4'e kadar puanlanır ve elde edilen puanlar toplanarak nihai skor elde edilir. mFG skorunun 4-6 olması hirsutismus olarak tanımlanmaktadır. Alopesinin değerlendirilmesi için Ludwig vizüel skorunun kullanılması önerilmektedir. Akne içinse universal olarak kullanılacak bir skorlama sistemi bulunmamaktadır.

3) Polikistik Ovaryan Morfoloji: Oligo/anovulasyon ve klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizmin birlikte olduğu durumlarda Rotterdam kriterlerine göre PKOS tanısını koymak için ultrasonografik bulguların bulunması şart değildir. Ancak hastanın PKOS fenotipini tayin etmede gereken bir değerlendirmedir. ESHRE 2018 klavuzu, polikistik ovaryan morfolojinin tanısı için 8 MHz üzeri frekansa sahip transduserler kullanıldığı takdirde bir overde 2-9 mm arası 20' nin üzerinde folikül bulunması ve/veya over volümünün 10 mL üzerinde olması ile tanının konulmasını önermektedir. Daha eski teknolojiye sahip cihazların kullanımı ile over volümünün 10 mL olma kriterinin kullanılması daha uygun bulunmuştur. Postmenarş 8 yıldan önce polikistik over bulgusu sık gözleendiği ve nonspesifik bir bulgu olduğu için bu dönemde tanı için ultrasonografinin kullanılması önerilmemektedir.

Polikistik ovaryan morfolojiye sahip hastalarda serum anti-Mullerian hormon (AMH) düzeylerinin daha yüksek olduğu ve yüksek düzeylerin de hiperandrojenizm ve anovulasyon ile ilişkili olduğu izlenmiştir. Her ne kadar PKOS tanısında yeri olabileceği düşünülmüş olsa da, daha önce yapılan çalışmalarda kullanılan testlerin farklılık göstermesi, testler için standart değerlerin olmaması gibi nedenlerle ESHRE klavuzunda AMH'nin kullanımı henüz önerilmemektedir.

Ayrıca tanı aşamasında hiperandrojenizm ve anovulasyona neden olabilecek diğer nedenlerin ekarte edilmesi gerekmektedir. Bu nedenle hastalardan tiroid fonksiyonlarının değerlendirilmesi için TSH, hiperprolaktineminin ekartasyonu için serum prolaktin düzeyinin değerlendirilmesi, bazal 17-hidroksiprogesteron (21-Hidroksilaz eksikliği) bakılarak anormallik tespit edildiğinde ACTH stimülasyon testinin de yapılması planlanmalıdır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

HANGİ HASTADA İMMÜN YETMEZLİK DÜŞÜNELİM?

Prof. Dr. İsmail REİSLİ

Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi

İmmün yetmezlik hastalıklarında erken tanı konmasında yol gösterici olan bazı klinik özellikler vardır. Bir hekime kuvvetle immün yetmezlik hastalığını düşündürecek başlıca klinik bulgu enfeksiyonlardır. Çünkü hemen tüm immün yetmezlik hastalıklarının ortak bulgusu enfeksiyonlara karşı hassasiyetin artışıdır. Enfeksiyonlar uzun sürer, ağır seyreder, tedaviye yanıt yetersiz olur, sık tekrarlar ve beklenmeyen komplikasyonlar ortaya çıkabilir. Enfeksiyonların niteliği, immün yetmezliğin tipinin saptanmasında önemli ipuçları verir. Alınan öyküde:

-Çocuklarda yılda sekizden ve erişkinlerde yılda dörtten fazla üst solunum yolu enfeksiyonu geçirilmesi

-Bir yılda en az iki pnömoni geçirilmesi

-Hayatı tehdit eden menenjit, sepsis gibi enfeksiyonların tekrarlaması

-Fırsatçı ajanlarla enfeksiyon geçirilmesi

-Yeterli süre ve uygun antibiyotik tedavisine rağmen tedaviye yanıt alınamayan, tekrarlayan veya kronikleşen enfeksiyonların olması

-Erken bebek ölümü, eş akrabalığı, ailede immün yetmezlik, otoimmün ve kollajen doku hastalıklarının olması immün yetmezlik hastalıklarının dikkatle araştırılmasını gerektirir.

Tek gen bozukluğuna bağlı, doğuştan bağışıklık kusurları olan primer immün yetmezlikler (PİY), günümüzde dört yüz elliden fazla hastalığı kapsamaktadır. Bu hastalıklar, farklı klinik bulgularla ortaya çıkabilmekte, hatta aynı mutasyona sahip olan hastalarda bile klinik seyir farklılık gösterebilmektedir. En sık enfeksiyonlara yatkınlık ve sık tekrarlayan enfeksiyonların görüldüğü PİY hastalıklarının seyri sırasında allerjik, otoimmün, inflamatuvar ve malign hastalıklar ortaya çıkabilmektedir.

1. ALLERJİK HASTALIKLAR: Allerjik bulguların sıklıkla görüldüğü PİY hastalıklarına örnekler; Wiskott-Aldrich sendromu, Omenn Sendromu ve Hiper IgE sendromu gibi kombine immün yetmezlikler ile selektif IgA eksikliği gibi antikor eksiklikleridir. Diğer PİY hastalıklarını genel olarak değerlendirdiğimizde allerjik hastalıkların eşlik etme oranı, %9-52 arasındadır. Bir çalışmada PİY'li hastaların %19'unda allerjik deri bulguları saptanırken, başka bir çalışmada ise hipogammaglobulinemik çocuklarda çok yüksek oranda (%74) besin allerjisi olduğu gösterilmiştir. PİY hastalıklarında allerjik hastalık sıklığı konusundaki bu farklılıklar, yöresel ve iklim özellikleri, çevresel temas ve allerjik hastalık tanısının koyulmasındaki farklı yöntemler ile açıklanabilir.

2. OTOİMMÜN HASTALIKLAR: PİY hastalıklarında otoimmün hastalık görülme sıklığı yaklaşık %25'dir. Özellikle çoklu organ tutulumu ile seyreden otoimmün hastalığı olan bireyler, immün yetmezlik yönünden değerlendirilmelidir. PİY hastalıklarında immün sistemin kendinden olanı tanıma ve immüntolerans mekanizmalarında meydana gelen bozukluklar ile otoimmün sitopeni, enteropati, glomerulonefrit, artrit, endokrinopatileri tabloları görülebilmektedir. Özellikle T ve/veya B hücre yetersizliklerinde daha fazla olmak üzere, fagositer sistem hastalıkları ve kompleman sistem bozukluklarının da izleminde otoimmün hastalıklar karşımıza çıkmaktadır.

3. MALİGNİTELER: PİY hastalarının tedavisindeki gelişmeler ve yaşam süresinin uzaması, malignite gelişme riskini de beraberinde getirmektedir. Uzun süreli çalışmalar PİY hastalarının yaklaşık %25'inde bir malign hastalığın zamanla ortaya çıktığını ve erkeklerin daha fazla risk altında olduğunu göstermiştir. Malign hastalıklar içinde de hematopoetik maligniteler, özellikle lenfomaya yatkınlık belirgindir. Genel popülasyona göre lenfoma gelişim riskinin 8-13 kat arttığı

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

bildirilmektedir. PİY hastalıklarında malignite tipi, hastanın yaşına ve PİY tipine göre değişir. En sık Non-Hodgkin Lenfoma (NHL) görülür ve olguların %60 kadarını oluşturur. Tümör hücrelerine karşı gelişen immünolojik cevapta özellikle NK lenfositler ve CD8+ T lenfositler rol oynar. İlave olarak CD4+ T lenfositler de makrofajları aktive ederek, kanser hücresine karşı koruyucu rol oynar. Kronik enfeksiyonlar bir PİY hastasında, malign hastalıkların sebeplerinden biri olarak düşünülmektedir. EBV, bu enfeksiyonlar arasında en önemli role sahip olan etkenlerden biri olup, B lenfositlerde poliklonal çoğalmaya neden olur.

4.İNFLAMATUVAR HASTALIKLAR: İnflamatuvar hastalıklar çoğunlukla tekrarlayan ateş, akut faz reaktanlarında yükseklik gibi sistemik belirtilerin yanında; cilt tutulumu, akciğer tutulumu, gastrointestinal tutulumu, nörolojik tutulum, eklem tutulumu, diyabet, lenfadenopati gibi durumların eşlik ettiği geniş bir hastalık grubudur. PİY hastalıklarının yaklaşık üçte birinde inflamatuvar hastalıklara rastlanmakta olup, giderek artan oranlarda PİY hastalıklarına eşlik ettiği dikkati çekmektedir. İnflamatuvar hastalıkların PİY hastalarında görülmesinin nedeni olarak, yukarıda bazı örnekleri görülen genetik bozukların yanında çevresel faktörler de suçlanmaktadır. Çünkü aynı mutasyonu taşıyan hastalarda mutlaka bir inflamatuvar hastalık görülmemekte, PİY hastalarının patojenleri yeterince yok edemediği ve antijenlerin farklı immünolojik yolları aktive ettikleri düşünülmektedir. Böylece immünolojik tolerans ve hücre içi sinyal iletiminin bozulması bu hastalarda inflamatuvar hastalıkların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir. PİY hastalarında tekrarlayan veya kronik enfeksiyonlar olmaksızın, ilk klinik bulgu bir inflamatuvar hastalık olabilir. Böyle hastalarda PİY tanısını erken koyabilmek, hem komplikasyonları hem de mortaliteyi azaltacaktır. Bu nedenle inflamatuvar hastalık kliniği ile başvuran bir hastada altta bir PİY hastalığı olma olasılığı akılda tutulmaktadır.

Sonuç olarak enfeksiyonlar dışında allerjik hastalıklar, otoimmün hastalıklar, maligniteler ve inflamatuvar hastalıkları olan hastaların, altta yatan veya bu klinik tablolara eşlik eden bir immün yetmezlik yönünden değerlendirilmesi unutulmamalıdır.

KAYNAKLAR:

1. Tangye SG, Al-Herz W, Bousfiha A, et al., The Ever-Increasing Array of Novel Inborn Errors of Immunity: an Interim Update by the IUIS Committee. *Journal of Clinical Immunology* 2021; 41:666–79.
2. Tuano KS, Orange JS, Sullivan K, et al. Food allergy in patients with primary immunodeficiency diseases: prevalence within the US Immunodeficiency Network (USIDNET). *J Allergy Clin Immunol* 2015; 135: 273–5.
3. Bjelac JA, Blanch MB, Fernandez J. Allergic disease in patients with common variable immunodeficiency at a tertiary care referral center. *Ann Allergy Asthma Immunol* 2018; 120: 90–2.
4. Dadkhah M, Aghamohammadi A, Movahedi M, Gharagozlou M. Atopic manifestations: dermatitis, allergic rhinitis and asthma in patients with hypogammaglobulinemia. *Iran J Pediatr* 2015; 25: e2786. doi: 10.5812/ijp.2786.
5. Reisli İ. Primer immün yetmezliklerde yandaş hastalıklar ve yönetimleri: Allerjik durumlar. Kartal Ö, editör. *Primer İmmün Yetmezliklerde Yandaş Hastalıklar ve Yönetimleri*. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.14-8.
6. Lyons JJ, Milner JD. Primary atopic disorders. *J Exp Med* 2018; 215: 1009–22.
7. Fischer A, Provot J, Jais JP, et al. Auto immune and inflammatory manifestations occur frequently in patients with primary immunodeficiencies. *J Allergy Clin Immunol* 2017; 140:1388-93.
8. Kotlarz D, Beier R, Murugan D, et al. Loss of interleukin-10 signaling and infantile inflammatory bowel disease: implications for diagnosis and therapy. *Gastroenterology* 2012; 143:347-55.
9. Mortaz E, Tabarsi P, Mansouri D, et al. Cancers related to immunodeficiencies: Update and perspectives. *Front Immunol*. 2016; 7: 365. doi: 10.3389/fimmu.2016.00365. eCollection 2016.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

10. Hauck F, Voss R, Urban C, Seidel MG. Intrinsic and extrinsic causes of malignancies in patients with primary immunodeficiency disorders. *J Allergy Clin Immunol.* 2018;141:59- 68
11. Aghamohammadi A, Rezaei N, Mohammadinejad P, et al., Gastrointestinal manifestations in primary immunodeficiency - 2019 UpToDate.
12. Aytekin G, Çalışkaner AZ. Primer immün yetmezliklerde az bilinen komorbiditeler. Kartal Ö, editör. Primer İmmün Yetmezliklerde Yandaş Hastalıklar ve Yönetimleri. 1. Baskı. Ankara: Türkiye Klinikleri; 2019. p.62-8

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

COVID-19 döneminde sağlıklı gebe izlemi

Prof. Dr. Kemal ÖZERKAN

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Öğr. Üyesi

Gebe izleminin primer hedefi maternal ve fetal morbidite ve mortaliteyi azaltabilmek adına uygun bakım planı oluşturmaktır. Yaşanılan ülkenin maddi imkanları, sağlık sisteminin durumu, sosyokültürel özelliklerine göre izlem sayısında ve niteliğinde ülkeler arası farklılıklar olabilmektedir. Gebelerin içinde bulunduğu şartlara, ülke politikalarına ve kılavuzlarına göre izlemi önerilir. Amerika (ACOG), İngiltere (NICE), Japonya (JSOG, JAOG), Dünya Sağlık Örgütü kılavuzları mevcuttur. Ülkemizde Sağlık Bakanlığı'nın 2014'te yayınladığı kılavuz hâlen geçerlidir. Bu kılavuz daha çok 1. Basamağa hitap etmekte ve büyük oranda DSÖ'nün 2012'deki kılavuzuyla benzerlik göstermektedir. İyi bir gebe takibi için gebe kadın birinci basamakta en az 4 defa görülmeli denilmektedir. Her görüşmede öykü alınıp, FM, obstetrik muayene ve gebelik haftası ile ilişkili takip ve ölçümler yapılmalıdır. İlk görüşmede risk grubu belirlenmelidir ve riskli gebelik kategorisindeyse takip planı mevcut duruma göre revize edilmelidir. Gebe kadınların artmış enfeksiyöz morbidite ve maternal mortalite oranı ile ilişkili solunum yolu hastalıklarından orantısız bir şekilde etkilendikleri bilinmektedir. Son iki β -coronavirus epidemisi olan SARS-CoV ve MERS-CoV son 20 yıl içinde 10 binin üzerinde kümülatif vakaya, SARS-CoV için %10 ve MERS-CoV için %37 oranında mortaliteye yol açmıştır. COVID-19 ise aynı β -coronavirus subgrubuna ait olup SARS-CoV için yaklaşık %80, MERS-CoV için yaklaşık %50 oranında genomik benzerlik göstermektedir. SARS-CoV ve MERS-CoV'un her ikisinin de endotrakeal entübasyon, yoğun bakım ünitesine (YBU) yatış, renal yetmezlik ve ölüm de dahil olmak üzere gebelik süresince ciddi komplikasyonlardan sorumlu oldukları bilinmektedir. Gebelikte COVID-19 geçiren olgularda preterm doğum ve sezaryen sıklıkları artmaktadır. Ateş ve hipoksemi erken membran rüptürü ve anormal fetal kalp hızı paternleri nedeniyle preterm doğumu arttırıyor olabilir. İlk trimester ile ilgili veriler kısıtlı olmakla birlikte, COVID-19 hastası gebelerde spontan abortus riski artmıyor gibi gözükmektedir. Ülkemizde de riski olmayan gebeler bile yüksek riskli gebelik gibi takip edilmekte olup, gereğinden fazla muayene ve takibe geldiği aşıkardır. Fakat her nedenle olursa olsun mutlaka takibi gerekmektedir. COVID-19 döneminde de herhangi bir gebenin kılavuzlara göre takip edilmesi yeterlidir. Tabii ki, yüksek riskli gebelerin takibi, pandemi olsa da sık olmalıdır. Maske mesafe ve temizlik kurallarına riayet edilmesi gerekmektedir. Aşı konusuna gelecek olursak, 13 Nisan 2021'e kadar kılavuz, mevcut tüm COVID-19 aşılarının hamilelikte uygulanabileceği konusunda hemfikiridir. Ancak bu veriler üzerine ACOG, hamile ve doğum sonrası kadınlar için mRNA aşılarını (Pfizer veya Moderna COVID-19 aşısı) önermektedir. Bu gösterge, daha fazla veri mevcut olduğunda değişebilir ve araştırmalar gelecekte bu popülasyon için daha uygun olan diğer COVID-19 aşılarını gösterebilir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Endometriozis yönetiminde cerrahinin yeri

Prof. Dr. Kemal ÖZERKAN

Bursa Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum AD Öğr. Üyesi

Endometriozis, genellikle üreme çağındaki kadınları etkileyen, uterus dışında endometrial benzeri doku lezyonları ile karakterize inflamatuvar bir hastalık sürecidir. Dünya çapında endometriozisin 2010 yılında 176 milyon kadını etkilediği tahmin edilmektedir, genellikle pelvik ağrı ve/veya infertilite şeklindedir. Endometriozis ile ilişkili pelvik ağrı şemsiye terimi, dismenore, siklik olmayan pelvik ağrı, derin dispareni, diskezya ve kronik pelvik ağrı dahil ancak bunlarla sınırlı olmamak üzere sayısız daha spesifik semptomu kapsar. Hastalığı anlama konusunda hala çok sınırlıyız. Örneğin, bir hastanın semptomlarının şiddeti ile hastalık durumu arasında zayıf bir korelasyon vardır ve bazı hastalar ileri endometriozise rağmen asemptomatiktir. Benzer şekilde, endometriozisli bazı hastalarda doğurganlık etkilenir, ancak diğerlerinde etkilenmez. İnvaziv olmayan tanı hakkında daha fazla şey öğreniyor olsak da, hastalığın kökenlerini ve ilerlemesini henüz kavramadık, bu durum hastaların yaşadığı iyi bilinen tanı gecikmesi nedeniyle daha da kötüleşebilir. Endometriozis etiyojisi ve teşhisi ile ilgili birçok soru arasında gezinirken, anahtar soru hastalığı olan hastaların nasıl tedavi edileceğidir. Hormonal kontraseptifler, progestinler ve gonadotropin salgılatıcı hormon agonistleri (GnRHa) veya antagonistleri gibi ajanlardan oluşan tıbbi tedavi birçok durumda tavsiye edilse de, laparoskopik cerrahi sıklıkla eksizyon ve/veya ablasyondan oluşan tedavinin bir parçasıdır. Terapötik karar vermedeki karmaşıklık, kısmen endometriozisli hastaların heterojen popülasyonundan ve hastaların barındırabileceği çeşitli fenotiplerden kaynaklanmaktadır. Hasta tercihi ve bakımın yapıldığı ortam (sağlık hizmetlerine erişim ve maliyetleri kapsayan) tedavi kararlarında da büyük rol oynar. Şimdilik, cerrahi ile ilgili hasta danışmanlığımızı mevcut kanıtlara ve uzman görüş birliğine dayandırmalıyız. Ancak, bir hasta grubu vardır ki onlar kronik pelvik ağrıdan ciddi olarak sıkıntı duymaktadırlar. Bu hasta grubunun da ileri düzey laparoskopik cerrahi ile tedavi edilmesi gerekmektedir. Bu cerrahi de usta ellerde yapılması gereken bir cerrahidir ki, her ne kadar iyi ellerde opere edilseler de hastalığın tekrar etme riski %20'dir. Esas olarak cerrahi tedavi, çok erken evre endometriozis dışında fertilité kaybı ile ilgili değil; kronik pelvik ağrı ile ilgilidir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Stres Üriner İnkontinans Tedavisinde Midüretal Slingler

Doç.Dr.Keziban DOĞAN

SBÜ Bakırköy Dr.Sadi Konuk EAH Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

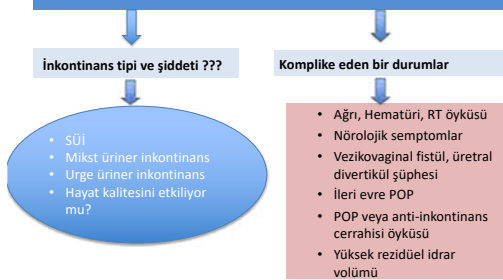
Stres Üriner İnkontinans

Tanım : Detrusor basıncında artış olmadan,öksürük, hapşırık, efor veya egzersiz gibi **intraabdominal basıncın arttığı durumlarda** görülen istemsiz idrar kaçırmasıdır.

- Ortalama yaş 45
- Kadınların %4-35'ini etkilemekte
- %3-17 olguda şiddetli olduğu bilinmektedir.



Tedavi Öncesinde



Ürodinami sadece komplike SUI'si olan vakalarda önerilir****

Tedavi

- Davranış Tedavileri
 - Hayat tarzı değişiklikleri
 - Mesane Eğitimi
- Pelvik Taban Rehabilitasyonu
 - Keegel egzersizleri
 - Biofeedback
 - Elektriksel Stimülasyon
 - Elektromanyetik dalgalı tedavi
- Medikal Tedavi
 - Duloksetin
- **Cerrahi**

Abrams P, Anderson KE, Bider L, et al. Recommendations of the International Scientific Committee: evaluation and treatment of urinary incontinence, pelvic organ prolapse and faecal incontinence. In: Abrams P, Cardozo L, Khoury S, Wein A, eds. Incontinence. 4th ed. Plymouth, UK: Health Publications; 2009. p. 1767-854.

Cerrahi Tedavi

Endikasyonları

- Konservatif tedaviye cevap vermeyen semptomatik SUI
- POP cerrahisi planlanan ve okült SUI tanısı alan olgular

Seçimi

- Etkatif
- Basit
- Kolay öğrenilebilir
- Minimal komplikasyonlu
- Hızlı iyileşme
- maliyeti düşük

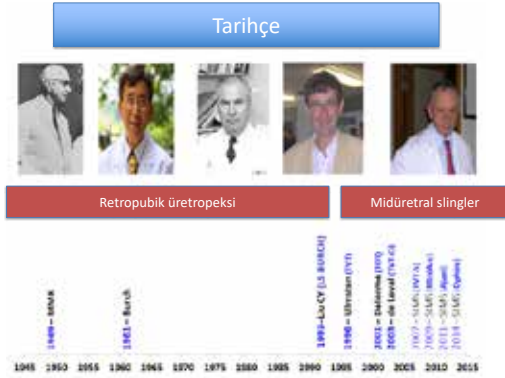
Cerrahi Tedavi

- **A) Retropubik Üretropeksi**
 - 1. Marshall Marchetti Krantz sistoüretropeksi (MMK)
 - 2. Burch Kolposuspansiyon
- **B) Sling Operasyonları**
 - 1. Pubovajinal Sling (PVS)
 - 2. Mid Üretral Sling
 - a) Retropubik Yaklaşım
 - b) Transobturator Yaklaşım
 - c) Single incision slings(mini-slings)
 - 3. On Onarım (Anterior Kolporafi)
 - 4) Periüretal Enjeksiyon

Midüretal Sling Operasyonları

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

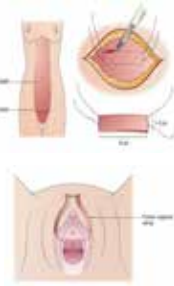


Terminoloji

- SÜİ tedavisi için askı prosedürleri meshin konumu ve malzemesine göre değişir.
- Üretrayı desteklemek amacıyla küçük bir vajinal kesiden yerleştirilen ve pelvisteki başka bir yapıya fixe edilen sentetik meshler **subüretal askılar** olarak adlandırılır.
- Subüretal askılar → mesane boynu midüretal yerleştirilir
- **Makroporlu monofilament polipropilen mesh kullanılır**

Proksimal üretra / Mesane boyun askısı

- Ototraflar (rektus fasiası, fasia lata) tercih edilebilir.
- Askı pubik kemik veya Cooper's lig. dışında anterior rektus fasiasına asılırsa **pubovajinal askılar** olarak adlandırılırlar
- Günümüzde polipropilen greftler kullanılıyor
- **Primer cerrahide MUS bunun yerini almıştır.**
- **Üretral mobilite az ve üretral sfinkter yetmezliği saptanan reküren SÜİ esas kullanım alanıdır.**
- Morbiditesi daha yüksektir (Mesane-barsak yaralanmaları), operasyon süresi uzun, hastanın iyileşme süresi uzun



Midüretal sling

- Midüretalaya gerilimsiz yerleştirilen sentetik meshden yapılmış subüretal askılardır.



Midüretal sling

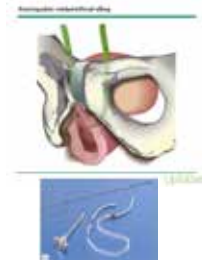
- Lokal, bölgesel, kombine veya genel anestezi altında
- Antibiotic prophylaxis önerilir
- Tromboprofilaksi önerilmez !!
- Kısa bir cerrahidir (<30 dakika olarak tanımlanır)
- tipik olarak hareketli hastalarda yapılır.
- ek trombotik risk faktörü olmayan hastalar venöz tromboemboli için düşük riskli olarak sınıflandırılır ve spesifik tromboprofilaksi gerektirmez.

Midüretal sling

Retropubik sling (40 cm/1cm mes)

- Aşağıdan yukarıya
 - Tension-free vaginal tape (TVT)
- Yukarıdan aşağıya
 - SPARC

Vajinal kesiden-- retropubik boşluğa
-- suprapubik bölgeden karın duvarına uşılır ve ya tersi



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Midüretal sling

• Transobturator sling (40 cm/1cm meş)

- Dıştan içe
 - TOT -Monarc
- İçten dışı
 - Tension-free vaginal tape-obturator (TVT-O)



Midüretal sling

• Minisling (8 cm meş)

- Ürogenital diyafram (TVT Secur) veya obturator internus kası, (Miniarc, Ophira)
- daha kısayırlar
- vajinal bir kesi gerektirir
- abdominal kesi gerektirmez.



Kesin kontrendikasyonlar

- Mevcut idrar yolu enfeksiyonu
- Mevcut hamilelik
- Antikoagülasyon kullanımı
- Sling yerleştirme alanında olan özellikle retropubik bölgedeki yapılar ---örn. damar grefti, barsak içeren herni kesesi, transplante pelvik böbrek, geçirilmiş operasyonlar

Başarı Oranları

- 81 çalışmanın meta-analizinde ortalama başarı oranı:
 - Kısa dönem başarı benzer
 - Retropubik: %71-%97
 - Transobturator: %62-%98
 - Orta (5 çalışma) ve Uzun dönem (4 çalışma) sübjektif başarı benzer
 - Retropubik: %51-%88
 - Transobturator: %43-%92
- Ford AA, Regenstein L, Cody JD, Ogish J. Midurethral sling operations for stress urinary incontinence in women. Cochrane Database Syst Rev 2015; CD009375. doi: 10.1002/14651858.CD009375.pub3.

Minisling

- Gerçek minimal invaziv
 - Daha kısa meş
 - Sedasyon
- Başlangıçta yapılan randomize kontrollü çalışmaların çoğunda subjektif ve objektif başarı oranları daha düşük.
- TVT-Secur çıkarıldıktan sonra yapılan metaanalizde benzer başarı oranları.
- Veriler yetersiz

Midüretal sling

- Üriner disfonksiyon---
 - **intrinsic sfinkter yetmezliği (MUCP <20 cm H2O veya VLPP <60 cm H2O)---TVT başarısı %10 daha yüksek**
 - **üretal mobilite azlığı,**
 - **mikst inkontinans, işeme disfonksiyonu**
- Obezite
- Yaş
- Eşzamanlı prosedürler-POP cerrahisi
- Geçirilmiş inkontinans ameliyatı varlığında başarı azalır

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Başarısızlık İçin Risk Faktörleri (TOMUS)

- Geçirilmiş anti-inkontinans cerrahisi (x2)
- Urgency semptomları (x2)
- Preoperatif Q-tip test $<30^\circ$ (x1.9)
- İntrinsik sfinkter yetmezliği (x2)
- Yaş (objektif başarısızlık oranı x1.5)
- Obezite
- DM

Lemack GE, Utman HJ, Nager C, Brubaker L, Lowder J, Norton P, Sirls L, Lloyd K, Kusler RW; Urinary Incontinence Treatment Network. Preoperative clinical, demographic, and urodynamic measures with failure to demonstrate urodynamic stress incontinence in women enrolled in two randomized clinical trials of surgery for stress urinary incontinence. Int Urogynecol J. 2013 Feb;24(2):209-14.

TVT/TOT/MİNİSLİNG

- Basit SUI de → MIDÜRETRAL ASKI
- İntrinsik sfinkter yetmezliği → TVT .
- Mix inkontinans → TOT/TVT .
- Daha önce geçirilmiş başarısız MUS → TOT/TVT .
- Yaşlı olgularda → TOT .
- Pelvik cerrahi geçirmiş hastalarda → TOT.
- Obez → TVT/ TOT arasında fark yok.
- Minislinglerle ilgili uzun dönem veriler henüz yetersiz.

Cerrahi Teknik

- Midüretal sling cerrahileri '**çok kolay**' gözükse de, körlemesine yapılan cerrahilerdir ve öğretmesi güçtür.
- **<%5 mesane perforasyon oranı**
- **Öğrenme eğrisi yaklaşık 30 vaka**
– (20-80)

Komplikasyonlar

- %4 Bir veya daha fazla komplikasyon
 - İntraoperatif Komplikasyonlar
 - Erken postoperatif komplikasyonlar
 - Geç postoperatif komplikasyonlar

İntraoperatif Komplikasyonlar

- **Disseksiyon esnasında yaralanmalar**
- **Trokar ile yaralanmalar**
- MÜS cerrahilerinde **en sık görülen intraoperatif komplikasyon mesane perforasyonu.**
 - TVT % 3.9
 - TOT %0.6
 - Düşük kür veya uzun süreli sekeller ile ilişkili bulunmamıştır

- TVT de daha sık görülür --Rijid kateter veya sistoskop ile mesane ortalama 1.4 cm deviyeye edilebilir.



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Mesane perforasyonu

- **Şüphe!!!!**
 - Hematüri
 - Cilt insizyonlarından idrar gelmesi
- **İntraoperatif sistoskopi**
- Mesane distansiyonu ve 70° sistoskop → trokarın yerinde bırakılması
- Yönetimi perforasyonun yerine ve boyutuna bağlıdır.
- Vajinal insizyona yakın arka duvarındaki perforasyonlar, daha yüksek oranda fistül oluşumuna neden olur.



Ön duvar---Foley kateter 1-3 gün
Arka duvar trigona yakın--- 3-7 gün bırakılır
sonda sistogramla çekilmelidir.

Mesane perforasyonu

Meş geçirildikten sonra mesane perforasyonu tespit edilirse, tüm aski materyali

- Laparotomi veya
- suprapubik laparoskopi ile desteklenen sistoskopi kullanılarak mesaneden çıkarılmalıdır

Gecikmiş tanı daha fazla morbidite ile ilişkilidir. retropubik cerrahi geçirmiş olanlarda daha sık görülür.



Üretra Hasarı

- **İntraoperatif üretral perforasyon** --%0.9
- tanı sistoüretroskopi
- Operasyon sonraya bırakılır
- Meş konulmamalı
- 4/0 Vicryl veya Monocryl ile sütür
- Foley 7 gün tutulmalı
- **Önleme**
 - Üretra palpe edilmeli
 - Foley kateter ile cerrahi yapılmalı
 - Disseksiyon periüretal fasyanın dışından yapılmalı
 - İnsizyon derin olmamalı

Farkedilmezse sıklıkla periüretal rahatsızlık, hematüri, işeme zorluğu veya irritatif işeme semptomları ile postoperatif birkaç hafta veya ay içinde ortaya çıkar. Yönetim, meşin eksizyonunu ve gerektiğinde lokal fleplerin kullanımı ile ürethroplastiyi içerir.

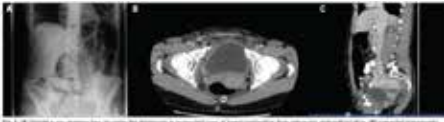
Vajinal Yırtıklar

- Disseksiyon ve trokar geçişi esnasında
 - Meş konulabilir
- Trokar geçirildikten sonra mutlaka vaginal muayene
 - Yaralanma varsa trokar tekrar geçirilmeli
 - Yırtık sütüre edilmeli
 - Vajinal atrofi varsa topikal östrojen



Bağırsak Hasarı/Perforasyonu

- % 0.02 Retropubik MÜS cerrahisi
- Abdominal insizyondan drenaj
- Akut karın ağrısı, ateş
- Direk grafide diyafram altında serbest hava
- BT



Nörovasküler Hasar-Kanama

- **Obturator siniri, iliak damarlar yaralanabilir.**
- **Vajinal disseksiyon esnasında aşırı kanama**
 - Meş yerleştirilince azalır.
 - Vajinal tampon
- **Obturator hematom**
- **Üretrayı komprese eden pelvik hematom**
 - Tak ihtiyacı olabilir.
- **Cochrane derlemesinde viseral ve nörovasküler hasar TOT'ta daha az.**



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

İdrar Yolu Enfeksiyonu

- **Hastaların %3'ünde**
 - 65 yaşın üzerinde
 - BMI >40
 - Hastanede yatış (+)
 - Foley sonda ile taburcu edilenlerde daha fazla
- **Antibiyotik profilaksisi**
 - ilk üç ay içinde % 34
 - Bir yıllık takipte % 50'dir . İdrar yolu enfeksiyonu uygun şekilde tedavi edilmelidir
- **Rekürren İYE**
 - Meş erozyonu
 - Üriner retansiyon (mesane çıkım obstrüksiyonu)
 - Sistoskopi, uroflowmetry
 - Ürodinami

Üriner Retansiyon

- **Mesane çıkım obstrüksiyonu**
 - Sıkı askı
 - Periüretal doku ödemi
 - Anestezi etkisi
 - Hematom
- **Ağrıya sekonder disfonksiyonel miksiyon**
- **Detrusor hipoaktivitesi**
- **Preoperatif miksiyon fonksiyonları**
 - Valsalva ile miksiyon
 - Uroflowmetry
 - Ürodinami

Miksiyon Disfonksiyonu

Üriner retansiyon veya tam olmayan mesane boşalması PVR \geq 150 ml

Çoğunluğu 6 hafta içinde düzelir

- Postoperatif 1. günde %20,
- 2. haftada %6,
- 6. haftada %2 üriner retansiyon
- Bazal miksiyon normalse spontan düzelme yüksek
- PVR giderek azalıyorsa 6 hafta beklenebilir

preoperatif

- maksimum üriner akış hızı <15 mL/sn olan kadınların, hızı >30 mL/sn olanlara kıyasla **daha yüksek postoperatif işeme disfonksiyonu görülmüş**

Miksiyon Disfonksiyonu

- **PVR \geq 150 ml ise erken müdahale**–
- Kalıcı mesane kateteri – 3-4 günde bir işeme denemesi yapılır,
- rezidü <150 mL olmazsa **TAK ----işeme sonrası bir PVR < 150 ml ise TAK son verilir**

–Bu yaklaşım da başarılı olmazsa, sling gevşetme veya kesme işlemi yapılmalıdır.

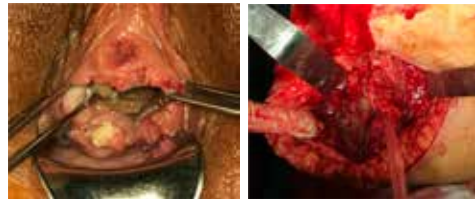
Sling gevşetilmesi 10-14 gün içinde (doku büyümesi olmadan önce) 6. haftada PVR> 150 ml ise Sling kesilmesi

Enfeksiyon

- Yüzeysel cerrahi enfeksiyonlar: %0.2-0.3
- Bacak insizyonları ve suprapubik insizyonlar
 - Eritem
 - Isı
 - Ağrı
 - Pü
- Tedavi
 - Sistemik antibiyoterapi
 - Debridman (meşin olmadığından emin olunmalı)
- Bağırsak perforasyonu ekarte edilmeli !



Nekrotizan Fasiit



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Geç Postoperatif Komplikeasyonlar

- **Vajinal meş erozyonu (exposure)**
 - 10 yıllık takipte %5
 - Çoğu asemptomatik
 - Transobturator teyp ile daha sık
- Disparoni
- Hisparoni (partner rahatsızlığı)
- Vajinada palpabl teyp
- Ağrı
- Vajinal kanama/ akıntı ile başvurulabilir.



Vajinal meş erozyonu (exposure)

- Teknik ve cerrahi özellikler (Epikriz) değerlendirilmeli
- **Monofilaman makropor meş** → asemptomatik → **takip**
- **0.5 cm'den küçük meş** } **Vajinal östrojen krem (6-12 hf).**
- **Abse veya sellülit yok** } **Penetrasyon yasaklanmalı**

Vajinal meş erozyonu (exposure)

- **Persistan vaginal kanama,**
 - **vajinal akıntı veya**
 - **rekürren İYE**
- Enfeksiyonu tedavi et
- ↓
- **Vagina flap şeklinde kapatılacak şekilde insize edilip sütüre edilir.**



Üretra ve Mesane Erezyonları

- **Semptomlar**
 - Tekrarlayan İYE
 - Hematüri
 - Miksiyon disfonksiyonu
 - Urgency
 - Fistül
- **Tanı**
 - Sistoskopi-Yapışık Taşlar
- **Tedavi**
 - Üretra
 - Sling lysis ve meş ekzizyonu (2 basamaklı?)
 - Martius flap
 - Mesane
 - Transüretral lazer ekzizyonu
 - Laparoskopik transvezikal ekzizyon
 - Mesane eksplorasyonu ve ekzizyon



Refrakter Üriner İnkontinans, De novo Urgency

- **Mikst üriner inkontinans** vakalarında preoperatif bilgi verilmeli
 - Urgency komponentinin medikal tedavisi
- 10 yıllık takipte de novo urgency %26
- **Refrakter Üİ**
 - Persistan SÜİ
 - Persistan urge inkontinans
 - De novo urge inkontinans

De novo UI + Obstrüksiyon [Bant kesilmesi](#)

Geç Dönemde Miksiyon Disfonksiyonu

- **Mesane çıkım obstrüksiyonu**
 - VUR
 - Üst üriner sistemde dilatasyon
 - Renal fonksiyonlarda bozulma
 - Detrusor disfonksiyonu
- Mesane çıkım obstrüksiyonu
 - Qmax 15 ml/sn ve PdetQmax 20 cmH₂O
- **AAM semptomları ve/veya rekürren SÜİ**

Hastaların %90'ında miksiyon düzelir, %50-70'inde UI semptomları düzelir. Anamnezde meş ile ilişki kurulursa meşin kesilmesi. Rekürren SÜİ riski %50

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Kronik Pelvik Ağrı

- TOT sonrası daha sık
- Pelvik kas ve iskelet sisteminin değerlendirilmesi
- Levator spazm
- Fizyoterapi
- Analjezik ilaçlar
- Tetik nokta enjeksiyonu
- Meş eksizyonu
 - Pelvik ağrı meş çıkarılmasına cevap vermeyebilir.

Komplikasyonlar

TVT

- suprapubik ağrı ↑
- majör vasküler komplikasyonlar ↑
- mesane veya üretral perforasyon ↑
- işeme güçlüğü ↑

TOT

- Nüks ↑
- Kasık ağrısı ↑
- Ameliyat süresi ↓
- Hastanede kalış ↓
- Kan kabı ↓

Mesh erezyonu ve ya komplikasyonları açısından fark yok

Teşekkür Ederim

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Pandemi Döneminde Akılcı Medya Kullanımı

Doç. Dr. 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. COVID-19 pandemisi döneminde, okulların kapalı olması nedeni ile eğitim birçok ülkede uzaktan ve dijital teknolojiler aracılığı ile olmuştur. COVID-19 pandemisi ve çocukların ekran zamanı kullanım süreleri ile ilgili farklı ülkelerden çok sayıda çalışmada ekran zamanında anlamlı bir artış olduğu bildirilmiştir. Bu yoğun ekran kullanımının 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, cinsel içerik, obezite, madde kullanımı, yeni teknolojiler) eğitilmiş hale gelmesi ve medya kullanımının sağlıklı çocuk izlemlerine dahil edilmesi önerilmektedir. Dijital medya ile büyüyen çocukların ve ebeveynlerin kontrollü ve doğru kullanım şekillerini öğrenmeleri gereklidir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Akılcı Antibiyotik Kullanımı

Prof. Dr. Metehan ÖZEN

Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı

Çocukluk çağı enfeksiyonlarının çoğunluğu virüs kaynaklı olup, bu enfeksiyonların pek azında antibiyotik kullanımı gerekmektedir. Özellikle üst solunum yolu enfeksiyonları (tonsilit, otit ve rinosinüzit), alt solunum yolu enfeksiyonları (trakeit ve bronşiyolit) ve sindirim sistemi enfeksiyonlarının (ishaller) çoğunluğu viral kaynaklı olup antibiyotik tedavisi gerektirmeden kendiliğinden geçmektedir.

Günlük hayatta çocuk hastalara bakan hekimler beklenenden daha sık antibiyotik kullanmak zorunda kalmaktadırlar. Gereksiz ve yanlış antibiyotik kullanımının zararları burada yazmakla bitmez ancak en üzücü olanı hem çocuğun hem de toplumun dirençli bakterilere sahip olmasına yol açarlar. Ortaya çıkan bu bakteriler ile oluşacak ciddi enfeksiyonlar (bronşit, menenjit vb..) ise çoğunlukla daha zor tedavi edilmekte ve üzücü sonuçlara sebep vermektedir.

Bakteriyel enfeksiyonlar için çocuklarda antibiyotik tercih ederken dikkate alınması gereken pek çok nokta bulunmaktadır; ilacın olası enfeksiyon ajanına etkili olması (uygun empirik tedavi), tadının güzel olması, mümkünse doz aralığı uzun (günde bir veya iki doz), besinlerden minimum etkilenmesi, yan etkinin (özellikle kusma, ishal ve alerji) az olması tedavi başarısını önemli derecede etkilemektedir. Özellikle yenidoğan döneminde proteine yüksek oranda bağlanan (seftriakson) ve karaciğerden temizlenen antibiyotikler gerekmedikçe kullanılmamalıdır. Ayrıca süt çocukluğu döneminde ise böbreklerin yeterli süzme kapasitesi olmadığı ve mide asiditesi az olduğu için uygun antibiyotikler tercih edilmelidir.

Sonuç olarak, çocukluk çağı enfeksiyonlarında çok seyrek antibiyotik kullanılmalı ve kullanılacaksa çocuğun yaşına, kilosuna, enfeksiyonun yerine ve şiddetine uygun antibiyotikler tercih edilmelidir. Unutulmamalıdır ki, kullanılan antibiyotikler hem çocuklarımızda hem de toplumumuzda dirençli bakterilerin gelişmesinde bir numaralı sebep olmakta ve toplum sağlığımızı ciddi boyutta etkilemektedir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Covid-19'un Korkulu Yüzü: Pediatrik MIS-C (Pediatrik Yoğun Bakım Bakış Açısı)

Doç.Dr. Muhterem DUYU

Göztepe Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi

Ciddi akut solunum sendromu coronavirus-2 (Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2- SARS CoV-2) ilk olarak 2019 yılı sonunda Çin'de ortaya çıkmış ve sonrasında tüm Dünya'da hızla yayılmış çift sarmallı RNA virüsüdür. Yüze-yindeki spike glikoproteinleri (S proteinleri) sayesinde anjiyotensin dönüştürücü enzim-2'ye (ACE-2) bağlanarak insan hücrelerini (akciğer, alveol, kardiyak miyozit, vasküler endotel hücreleri ile immün sistem hücrelerin bir kısmı) enfekte etmektedir.

Pandeminin erken dönemlerinde ilk veriler çocuklarda hastalık belirtilerinin erişkinlere göre daha hafif seyrettiği yönünde olup, çocuklarda %2-6 oranında şiddetli hastalık yaptığı bildirilmiştir. Ancak Nisan ayından itibaren İngiltere, İtalya, Amerika Birleşik Devletleri ve diğer ülkelerde çocuklarda **COVID-19 ile bağlantılı** şiddetli sistemik hiperinflamasyon ve şok vakaları bildirildi. Bu vakaların sayıca artması ile birlikte Kawasaki Hastalığı, Toksik şok sendromu ve Makrofaj aktivasyon sendromu / Hemofagositik lenfositosis'ten ayrı bir klinik tablo olduğu anlaşıldı ve "SAR-CoV-indüklediği Kawasaki benzeri Hiperinflamatuvar Sendrom" olarak adlandırıldı. Daha sonra bu sendrom Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Hastalıkları Kontrol ve Önleme Merkezi (CDC) tarafından "**Çocuklarda Multi-sistemik İnflamatuvar Sendrom (MIS-C)**" olarak adlandırıldı.

CDC ve WHO'ne göre tanı kriterleri oluşturulmuş olup her iki tanım da "ateşin ve laboratuvarında inflamasyon bulgularının varlığını, alternatif tanımlar olmaksızın çoklu organ tutulumunu, ayrıca COVID-19 enfeksiyonunun kanıtı veya bir COVID-19 vakası ile yakın zamanda temas etmeyi" içermektedir. Ateşin süresi, hastanın yaşı ve organ tutulumu için kriterler tanımlar arasında değişiklik gösterir.

Olgu bildirimlerinde MIS-C ile Kawasaki Hastalığı arasında patofizyolojik olarak benzerlikler bulunmakta, ancak MIS-C'deki kardiyak bulgular Kawasaki Hastalığından farklılıklar göstermektedir. MIS-C hastalarında koroner arter anormalliklerinin aksine **kardiyak disfonksiyon** (aritmi, ventriküler disfonksiyon) ve **hipotansiyon** ön plandadır.

182 MIS-C olgusunu içine alan bir meta-analizde olguların %67'sinin inotrop, %33 oranında entübasyon gerektirdiği ve olguların %74'ünde pediatrik yoğun bakım ihtiyacının olduğu bildirilmiştir. Sadece 1 olguda mortalite bildirilmiştir. 783 olgudan oluşan geniş bir MIS-C serisinde ise yoğun bakım ihtiyacı %68 olarak bildirilmiştir.

MIS-C olguları, vazoaktif inotrop ilaç ihtiyacı ve dozu, solunum desteği gerekliliği ve derecesi ile organ hasarı bulgusu-ciddiyetine göre klinik ağırlık olarak sınıflandırılmaktadır. Buna göre vazoaktif ilaç gereksinimi olmayan, minimal solunum desteği ihtiyacı olanlar ve minimal organ hasarı bulgusu olan olgular "**hafif dereceli MIS-C**" olarak sınıflandırılmaktadır. Vazoaktif inotrop skoru < 10 olan olgular, önemli derecede oksijen ihtiyacı olan olgular ve hafif ya da izole organ hasarı bulunan olgular ise "**orta dereceli MIS-C**" olarak tanımlanmaktadır. Vazoaktif inotrop skoru > 10 olan olgular, non-invaziv ya da invaziv solunum desteği gerektiren olgular ve orta ya da ciddi ventriküler disfonksiyonu içine alan orta yada ciddi organ hasarı olan olgular ise "**ağır MIS-C**" olarak tanımlanır. Yapılan bir çalışmada MIS-C tanısı alan 171 olgunun %55.6'sının kritik hastalığa sahip olduğu bildirilmiştir.

MIS-C olguları, MIS-C dışı COVID-19 olgularından klinik özellikler ve risk grupları açısından bazı farklılıklar göstermektedir. MIS-C olgularını daha çok 2-12 yaş çocuk hastalar oluştururken, MIS-C dışı COVID-19 olguları daha çok adolesan dönem olgulardan oluşmaktadır. Altta yatan komorbid faktörler ve sayısı MIS-C dışı COVID-19 için önemli bir risk faktörüdür. Olguların yaklaşık %62'sinde en az bir komorbidite faktörü bulunmaktadır. Ancak MIS-C olgularındaki olguların ise ancak %33'lük kısmında komorbiditenin eşlik ettiği bildirilmektedir. Komorbidite varlığı ile MIS-C ağırlığı arasında

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

ilişki yok iken, MIS-C dışı COVID-19 olgularında 2 ya da daha fazla komorbidite varlığının kritik hastalık riskini yaklaşık 3 kat arttırdığı bildirilmiştir. Yüksek yaş ve ferritin düzeyinin yüksek olmasının MIS-C olgularının ağırlığını arttırdığı bildirilmiştir.

Yoğun bakım gerekliliği olan MIS-C olgularının %62'si oksijen desteği gerektirmektedir. Yoğun bakım gerekliliği olan MIS-C olgularından inotrop destek gereksinimi %42.6 iken MIS-C dışı olgularda ise bu oran %10 dolaylarındadır. Yani kardiyovasküler destek MIS-C olgularında anlamlı düzeyde daha yüksektir. MIS-C olgularının, MIS-C dışı COVID-19 olgularına göre akut böbrek hasarı, septik şok ve miyokardit insidansının yüksek olması bir diğer klinik farklılığıdır. MIS-C olgularında mortalite hastaların klinik ciddiyetlerine göre değişmekte olup literatürde % 0 ile % 4 arasında değişmektedir.

MIS-C olgularında yoğun bakım desteğinin en önemli nedenini kardiyak disfonksiyon (sol ventrikül yetmezliği) ve şok oluşturmaktadır. Sol ventrikül yetmezliği dışında koroner arter anevrizması/vaskuliti, kapak yetmezliği/valvulit ve aritmiler MIS-C'nin diğer kardiyak etkilenim tipleridir. Sol ventrikül yetmezliği ve şok bulgusu olan olgularda inotrop ve vazoaaktif ajanlar (adrenalin, dobutamin, milrinon) tercih edilmektedir.

MIS-C olgularında şok her zaman kardiyak kontraktilite bozukluğu anlamına gelmez. Olguların bir kısmında hiperinflamasyona bağlı vazopleji ve damar direncinde azalma hipotansiyona yol açmaktadır. Bu durum bir "toksik şok sendromu" tablosundaki vazopleji ve hipotansiyon kliniği ile oldukça benzerdir. Bu tabloda agresif sıvı resüsitasyonu ile birlikte öncelikli ajan olarak noradrenalin tercih edilmelidir. İnotrop tedavinin yetersiz kaldığı dirençli şok olgularında "Ekstrakorporeyal membran oksijenizasyonu" uygulaması hayat kurtarıcı olabilir.

MIS-C olgularında, hipovolemi, düşük kardiyak kontraktilite, vaskülitik tutulum veya immun aracılıklı inflamasyon nedeniyle akut böbrek hasarı gelişebilmektedir. MIS-C olgularında başvuruda akut böbrek hasarlanması insidansı %15-42 arasında değişmektedir. Vücut kitle indeksinin yüksek olması, ferritin yüksekliği, C-reaktif protein yüksekliği, vazopresör kullanımı ve mekanik ventilatör desteği gereksinimi risk faktörleri olarak tanımlanmıştır. Bu risk faktörleri içerisinde yalnızca ferritin yüksekliği akut böbrek yetmezliğinde bağımsız bir risk faktörü olarak tanımlanmıştır. Akut böbrek yetmezliği gelişen olguların küçük bir bölümünde renal replasman tedavisi ihtiyacı olmaktadır.

Ağır MIS-C olgularında terapötik plazma değişimi etkinliği kanıtlanmamış ekstrakorporeyal tedavi yöntemlerinden birisidir. Sol ventrikül ejeksiyon fraksiyonunda artışa yol açtığını bildiren yayınlar bulunmaktadır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Endometriozis Medikal Tedavisi

Prof. Dr. Cihangir Mutlu ERCAN

S.B.Ü., Gülhane Tıp Fakültesi, Gülhane E.A.H., Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Etlik, Ankara

Endometriozis, endometriotik gland ve stromanın uterin kavite dışında varlığı ile tanımlanır. Endometriotik lezyonların yerleşim yerleri sıklıkla pelvik periton, yumurtalıklar ve uterosakral bağlarda, rektovajinal septumda ve veziko-uterin kıvrımda ve daha nadiren bağırsak, diyafram, göbek, perikard ve plevrada bulunduğu bildirilmiştir. Endometriozis bazı kadınlarda asemptomatik seyrederken, birçok olguda ağrı semptomlarına; dismenore, derin disparoni, menstruasyon dışı pelvik ağrı, diskezya ve infertiliteye neden olabilir. Pelvik ağrı, endometriozisli kadınların en yaygın ve bezdirici şikayetleri olup, hastaların yaşam kalitesini, cinsel işlevleri, çalışma verimliliği ve sosyal yaşamlarını olumsuz etkiler. Endometriotik odakların cerrahi eksizyonu ağrı semptomlarını önemli ölçüde iyileştirdiği gösterilmiştir; ancak komplikasyon risklerini de beraberinde taşır. Ayrıca, cerrahi sonrası ağrı semptomlarının nüks oranı hiç ihmal edilebilir düzeyde değildir. Diğer taraftan fertilitate beklentisi olan kadınlarda özellikle over cerrahisi kısıtlı rezervinin hasar görme riskini beraberinde taşır. Bu nedenle, endometriozis hastalığının yönetiminde medikal tedavi uygulamaları hastalığın uzun süreli baskılanmasında önemli basamaktır.

Endometriozis tedavisinde kullanılan mevcut hormonal tedavilerin endometriozise bağlı infertiliteyi iyileştirmede hiçbir rolü yoktur ve sadece ağrı semptomlarını hafifletmeyi amaçlar. Bu bağlamda, hormonal tedaviler her ne kadar endometriozis ilişkili ağrı semptomlarını baskılasa da, kronik karakterli ve ilerleyici olan bu hastalığı yazık ki, kesin olarak iyileştiremez. Sonuçta, hastalar yan etkileri veya gebe kalma arzusuyla hormonal tedaviyi bıraktıklarında ağrı genellikle tekrarlayıcıdır.

Estradiol (E2), endometriozisin hastalığının patogenezinde önemli olduğu gibi süpresyonu da endometriozis ile ilişkili ağrıyla mücadelede hormonal medikal tedavinin en temel stratejisidir. Bu maksatla uygulanan hormonal tedaviler, follikülogenezin ve esasen ovulasyonun baskılanmasını ve dolayısıyla hastalarda hipoöstrojenik bir durumu indükleyerek etki gösterirler.

Endometriozis tıbbi tedavi seçenekleri arasında steroid olmayan analjezikler, hormonal kontraseptifler, progesteronlar, gonadotropin serbestleştirici hormon analogları (GnRH_a) ve aromataz inhibitörleri (AI) bulunur. Bir tedaviyi veya tedavi kombinasyonunu diğerine kıyasla destekleyen hiçbir veri olmadığından, tedavi seçimi semptom şiddetine, hasta tercihlerine, ilaç yan etkilerine, tedavi etkinliğine, kontraseptif ihtiyaçlara, maliyetlere ve tedaviye erişilebilirliğine bağlıdır. Endometriozis ilişkili ağrı tedavisinde kullanılacak birinci basamak hormonal tedaviler; kombine oral kontraseptifler (KOK'ler) ve progestinlerdir. Ancak yine de, hastaların ortalama dörtte birinde bu tedavilere rağmen yanıt alınmadığı bilinmelidir.

Mevcut kılavuzlar, GnRH_a veya aromataz inhibitörlerini (AI) içeren ikinci basamak hormonal tedavileri uygulamaya geçmeden önce endometriozisli kadınların doğru bir teşhis çalışmasını önermektedir. GnRH_a tedavisine birinci basamak tedavilerin etkisiz olduğu veya tolere edilemediği veya kontrendike olduğu durumlarda geçilmelidir. AI'leri halen araştırma amacıyla, diğer tedavilere yanıt alınamamış dirençli hastalarda KOK'ler, NETA ile kombine edilerek kullanılabilir ilaçlardır. Tüm bu tedavilerin hipoöstrojenik tablo ile ilişkili uzun dönem kullanımlarında başta osteoporoz olmak üzere önemli yan etkileri olabileceği de akılda tutulmalıdır. Günümüzde, endometriozis tedavisinde yeni ilaçlar geliştirmeye yönelik araştırmalar hız kazanmıştır. Bu ilaçlar arasında, gonadotropin salgılatıcı hormon antagonistleri (GnRHant), en umut vaat edici oral kullanılabilen ilaç olarak ön plana çıkmıştır.

Endometriozis ilişkili infertilite tedavisi farklı bir konu başlığı olduğundan konuşmamızda, özellikle yüzeysel ve derin infiltratif endometriozis ilişkili pelvik ağrı hormonal süpresyonu ve bu tedavilerin etkinlikleri üzerinde duracağız.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Yeni Jenerasyon Sadece Progesterin İçeren Hapları Nasıl Kullanalım

Prof. Dr. Nafiye YILMAZ

Ankara Şehir Hastanesi

Sadece Progesterin İçeren Kontrasepsiyon Yöntemleri

- ✓ Oral formlar- sadece progesterin içeren haplar (POP)
- ✓ Enjeksiyon
- ✓ İmplantlar
- ✓ Progesterin içeren intrauterin sistemler
- ✓ Sadece progesterin içeren ertesi gün hapları

Yeni Jenerasyon POP

- ✓ **Desogestrel** 75mcg POP (Desirett®, Cerazette®) sürekli kullanım (28 gün)
- ✓ **Drospirenon** POP (Slynd 4mg/g)
 - (24 aktif hormon + 4 gün placebo)

POP Etki Mekanizması

- ✓ **Servikal mukus** hacmi ve viskozitesini değiştirerek sperm penetrasyonunu önler.
- ✓ **Endometrium** yapısını değiştirerek implantasyonu engeller
- ✓ Normal **luteal** aktiviteyi bozar
- ✓ **Tubal** siler aktiviteyi bozar, oosit transportu bozulur
- ✓ **Ovulasyon inhibisyon oranı :**
 - Geleneksel LNG POP %60
 - **Desogestrel POP %97**
 - **Drospirenone POP %99.2**

POP Avantajları

- ✓ Geri dönüşümü
- ✓ KOK'lardaki östrojen etkisinden arınmış
- ✓ Şikâyet değişiklikleri ortadan kaldırır: Dismenore, pelvik ağrı, PMS, Hipermenore, menstrüel migren
- ✓ KOK'lara göre MI, VTE, inme riski daha düşük
- ✓ Östrojen komponenti nedeniyle KOK kullanamayan kadınlar (sigara içimi->35 yaş, diyabet, migren)
- ✓ Emziren kadınlarda kullanılabilir, emzirme, süt kalitesi, miktar ve bebek gelişimine olumsuz etkisi yok
- ✓ Endometriozis cerrahisi sonrası 6 ay Desogestrel POP kullanımı dismenore ve pelvik ağrıyı azaltır.
- ✓ Menorajiyeye bağlı aneminin düzelmesine yardımcı olur
- ✓ Sickle-cell anemide de kullanılabilir
- ✓ Endometrium Ca riskinde azalma sağlar

POP Başlama Zamanı

	POP başlama zamanı	Ek önlem	Açıklama-Öneri
Adet gören kadınlarda	Siklusun < 5. günü Siklusun > 5. günü	Gerek yok 2 gün korunma (kondom)	Siklus günlerinin takibi Şüpheli varsa gebelik testi
Adet görmeyen kadınlarda	Herhangi bir zamanda başlama	İlk 2 gün ek korunma	Gebelik testi - olmalı

POP Başlama Zamanı

	POP başlama zamanı	Ek önlem	Açıklama-Öneri
Doğumdan sonra (emziren-emzirmeyen)	İlk 21 gün içerisinde 21 günden sonra	Gerek yok 2 gün ek korunma (kondom)	Siklus günlerinin takibi Şüpheli varsa gebelik testi
1. - 2. trimester abortus sonrası	İlk 7 gün 7 günden sonra	Gerek yok 2 gün ek korunma (kondom)	Postabortal 7. gün ovulasyon olabilir, erken başla Gebelik testi - olmalı
Acil kontrasepsiyon sonrası	Acil kontrasepsiyon sonrası hemen başlanabilir (LUA hariç)	Ulipristal (ELLA) sonrası 7 (6-9) gün ek korunma ve sonra POP	Siklus günlerinin takibi Şüpheli varsa gebelik testi

II. ÜLUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

POP Kullanım

- Bir kutuda 28 tablet var, her gün aynı saatte alınmalı
- Bir kutu bitince ertesi gün 2. kutu ara vermesiz alınmalı
- Tok karına ve gece yatarken kullanım tavsiye edilebilir
- İlaç alındıktan sonraki 3 saat içerisinde kusarsa tekrar ilaç alınmalı, tekrar kusarsa 2 gün abstinens veya ek korunma
- Bir tablet farkında olunmadan 12 saat geç alındığında bile 75 mcg DSG etkinliğini korur.



POP Yan Etkileri

- ✓ Kanama paterni değişikliği
 - ✓ Akne
 - ✓ Memede hassasiyet veya büyüme
 - ✓ Mood değişikliği
 - ✓ Cinsel istekte değişiklik
 - ✓ Bulantı, kusma
 - ✓ Baş ağrısı, migren?
- DANIŞMANLIK ÖNEMLİ**

POP İrregüler Kanamada Yaklaşım

- ✓ Beklenen yan etki olduğu
- ✓ Zaman içinde azalacağı veya ortadan kalkabileceği
- ✓ Kısa süreli çözüm için irregüler kanamanın başlaması ile 800 mg ibuprofen veya 500 mg mefenamik asid 5 gün 3x1 kullanımı
- ✓ Östrojen eklenmesi



POP Kullanımında Dikkat Edilecekler

- ✓ Cinsel yolla bulaşıcı hastalıklara karşı korumaz
- ✓ İdeal kullanımda her gün aynı saatte alınmalıdır
- ✓ Bazı ilaçlar (epilepsi ilaçları, TBC için kullanılan antibiyotikler) etkinliğini azaltır
- ✓ Adet kanamalarının azalabilir, tamamen kaybolabilir veya adet arasında lekelenmeleriniz olabilir bilgisi mutlaka verilmelidir

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya



Yöntem	Sağlıklı kadınlarda	Klinik durumu olan kadınlarda	Açıklama
Kondom	1	1	

Yöntem	Sağlıklı kadınlarda	Klinik durumu olan kadınlarda	Açıklama
Kondom	1	1	

Yöntem	Sağlıklı kadınlarda	Klinik durumu olan kadınlarda	Açıklama
Kondom	1	1	

Yöntem	Sağlıklı kadınlarda	Klinik durumu olan kadınlarda	Açıklama
Kondom	1	1	

Yöntem	Sağlıklı kadınlarda	Klinik durumu olan kadınlarda	Açıklama
Kondom	1	1	

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. Another blue-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.

A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. A yellow-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.

A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. A blue-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.


A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. A yellow-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.

A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. A yellow-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.


A screenshot of a medical record page. A blue arrow points to a blue-bordered box containing text. A yellow-bordered box highlights a table with columns for patient information and medical history.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ


21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya




KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3




KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3




KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3



KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3



KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3



KADINLARIN DOĞUM ÖZELLİKLERİNE İLİŞKİN BULGULARIN ÖZETİ	
Özellik	Oran (%)
Yaş ortalaması	28,5
Yaş aralığı	15-45
Yaş ortalaması (15-20 yaş)	18,2
Yaş ortalaması (21-30 yaş)	25,3
Yaş ortalaması (31-40 yaş)	32,1
Yaş ortalaması (41-50 yaş)	40,5
Yaş ortalaması (51-60 yaş)	50,2
Yaş ortalaması (61-70 yaş)	60,8
Yaş ortalaması (71-80 yaş)	70,4
Yaş ortalaması (81-90 yaş)	80,1
Yaş ortalaması (91-100 yaş)	90,3

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

The image shows a screenshot of the FSRH (Faculty of Sexual and Reproductive Healthcare) website. The main heading is 'FSRH Guidelines - Contraception After Pregnancy'. Below the heading, there are several sections of text and tables, likely detailing the guidelines for contraceptive use after pregnancy. The text is in Turkish and includes information about the effectiveness of different contraceptive methods and the importance of counseling.

Sadece Progesterin İçeren Haplarla İlgili Sağlık Bakanlığı Uygulamaları



Özellikle son 2 yıldır tüm Dünyada COVID-19 pandemisi nedeniyle ülkelerin sağlık sistemlerinin yükü, odak noktası, insan gücü ve finansal kaynakları dahil büyük oranda bu hastalıkla ilgili tanı ve tedavi hizmetlerine yönelmiştir. Bu durum diğer sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sürdürülmesini güçleştirir. Bununla birlikte, salgınlar sırasında insanların üreme sağlığı gibi gereksinimleri devam etmektedir. İhtiyaca yönelik olarak, sağlık sisteminin hizmet sunumunun yeniden düzenlenmesi gerekir. Bu nedenle etkili doğum kontrolü ile istenmeyen gebeliklerin önlenmesinin yanı sıra, güvenli olmayan düşük ile ilişkili olumsuz sağlık sonuçları da önlenerek, COVID-19 nedeniyle zaten yoğun çalışan sağlık sistemleri üzerindeki gereksiz yük hafifletilebilir.

Özellikle bu ayaktan kontraseptif yöntem seçilken elası komplikasyonlar göz önünde bulundurulmalıdır. Yalnızca progesterin içeren yöntemler bir östrojen bileşeni olmadıgından ve östrojene atfedilebilen komplikasyonlar daha az olacağından, her yaşta, tromboz riskini arttırmadan, ovulasyonu inhibe ederek, amenorenin içinde olduğu çok az yan etki ile kullanılabilir.



Teşekkürler

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

COVID-19 Pandemisinde Çocukların Ağır Etkilendiği Klinik Bir Tablo: Çocukluk Çağının Çoklu Enflamatuvar Sendromu (MIS-C)

Prof. Dr. Özgür KASAPÇOPUR

Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

Pandeminin ilk günlerinde toplanan veriler; ateş, kuru öksürük, yorgunluk ve miyaljinin koronavirüs hastalığının (COVID-19) en yaygın semptomları olduğunu ortaya koysa da akut solunum sendromu (ARDS) gibi ciddi komplikasyonlar hatta ölüm de bildirilmiştir. Yetişkinlerin aksine, çocukların virüse yakalanma olasılığının düşük olduğu ve asemptomatik veya hafif bir hastalık seyri geçirmesinin olası olduğu düşünülmekte idi. Bu nedenle pandemi sırasında pediatrik popülasyonun avantajlı bir konumda olduğu değerlendirilmekte idi.

Ancak Nisan 2020'de, İngiltere'den SARS-CoV-2'ye bağlı ateş, konjunktivit, periferik ödem gibi Kawasaki benzeri semptomları ve ishal, kusma ve karın ağrısı gibi gastrointestinal semptomları olan sekiz çocuk bildirildi. Bu hastaların tümünde dirençli şok gelişirken, belirgin pulmoner tutulumları yoktu.

İngiltere'yi izleyerek, diğer birçok ülkeden, SARS-CoV-2'nin indüklediği toksik şok sendromuna (TSS), makrofaj aktivasyon sendromuna (MAS) / hemofagositik lenfositik lenfositosis (HLH) ve Kawasaki hastalığına (KD) benzeyen hiperinflamatuvar durumları olan çocuklar bildirilmiştir.

Artan sayıda kanıt SARS-CoV-2'nin neden olduğu bu hiperinflamatuvar durumun benzersiz bir hastalık olduğunu öne sürdü ve "Hastalıkları önleme ve kontrol etme merkezi (CDC)" tarafından "Çocukluk çağının çoklu enflamatuvar sendromu (MIS-C)" olarak adlandırıldı. Bu nedenle, çocukların virüse karşı daha önce düşünüldüğünden daha fazla savunmasız olabileceği konusunda yeni endişeler ortaya çıkmıştır.

SARS-CoV-2'nin, üzerine bulunan S glikoproteinlerinin böbrek, akciğer, kalp ve bağırsak gibi birçok organın hücrelerinde bulunan ACE2'ye bağlanarak insan hücrelerini enfekte ettiği daha önce gösterildi. Ancak MIS-C'te organ hasarına ait bulguların nasıl geliştiği konusu henüz tam olarak aydınlatılmadı. Güncel veriler patogenezin temelde antijen-antikor kompleksinin indüklediği bir hiperinflamatuvar tablo olduğunu öne sürmektedir.

Tüm dünyadan bildirilen birçok olguda KH benzeri bulgular gözlemlendiğinden ve sepsis ekarte edilemediğinden geniş spektrumlu antibiyotik, intravenöz immünglobulin (IVIG) ve asetil salisilik asit başlanmıştı ve prognoz genellikle çok iyiydi. MIS-C'in ağır bir hiperenflamatuvar yanıt olduğu anlaşıldığından olgulara güçlü antienflamatuvar etkinliği bilinen steroid de verildi. Güncel tedavi kılavuzlarında tüm hastalara ilk basamakta IVIG verilmesi, şok bulguları varlığında veya IVIG'e yanıtızlık durumunda ise metilprednizolon verilmesi önerilmektedir. Uygun dozda IVIG ve 1-2 mg/kg dozundaki metilprednizolona yanıtızlık durumunda ise yüksek doz metilprednizolon veya anakinra verilmesi tavsiye edilmektedir. Ayrıca MIS-C olgularında artmış sayıda tromboembolik fenomenler de bildirildiği için trombositopenisi olanlar (<80 000/mm³) ve aktif kanaması olanlar hariç bütün MIS-C tanısı almış olgulara antiagregan dozda (3-5 mg/kg/gün) asetilsalisilik asit başlanması gerektiği bildirilmiştir.

Ancak bu yeni hastalık hakkındaki verilerimiz son derece kısıtlıdır. Özellikle tanı ve tedavisinin planlanması ve uzun dönem etkilerinin gözlemlenmesi konularında daha fazla sayıda çalışmaya ihtiyaç vardır.

Kaynaklar:

- 1- Haslak F, Yıldız M, Adrovic A, Şahin S, Barut K, Kasapçopur Ö. A recently explored aspect of the iceberg named COVID-19: multisystem inflammatory syndrome in children (MIS-C). Turk Arch Pediatr. 2021 Jan 1;56(1):3-9.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- 2- Haslak F, Barut K, Durak C, Aliyeva A, Yildiz M, Guliyeva V, Varol SE, Cebeci SO, Aygun F, Varli YZ, Ozel A, Onan SH, Kocoglu U, Erol M, Karagozlu F, Ulug N, Dedeoglu R, Sahin S, Adrovic A, Oztunc F, Kasapcopur O. Clinical features and outcomes of 76 patients with COVID-19-related multi-system inflammatory syndrome in children. Clin Rheumatol. 2021 Oct;40(10):4167-4178.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

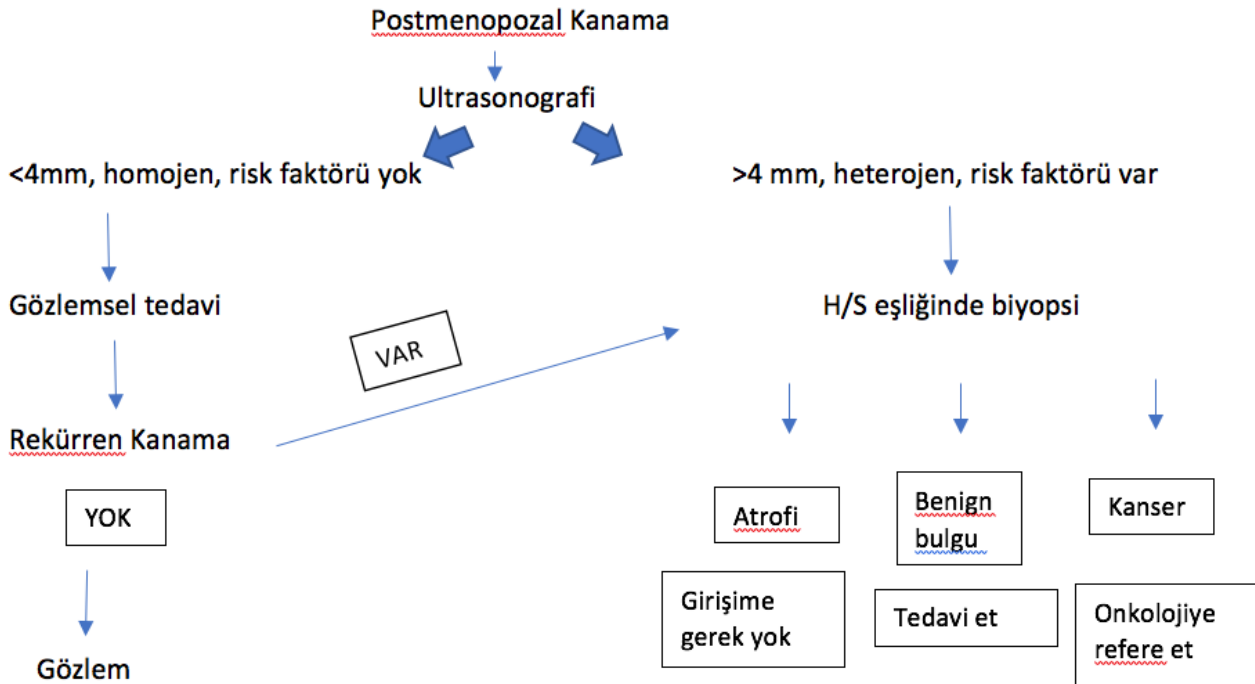
21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Postmenopozal Kanama Algoritması

Prof. Dr. Özlem EVLİYAĞLU BOZKURT

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Postmenopozal kanama sıkça rastlanan jinekolojik bir problemdir. Kanamaların %10 kadarı kanser veya premalign lezyonlar nedeniyledir. Prevalans menopoz süresine göre değişmektedir. Postmenopozal kanamaların çoğu endometrial atrofi, endometrial polip gibi benign nedenlerle olurken, %4-24 maligniteye bağlıdır. Her postmenopozal kanama ayrıntılı değerlendirme gerektirir. Detaylı bir öykü ve pelvik muayene değerlendirilmede ilk basamaktır. Muayenede eksternal ve internal genital organlar, spekulum muayenesinde vajinal mukoza ve serviks değerlendirilir. Servikal sitoloji alınması önerilir. Bimanuel muayene sonrası transvajinal ultrasonografi görüntülemeye 1. basamaktır. Endometrial kalınlık sagittal kesitte ölçülen maksimum boyuttur. Postmenopozal kadınlarda normal kalınlık cut-off değerinin ne olduğu konusunda bir konsensus yoktur. Birçok bilimsel çalışma <4 mm endometrial kalınlık değerinin endometrium kanseri açısından negatif prediktif değerinin >%99 olduğunu göstermektedir. Endometrial kalınlık cut-off azaldıkça endometrium kanser açısından sensitivite artmaktadır. Salin İnfüzyon Sonografisi ve 3D Ultrasonografi postmenopozal kanamaya yaklaşımda kullanılabilen diğer tanı yöntemleridir. Endometrial örnekleme geçmişte ilk başvuru tanı yöntemi iken körlemesine alınan biyopsinin yanlış negatif sonuçlara neden olabileceği unutulmamalıdır. Histeroskopi eşliğinde alınan biyopsi ise hem tanı hem de tedavi aracı olması nedeniyle intrauterin patolojilerde körlemesine yapılan endometrial örnekleme, D/C ve ultrasonografiye üstündür.



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Erken Anomali Taraması (11-14 G.H.)

Uzm. Dr. Pınar KUMRU

Zeynep Kamil Kadın Ve Çocuk Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Günümüzde imkan varsa ve erişim mümkünse rutin ultrasonografi muayenesi doğum öncesi bakımın bir parçası haline gelmiştir. Son 20-30 yıldır 19-22 hafta fetal anotomi taraması gebelik bakımında standart kesitlerle sistematik tarama protokolü ile uygulanmaktadır. Günümüzde teknolojiye gelişmeler, özellikle de yüksek rezolüsyonlu cihazlar ve yüksek frekanslı transvajinal ultrasonografi ile transabdominal ultrasonografinin kombine kullanımı ile fetusun gelişiminin ve anatomisinin daha erken haftalarda detaylı bir şekilde muayenesi imkan sağlamıştır. Öncelikle birinci Trimester ultrasonografisi fetal viabilite ve daiting için kullanılmış. Daha sonra 1990'lı yıllardan itibaren 1. trimester anöploidi taraması sırasında NT kalınlığı ölçümü ile Trizomi 21 ilişkisi değerlendirilmiş. Günümüzde gelişen teknoloji ve konuya artan ilgi ile artık erken anatomik tarama prenatal bakımın önemli bir parçası haline gelmeye başlamıştır.

Birinci trimesterde fetal anomali rutin muayenesi sırasında NT ölçerken, NT kalınlaşması nedeni ile anatomik tarama sırasında veya fetal malformasyon için yüksek risk taşıyan gebelerin fetüslerine anatomik tarama sırasında tespit edilebilir. Düşük riskli gebe kohortlarında tüm fetal yapısal anomalileri saptanması duyarlılığı yapılan çalışmalarda %11.54-%65.7 arasında değiştiğini göstermiştir. Bu geniş aralık, 1.trimester anomali taraması sırasında standart bir anatomik protokolün kullanılmamasına bağlanmıştır.

11-14 GH. Fetal Yapısal Anomali Taraması- Avantaj

- ✓ Tek kesitte fetüsün tamamını görebiliyoruz
- ✓ Kemik ossifikasyonu azdır
- ✓ Fetal mobilite çok iyi- farklı açılardan kesitler elde edebiliriz
- ✓ Yüksek rezolüsyonlu transvajinal probalar ile organlara çok yakından bakış sağlanır
- ✓ Majör anomalilerin ve ciddi yapısal anomalilerin erken tanısı
- ✓ Daha erken genetik tanı ve
- ✓ Uygun konsültasyon için yeterli zaman
- ✓ Daha erken gebelik terminasyonu imkanı sağlanmaktadır.

11-14 GH. Fetal Yapısal Anomali Taraması – kısıtlılıklar

1- Maternal kısıtlılıklar

- ✓ Obezite
- ✓ Abdominal operasyonlar
- ✓ Uterin myomlar
- ✓ Geçici kontraksiyon hali

2- Anomalilerin indirekt bulguları genelde 2. Tm'de ortaya çıkar (ASB'da lemon ve banana sign-genelde 2. trim de ortaya

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

çkar)

3- Malformasyonların gelişimsel natürü (over kistleri, CCA, ekojenik akc kistleri vb.)

Birinci trimester taramasının etkin uygulanabilmesi bazı koşullara bağlıdır.

Fetüse bağlı

- ✓ Organlar henüz küçüktür
- ✓ Anomalilerin büyük kısmının sonografik bulguları 2. tm'de ortaya çıkar.

Operatöre bağlı

- ✓ 1. ve 2. trimester USG değerlendirme konusunda tecrübeli olmak
- ✓ Değişen fetal pozisyona hızlı adapte olabilmek,
- ✓ Fetal gelişimi anlayabilmek (embriyolojik bilgi), Gebeliğin ilk trimesterinde tarama yapılırken embriyonun ve fetüsün normal gelişimine aşına olmak önemlidir. Bazı yapıların varlığı veya yokluğu, gebelik yaşına bağlı olarak normal veya anormal olabilir.
- ✓ Sistematik değerlendirme yapma alışkanlığı olmalıdır

Kullanılan USG cihazına bağlı

- ✓ Yüksek görüntü rezolüsyona sahip cihazlar ile çalışmak
- ✓ Transabdominal ve transvajinal ultrasonografiyi kombine edebilmek ve
- ✓ 2D, 3D ve Doppler ultrasonografiyi kombine edebilmek

Standart 1. Trimester fetal anomali taramasında ISUOG 2013 Kılavuzunda ve ulusal kadın doğum derneklerimizde önerdiği değerlendirilmesi gereken fetal yapılar aşağıda sunulmuştur. Günümüzde ise bu değerlendirmeler daha fazla fetal anomaliyi erken yakalamak için geliştirilmektedir.

Mutlaka bakılması gerekenler	Opsiyonel
Kafa: Şekil Ossifikasyon Falks serebri Koroid pleksuslarla dolu lateral ventriküller	NT Orbitalar Yüz: Profil Nazal kemik Maksilla-mandibula Dudaklar
Toraks: Simetrik akciğerler Efüzyon yok, duvar bütünlüğü Kardiyak aktivite pozitif	Vertebral kolon-aksial Vertebral kolon Sagittal-cilt
Batın: Mide cebi Kord giriş yeri Batın duvarı bütünlüğü	Kalp dört kadran Mesane Böbrekler
Ekstremiteler: 4 ekstremita ve 3 segment	El ve ayak yapısı- duruşu Kordon 3 damar
Plasenta yapısı	

ISUOG Practice Guidelines, Ultrasound Obstet Gynecol 2013

Sngelaki ve arkadaşları 2011 yılında 11-13 gebelik haftasında rutin ultrasonografik muayene sırasında non kromozomal fetal anomali teşhisini değerlendirdikleri araştırmada, fetal anomalileri; her zaman saptanabilir, hiçbir zaman saptana-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

maz veya bazen saptanabilir olarak üç kategoride değerlendirmişlerdir. Ve günümüzde özellikle tanı koyulabilir grupta yeni hedef ultrasonografik bulgular ve ek görüntüleme kesitleri ile ciddi gelişmeler kaydedilmiştir.

Tanı koyulması gerekenler	Tanı koyulabilirler	Tanı koyulamayanlar
<ul style="list-style-type: none">AnensefaliAlobar holoprozensefaliBody-stalk anomaliOmfaloseleGastroşizisEktopia cordisMegasistisMolar plasentaHidrops	<ul style="list-style-type: none">Spina bifidaEnsefaloseleKardiyak anomalilerİskelet sistemi anomalileriDiyafragma hernisiPosterior fossa anomalileri	<ul style="list-style-type: none">Fetal tümörlerEkojenik akciğerGastrointestinal obstrüksiyonlarCiddi hidronefrozCCAVentrikülomegaliMikrosefaliDandy-WalkerSchizencephalySulkus-Gyrus anomalileri

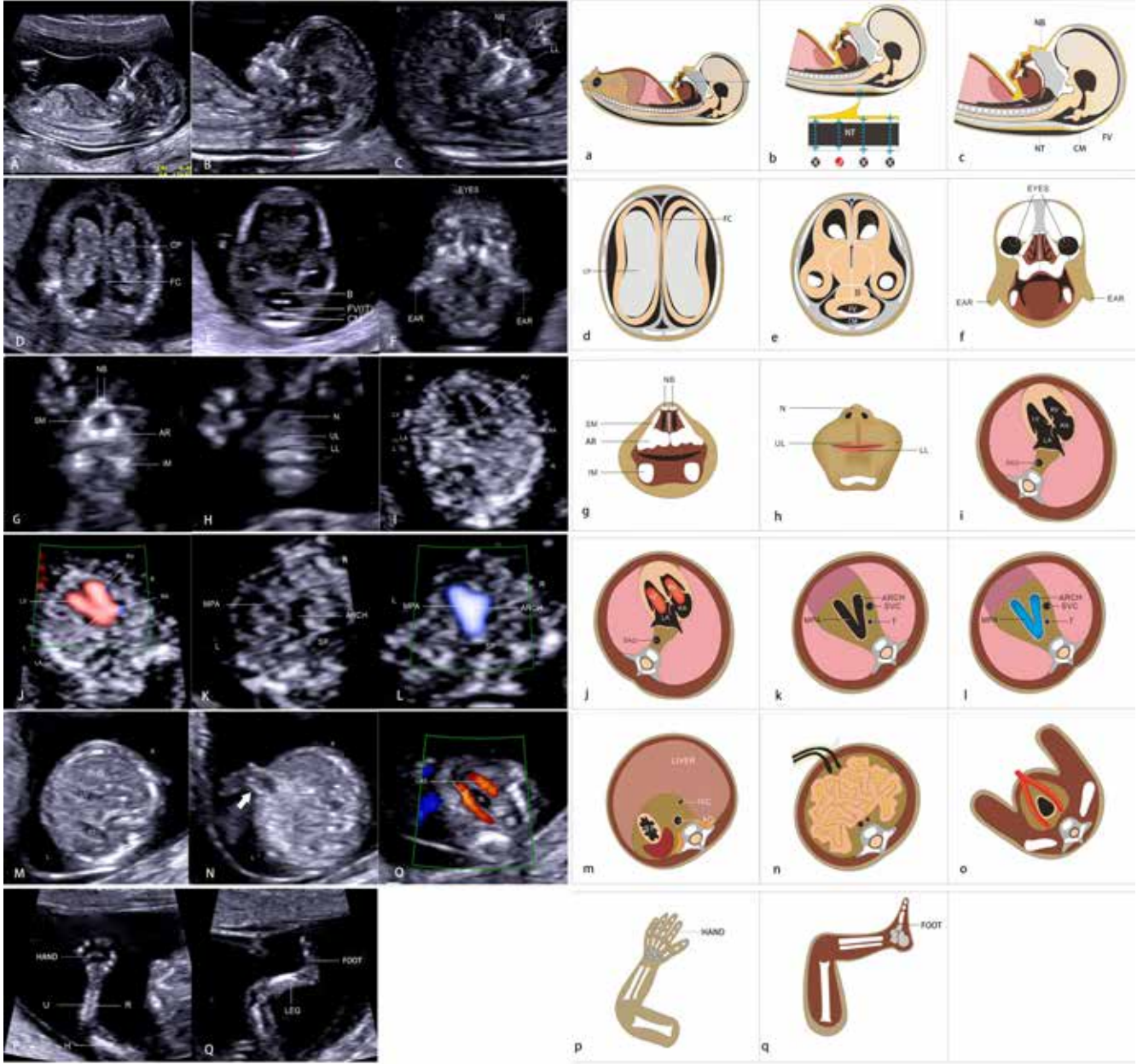
Son yıllarda 2. Trimesterde olduğu gibi 1. Trimesterde de standardize anatomik kesit protokolü kullanılarak yapılan ilk trimester ultrason taraması ile fetal anomalilerin erken dönemde tanınmasında önemli gelişmeler olmuştur. Yimei Liao ve arkadaşları 53.349 seçilmemiş gebe 11-13+6 haftalarda retrospektif olarak (2008-2015) standart görünüm için önceden tanımlanmış bir protokol ile değerlendirilmiş. Katılımcılarda %3'de (1578) en az 1 fetal yapısal anomali tespit edilmiş. Rutin 1. trimester taramasında tüm anomalilerin %43.1 (%95 CI, %40.6-%45.5) tespit edilmiş. Karın Duvarı Defektlerinin %95,6'sı, Sinir Sistemi Kusurlarının %66,3'ü, İskelet Malformasyonlarının %33,8'i, Yüz Anormalliklerinin %30,8'i, Ürogenital Anormalliklerin %21,2'si, Göğüs Ve Akciğer Anormalliklerinin %18,4'ü ve Gastrointestinal Sistem Anormalliklerinin %4.1'i tespit edilmiş. İlk trimesterde, Kalp Anomalilerinin %37.7'si, (Majör Kalp anomalilerinin %57.9'u* Ve Minör Kalp anomalilerinin %2.6'sı tespit edilmiş.

Fetüsleri değerlendirirken aşağıdaki **14 standart ultrasonografik kesit** kullanılmıştır.

1. Fetüsün midsagittal görünümü (Şekil1 A ve a),
2. Yüz ve boyun midsagittal görünümü (Resim1 B, C, b, c),
3. Ttransventriküler düzlem (Şekil1 D ve d),
4. Posterior fossanın aksenal düzlemi (Şekil1 E ve e),
5. Orbitalar ve kulaklar seviyesinde eğik koronal düzlem (Şekil1 F ve f),
6. Retronazal üçgenin koronal düzlemi (Şekil1 G ve g),
7. Burun ve dudakların koronal düzlemi (Şekil1 H ve h),
8. Kalbin dört odacık görüntüsü(4C)(Şekil1 I, J, i, j),
9. Kalbin üç damarlı trakea görüntüsü(3VT)(Resim1 K, L, k, l),
10. Üst karın aksenal düzlemi (Şekil1 M ve m),
11. Kordonun değerlendirildiği aksenal düzlemi (Şekil1 N ve n),
12. Mesanenin aksenal düzlemi(Şekil1 O ve o),
13. Üst ekstremitelerin koronal/sagittal bölümleri(Şekil1 P ve p),
14. Alt ekstremitelerin koronal/sagittal bölümleri(Şekil1 Q ve q).

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya



Yimei Liao, Routine first-trimester ultrasound screening using a standardized anatomical protocol. *Am J Obstet Gynecol.* 2021 Apr;224(4):396.e1-396.e15. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.10.037

Sonuç olarak, rutin birinci trimester ultrason taraması yapılırken standart bir anatomik protokol kullanılması ilk trimesterde fetal anomalilerin tanısını arttırmaktadır. Fakat hala bazı anomalilerin tanısının konamayacağı bilinci ile ikinci ve üçüncü trimesterde fetüsü ek anatomik kesitlerde değerlendirmek çok kıymetlidir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

BESLENME BOZUKLUĞU KARŞISINDA ÇOCUK HEKİMİ

Prof. Dr. Reha ARTAN

Akdeniz Ü. Tıp F. Çocuk Gastroenteroloji , Antalya

Beslenme, merkezi ve periferik sinir sistemleri, orofaringeal mekanizma, kardiyopulmoner sistem ve gastrointestinal sistemin, kraniyofasiyal yapılar ve kas-iskelet sistemi desteğiyle etkileşimini gerektiren karmaşık bir süreçtir.

Besinlerin alımının kısa dönem kontrolü gastrointestinal sistem (GİS), santral sinir sistemi (SSS), adrenaller ve pankreas tarafından sağlanmaktadır.

Amylin , insülinle birlikte beta hücrelerinden salgılanan, glukagon'u inhibe eden bir polipeptit hormondur.(IAPP =islet amyloid polypeptide)

GLP-1 (glucagone like peptide), pankreas alfa hücrelerinden, intestinal-L enteroendokrin hücrelerinden ve merkezi sinir sistemi hücrelerinden salgılanan peptit yapılı bir hormondur. İştah azaltıcı, mide boşalmasını yavaşlatıcı etki yapar. Preproglukagon etkilidir.

CCK (kolesistokinin =pankreatozimin) duodenumdan salgılanan peptit yapılı hormon. S.kesesi kasılması, zengin pankreatik sıvının salgılanması, sekretinin etkinliğini arttırmak, midenin boşalmasını inhibe etmek, oddi sfinkterini gevşetmek, pankreas üzerine trofik etki, ince ve kalın bağırsak motilitesini arttırmak, enterokinaz salgılanmasını uyarmak etkileri vardır

OXM (Oxyntomodulin) mide fundusundaki oksintik (fundik) hücrelerden salgılanır, anorektik bir hormondur. Glukagon ve GLP-1 reseptörlerine bağlanır.

PYY (Peptit YY), intestinal enteroendokrin hücrelerden salgılanan peptit yapılı anoreksijenik bir hormondur.

Uzun dönem besin alımının kontrolünde ise leptin, adiponektin, rezistin ve tümör nekrozis faktör (TNF)-α gibi endokrin ve parakrin faktörler salgılayan yağ dokusu rol alır.

Gastrointestinal sistem: GİS'te beslenme sonrası midenin distansiyonu gerilme reseptörlerini ve mekanoreseptörleri aktive ederek beyine doyumluk sinyalleri ulaştırır. Oreksijen (iştah açıcı) Ghrelin hormonu mideden salgılanır ve açlık hissi uyandırır. Oreksijen Ghrelin ile, Anoreksijen (iştah kesici) CCK, GLP-1 ve peptid YY; gastrointestinal sistem, endokrin sistem ve santral sinir sisteminin uyum içinde eksiksiz çalışmasına, açlık ve tokluk hissinin uyarılmasına ve hepsinden de önemlisi iştah üzerine düzenleyici etki yaparlar.

Beslenme güçlüğü sorunu olan çocukta sorunu tanımlama ve kategorize etme olanaklı olsa bile, çözüm zaman alır. Üç aydan uzun süreli beslenme bozukluklarına, kronikleşmiş denebilir.

İlk aşamada amaç; Tıbbi, gelişimsel ve psikososyal açıdan çocuk için ciddi tehditler oluşturan durumları, "**Kırmızı bayraklar**" "**alarm belirti-bulguları**" nı belirlemektir. Bunlar;

Disfaji, aspirasyon bulguları, odinofaji, kusma, ishal, büyüme-gelişme geriliği, kronik kalp-akciğer belirtileri, çoklu vitamin eksikliğidir.

Beslenme bozukluğunda tanımlama ve sınıflama;

YEMEK SEÇEN ÇOCUK, tanıdığı veya henüz tanışmadığı besinleri seçicidir. Neofobik olabilir. Genellikle sebze, baklagiller ve etleri reddeder. Çoğunlukla yiyebildiklerinden daha çok sayıda yemedikleri bulunur. Beslenme güçlüğü olan üç çocuktan ikisi böyledir. Yiyecek seçiciliği, katı yiyecekler diyete dahil edildiğinde 1-2 yaşlarında başlar ve yaklaşık 6 yaşında zirveye ulaşır. Çoğu çocuk için, okul çağında çözülen geçici bir yeme davranışdır, ancak olguların % 22 ka-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

darında devam edebilir. Otizm spektrum bozukluğu, Fragile-X sendromu veya duyu bütünleme disfonksiyonu ile ilişkili diğer bozukluklar (Spesifik besinleri seçme, bazı yiyecekleri renginden dolayı reddetme, haliya, çime basmaktan, parlak ışıklı gürültülü ortamlardan korkma) gibi nörogelişimsel bozuklukları olan çocuklarda seçiciliğin sıklığı ve şiddeti daha yüksektir. Seçici çocukların çoğu normal olarak büyür. Ancak mikro besin desteğine, özellikle D vitamini, E vitamini, kalsiyum, demir ve çinkoya ihtiyaç duyabilir. Büyüme, seçici beslenen çocukların yaklaşık %5'inde etkilenir.

İştahsızlık beslenme bozukluğu olanların dörtte birinde oluyor. Birincisi, iştah kontrolünün fizyolojik karmaşıklığı nedeniyle, özellikle inflamasyon, hormonal düzensizlik ve metabolik rahatsızlık içeren çok sayıda tıbbi durum, iştahı olumsuz etkileyebilir. İkincisi, iştahsızlık, özellikle belirli popülasyonlarda veya coğrafi bölgelerde genellikle ihmal veya gıda yoksunluğu ile ilişkilidir. Kronik olarak yetersiz alım iştahı azaltır

İLGİSİZ, İÇİNE KAPANIK ÇOCUKTA İŞTAHSIZLIK; ebeveyn ve çocuk arasındaki iletişim kuvvetli değildir. Çocuk çevreye karşı ilgisiz ve içine kapanık görünümündedir. Genellikle ihmal ve istismar bulguları eşlik edebilir. Yetersiz kalori alımı büyümenin duraklamasına neden olabilir.

HAREKETLİ ÇOCUKTA İŞTAHSIZLIK (iştahsız hareketli çocuk, infantil anoreksi, picky eater) Çocuk genellikle çevresine meraklı, oyuna ilgilidir, çok hareketlidir ama yemek yemeye ilgisini çabuk kaybeder. Yetersiz kalori alımı büyümenin duraklamasına neden olabilir. Bu grup yetersiz beslendiği halde büyüme geriliği ve bilişsel bozukluk göstermezler. Kalori açıkları belirgindir.

EBEVEYN TARAFINDAN YANLIŞ DEĞERLENDİRİLEN İŞTAHSIZLIK Gerçekte çocuğun yedikleri ve kalorisi günlük ihtiyacını karşılamasına rağmen ebeveyn tarafından çocuğun iştahsız olduğu düşünülmektedir. Çocuk genellikle ufak tefektir ancak anne baba ortalamasına göre uygun şekilde büyümektedir.

YEMEKTE KORKAN ÇOCUK En nadir görülen yeme bozukluğudur. Beslenme korkusu olan çocuklar, iştahsızlık nedeniyle değil, rahatsızlık korkusuyla yemek yemeyi reddederler. Travmatik bir deneyimden sonra katı ve bazen sıvı yemeyi aniden reddeden daha büyük çocuklarda iyi belgelenmiştir. Öfke patlamaları veya uzun süreli sessizlik dahil olmak üzere yemek reddiyle ilişkili aşırı duygusal tepkiler, uzun süreli çiğneme, ağız içinde yemeği bekletme, yemek saklama beslenme korkusu olan çocuklarda sık görülür. Bebeklerde dışlaşma farklıdır. Küçük bebekler ve çocuklar biberonlardan, meme uçlarından veya kaşıktan ağlayarak geri çekilirler ve genellikle sıvıları reddederler. Çocukta kaygıyı gidermek için anksiyolitik ilaçlara bile başvurulabilir. Küçük çocukta, farklı bir yerde yemek yemek, farklı bir sandalyede oturmak veya alternatif beslenme kapları kullanmak, geçmiş beslenme deneyimleriyle olumsuz ilişkileri azaltmaya yardımcı olur.

Beslenme bozukluğunda çözüm yolları ;

Ebeveynler bir çocuğun kilosu veya alımı konusunda endişeli olduklarında, fiziksel yönlendirmeler, zorlayıcı taktikler (rüşvet, ödülleri), zorla besleme ve diğer baskı teknikleri gibi beslenme stratejileri kullanma eğilimindedirler. Kontrollü ebeveynlerin uygulamaları genellikle başlangıçta başarılıdır, ancak nihayetinde uzun vadede daha fazla seçicilik ve / veya daha az gıda tüketimi ile sonuçlanır, beslenme sorunlarını uzatır veya şiddetlendirir.

Temel olarak, iştahsızlık için müdahaleler büyüme için yeterli beslenmeyi sağlarken açlık-tokluk döngülerini artırmaya (mide terbiyesi) odaklanır ve altta yatan durumun tedavisini içerir. Davranış terapisi başlamadan önce, yemeklerin ve içeceklerin açlığı en üst düzeye çıkarmak için, beslemeler arasında minimum üç saat olacak ve arada sudan başka bir şey bulamayacak şekilde programlanması gerekir. «Ne yiyeceğine, ne zaman yiyeceğine siz karar vermelisiniz, ne kadar yiyeceğine çocuk..» Öğün süresi 30 dakikayı geçmemeli, öğün aralarında sadece su verilmeli. Açlık ve tokluk hislerini kavramsallaştırmak için oyuncak bebeklerden yararlanılabilir. Ödüller başlangıçta yemeye olan ilgiyi artırabilirken, iştahın iç düzenlemesine izin vermek için aşamalı olarak kaldırılmaları gerekir.

Enerji takviyesi, iştahsız çocukların çoğu için gereklidir. Enerji gereksinimleri çocuklar arasında farklılık gösterse de yüksek kalorili takviye mamalardan günde 100-300 kalori arasında başlanması uygundur.

Kalori takviyesi için mama kullananlarda, mamanın öğünlerde yenen yiyeceklerin yerini almaması için günün sonunda

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

verilmeli ve artık gerekmediğinde aşamalı olarak durdurulmalıdır.

Aileden çocuğun üç günlük yediklerini içeren bir liste istenmeli, diyetisyen ile görüşülmeli, ayrıntılı beslenme öyküsü alınmalıdır. Öğün sayısı 6. ayda 6/gün, 7-9 ayda 5/gün, 10-12 ayda 4/gün, öğünde 23 mL/kg yemesi amaçlanır. Bebeğin beslenme miktarı çocuğun gereksinimlerine göre ayarlanmalı ve beslemede çocuğun iştahına da saygılı olunmalıdır. İştah, endojen ve büyüme hızı ile koşuttur. Büyümesi duraklayan çocuğun iştahı da duraklar, büyüme hızlanınca iştahı da artar.

İştah uyarıcıları, zayıf büyüyen çocuklarda başarılı bir şekilde kullanılmış ve kısa vadede (2-3 ay) yaş z skorları için artan kilo ile sonuçlanmıştır (PMID: 26019782). Özellikle, beslenme güçlüğü çeken çocukların retrospektif çalışmaları ve vaka raporları, siproheptadin, 0.25 mg/kg/gün bölünmüş dozlarda kullanıldığında, hem kilo alımında hem de yeme davranışlarında iyileşme olduğunu göstermiştir. Ülkemizde 5 mL'sinde 2 mg bulunan şurupları bulunmaktadır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

ADRENAL YETMEZLİK

Prof. Dr. Samim ÖZEN

Ege Üniversitesi , Tıp Fakültesi , Çocuk Endokrinoloji ve Diyabet BD, İzmir

Adrenal yetmezlik (AY), adrenal korteks hormonlarının yetersiz sentez ve salgısından kaynaklanan ve zamanında tedavi edilmediği takdirde ciddi morbidite ve mortalitesi olan bir durumdur. Çocukluk çağında AY'nin büyük çoğunluğunu konjenital adrenal hiperplazi (KAH) ve otoimmün adrenal hastalıklar oluşturur. Ancak kalıtsal metabolik nedenler de çocukluk yaş grubunda erişkine göre daha sık görülür. Etiyolojik nedenler adrenal bez (primer), hipofiz ya da hipotalamus kaynaklı (sekonder) olabilir. Çocukluk pek çok kronik hastalıkta ekzojen steroid kullanımı, Hipotalamus- hipofiz- adrenal aksında baskılanmaya sebep olarak iyatrojenik AY'e sebep olabilmektedir. Bu tür kronik hastalıkları olan çocuklarla ilgilenen tüm hekimlerin özellikle akut hastalık, stres ve steroid tedavi kesimi aşamasında, steroid tedavisinin riskleri ve AY hakkında bilgi sahibi olması gerekir.

Primer AY, kortizolün yeterli miktarda üretilmemesine bağlı gelişen nadir ve mortalitesi yüksek bir durumdur. Aldosteron ve adrenal androjenlerin eksikliği ya da fazlalığı bu duruma eşlik edebilir. AY, bir stres faktörü nedeniyle tetiklenip adrenal krize yol açabilir ve ciddi kardiyovasküler yetmezlik ortaya çıkana dek tanısı gecikebilir. Bazı olgularda ilk başta sepsis, gastroenterit gibi klinik tablolar ile karışabilir. Geç tanı ve yetersiz tedavi mortaliteye neden olabilir. Klinik bulguların erken tanınması, glukokortikoid yerine koyma tedavisi ile birlikte uygun sıvı ve elektrolit tedavisi hayat kurtarıcıdır. Aynı zamanda, AY'e neden olan primer hastalığın tanısını belirlemek için detaylı değerlendirme ve analizler de bu süreçte birlikte yürütülmelidir. Kortizol eksikliğinin temel belirti ve bulguları anoreksi, kilo alamama, kilo kaybı, halsizlik, miyalji, eklem ağrısı, hipotansiyon, hiponatremi, hipoglisemi, eozinofili ve lenfositozdur. Yenidoğan döneminde uzamış hiperbilirubinemi, respiratuar distres sendromu ve apne ile de bulgu vermektedir. Mineralokortikoid sentez ve salınımı, ACTH'den ziyade renin-angiotensin sisteminin kontrolündedir ve bu nedenle mineralokortikoid eksikliği, adrenokortikal bozukluklara özgü bir bulgudur. Mineralokortikoid eksikliğinde, gelişme geriliği, tuz açlığı, karın ağrısı, bulantı, kusma, baş dönmesi, hipotansiyon, hiponatremi, hiperkalemi, metabolik asidoz, dehidratasyon ve hipovolemik şok gözlenmektedir.

Primer AY'de tanısız süreç, intrinsik adrenokortikal bozukluğa bağlı düşük kortizol salgısının ve buna neden olan durumun tespitine dayanır. Kronik primer AY şüphesi olan olgular, **öncelikle sabah erken saatte (08:00) alınan plazma ACTH ve kortizol düzeyleri ile taranmalıdır. Sabah erken saatte alınan ya da stres durumunda alınan plazma** kortizol (<5 µg/dl,) **düşüklüğü** ile birlikte plazma ACTH düzeyinin yüksekliği (normal değer 2 katından daha yüksek değerler ve sıklıkla > 100 pg/mL) primer AY lehinedir. Süt çocuğu ve erken çocuklukta sabah erken alınan kortizol düzeylerini etkileyen, HPA aksı ve sirkadyen ritmin henüz olgunlaşmaması, uyku düzeni, kortikosteroid bağlayıcı globülinde (CBG) değişkenlikler gibi ek faktörler mevcuttur. Bu nedenle, bu yaş grubunda (< 2 yaş) sabah alınan örnekler tanısız süreçte çok faydalı olmamaktadır.

Adrenal yetmezlikte temel tedavi, glukokortikoid ve mineralokortikoid yerine koyma tedavisinin (özellikle hidrokortizon ve fludrokortizon ile) uygulanmasıdır. Streste ve adrenal kriz durumunda tedaviye intravenöz sıvı ve tuz eklenmesi oldukça önemlidir. Esas tedavi hedefleri, fizyolojik sıvı elektrolit dengesini sağlamak ve normal fiziksel ve pubertal büyüme hedeflerini yakalamaktır. Konjenital adrenal hiperplazi tedavisinde bir diğer amaç da androjen maruziyetini azaltmaktır. Kısa yarı ömrü, kolay titrasyonu ve büyüme baskılayıcı etkisinin en az olması nedeniyle çocuklarda tercih edilen formülasyon, hidrokortizondur. Prednisolon ve deksametazon gibi daha potent sentetik uzun etkili glukokortikoidler, yüksek yan etki profili nedeniyle çocuklarda tercih edilmemektedir. Adrenal yetmezliğin nedenine bağlı olarak tedavi rejimi değişebilse de standart önerilen hidrokortizonun üç veya dört doza bölünerek uygulanmasıdır. Tedavi başlangıcında yerine koyma dozu 8 mg/m²/gün iken konjenital adrenal hiperplazi gibi baskılama amaçlı kullanıldığı durumlarda doz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

10-15mg/m²/gün'dür.

Akut adrenal krizde tedavide; hipotansiyon süresi uzamadan çok kısa sürede tedavi edilmiş olmalıdır. Çocuklarda hidrokortizon 50mg/m² parenteral bolus olarak uygulanmalı ve ardından 50-100 mg/m²/24 saat (sürekli intravenöz infüzyon ya da her 6 saatte bir intravenöz /intramuskuler olarak uygulanabilir). Glukokortikoid tedavisi ile eş zamanlı uygun sıvı elektrolit tedavisinin hızlı bir şekilde uygulanması adrenal krizde önemlidir. Başlangıçta 20ml/kg bolus serum fizyolojik (toplamda 60ml/kg olacak şekilde tekrar edilebilir) ilk saatte uygulanır. Hipoglisemi varsa 0.5-1 g/kg olacak şekilde dekstroz verilmelidir. Bolus serum fizyolojik tedavisi sonrasında uygun elektrolit içerikte kristaloid sıvı hastanın durumuna ve standart sıvı resüsitasyonu kurallarına uygun olarak düzenlenir. Adrenal krizi tetikleyen altta yatan neden de düzeltilir, eğer bir infeksiyona bağlı ise uygun tedavisi düzenlenir. Streste oral hidrokortizon dozunun düzenlenmesi stresin şiddetine bağlı olarak iki ya da üç katı olarak düzenlenir (örneğin ateş \leq 38.5 ise iki kat; ateş $>$ 38.5 ise üç katı doza çıkılması gibi). Hastalık düzelene dek stres dozunda devam edilir

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Epilepsi Tanı, Takip ve Tedavisi

Dr. Şenay HASPOLAT

Akdeniz Üniversitesi Çocuk Nörolojisi BD

Konvülsiyon, santral sinir sisteminde bir grup nöronun anormal ve aşırı boşalmaları sonucu ortaya çıkan geçici bulgu ve/veya semptomlardır. Klinik görünümünü, anormal epileptik deşarjın ortaya çıktığı nöronlar, yayıldığı anatomik yollar ve bölgeler belirler.

Çocuklarda akut konvülsiyon çocukluk çağının en sık görülen nörolojik hastalığıdır. Akut konvülsiyon nedenlerinden en önemlisi febril konvülsiyonlardır. Prevalansı %3-4 olarak bildirilmektedir. Febril konvülsiyon dışında metabolik denge-sizlikler (hipoglisemi, hiponatremi, hipernatremi, hipokalsemi, hipomagnezemi) , enfeksiyonlar (menejit, ansefalit), travmalar, vasküler nedenler (inme, kanama, hipertansiyon), entoksikasyonlar, metabolik hastalıklar (aminoasidüriler, üre siklus defektleri ,organik asidemiler), ilaçlar, genetik hastalıklar akut konvülsiyon ile başvuran bir çocukta düşünül-melidir. Yenidoğan **dönemi nöbetin en sık görüldüğü yaştır. Gelişmekte olan beyinde nöbetin fizyolojisi ve etkileri erişkin** beyninden çok farklıdır. Pek çok deneysel çalışma nöbete yatkınlığına karşın immatür beyinin nöbetlerden daha az etkilendiğini göstermiştir.

Epilepsi ise, birbirinden en az 24 saatten fazla aralıkla oluşan 2 adet tetiklenmemiş veya refleks nöbet, tek nöbet ile bir-likte nöbet tekrarı olasılığının >%60 olması (iki uyarılmamış nöbet sonrası riskine benzer olarak) veya bir epilepsi send-rom tanısının konmuş olması olarak tanımlanmıştır. Nöbetler fokal, jeneralize ve başlangıcı bilinmeyen nöbetler olarak üç ana grupta incelenirler. Nöbetlerin nörofizyolojisi nöbetin tipine göre değişiklik göstermektedir. Klinik çalışmalar geliştirmekte olan beyinin nöbete daha yatkın olduğunu göstermektedir.

Epilepsi tedavisinin esası ilaç tedavisidir. Nöbeti durduracak ilacın başlanması ve düzenli kullanılması ile vakaların % 70'inde nöbetler kontrol altına alınır. Bazen ilk ilaç fayda etmezse ilaç değiştirilmesi veya tedaviye bir ilaç daha eklen-mesi gerekebilir. Epilepsi tedavisindeki en önemli nokta ilaçların düzenli kullanılması, ilaç dozunun unutulmaması ve atlanmamasıdır.

İlaç tedavisi doktorun hastayı, öyküsünü ve EEG'sini değerlendirmesi sonucunda başlanır. Hastanın yukarıda belirtilen kriterlere uygun olarak epilepsi tanısının konması gerekir. Her ilacın yararı yanı sıra yan etkileri de vardır. En önemli yan etki alerjik yan etkidir. Döküntü görüldüğü takdirde derhal ilaç kesilip, doktor haberdar edilmelidir. Erken yan etkilerden uyku hali, baş dönmesi ve dengesizlik zaman içinde kaybolur. Böyle bir yakınma oldu ise doz ve kullanım şekli mutlaka kontrol edilmelidir. Birkaç hafta içinde kaybolması beklenir. Devam ederse ilaç değiştirmek veya doz azaltılması gereke-bilir. Uzun vadede kan değerleri, karaciğer fonksiyon bozuklukları görülebilir, bu yönden aralıklı takip yapılmalıdır.

Epilepsi hastalarının %25-30 kadarı ilaca istenen cevabı vermez. Dirençli epilepsi tanımı; iki uygun anti-epileptik ilacın birlikte veya mono-terapi olarak uygun dozlarda kullanılmasına karşın nöbet kontrolünün sağlanamaması durumudur. Nöbet kontrolünün sağlanması ise en az 1 yıl süreyle nöbetsiz kalmak ,veya nöbet araları çok açık olan hastalarda nö-betlerin arasındaki süreni üç katı kadar süre nöbetsiz kalmak olarak tanımlanmaktadır. Dirençli epilepsi tanısı konma-dan önce hasta tekrar değerlendirilmeli ve epilepsi hastası olduğundan, ilaçlarının uygun olduğundan ve yeterli dozda kullanıldığından emin olunmalıdır.

Dirençli epilepsilerde, nöro-stimulasyon (vagal sinir stimulasyonu), epilepsi cerrahisi (uygun olan vakalarda) veya diyet tedavileri (ketojenik, düşük glisemik indeksli) gibi tedaviler denenebilir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Taramada Rutin Cell Free DNA?

Dr. Şevki ÇELEN

SBÜ Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi SUAM

Hücre dışı fetal DNA, Fetal DNA segmentlerinin maternal kanda bulunmasıdır. Origin primer olarak plasentadır. Maternal plazmadaki hücre dışı DNA'nın %3-13'ünü oluşturur. En erken 5. gebelik haftasında, hemen her zaman 9. haftadan sonra tespit edilebilir. Hamilelik boyunca artar. Doğum sonrası saatler içerisinde temizlenir. Fetal DNA miktarının azalması sonuç verme oranını düşürür. Bunun en önemli sebepleri arasında erken gebelik haftası, sub-optimal örnek toplama, maternal vücut kitle indeksi (VKİ) ve aneuploidi varlığı sayılabilir. HD fetal DNA tarama testi ile en sık Trizomi 21, 18, 13 ve seks kromozom anomalileri tanınır. HD Fetal tarama testi yanında mutlaka fetal ultrasonografik değerlendirme yapılmalıdır. Ultrasonografik değerlendirme sonucunda gerekli görülen durumlarda mutlaka tanı testleri önerilmelidir. Nuchal Translucency ölçümü 99 persentilin üzerindeki fetüsler için tanı testi yapmak daha doğru bir tutum olacaktır. HD Fetal DNA Tarama testinin yaygın trizomiler için pozitif prediktif değeri %90'dır. Amerikan obstetrik ve jinekoloji cemiyeti bu tarama testinin de tüm tarama ve tanı testleri ile birlikte gebeye bir seçenek olarak sunulmasını önermektedir. Ayrıca HD Fetal DNA tarama testi diğer tarama ve ultrasonografik belirteçlerden sonra ikincil bir tarama testi olarak sunulabilir. Bu tarama testinde sonuç verememe % 1-3 civarındadır. En sık neden fetal fraksiyon düşüklüğüdür. Böyle durumlarda test tekrarlanabilir. Birçok dernek ikiz gebeliklerde yaygın trizomiler için (21, 18, 13) HD-DNA taramasına izin verir veya önerirler.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

DIYABETİK KETOASİDOZ VE TEDAVİSİ

Prof. Dr. Şükri HATUN

Koç Üniversitesi

TANIM VE GENEL BİLGİ

Diyabetik ketoasidoz (DKA), mutlak (tam yokluk), ya da görel (keton üretimini baskılayamayacak kadar düşük) insülin eksikliği sonucu oluşan, esas olarak Tip 1 diyabetlilerde (daha az sıklıkta ketozise eğilimli Tip 2 diyabetlilerde) görülen ve bazen yaşamı tehdit edebilen acil bir klinik sorundur (1). DKA sıklığı, gelişmiş ülkelerde ortalama % 29.9 olup, % 19.5 (İsveç) ile % 43.8 (Lüksemburg) arasında değişmektedir (2). Ülkemizde ise, DKA sıklığı % 50 civarındadır ve bu vakaların büyük çoğunluğunu hafif ve orta DKA vakaları oluşturmaktadır; buna karşın doğu bölgesinde hem DKA, hem de şiddetli DKA sıklığının yüksek olduğu bildirilmektedir (3,4). DKA'ı önemli kılan, gelişmiş ülkelerde < % 1, gelişmekte olan ülkelerde ise % 3-13 arasında ve tıbbi bakımın düzeyine göre değişen mortalitesi yanında, orta/ağır şiddetteki tek bir DKA atağının bile IQ skorlarında ve algılama performansında anlamlı bir azalmaya neden olmasıdır. DKA oluşumunda en önemli neden, ailelerin çocuklarını diyabet bulgularının geç döneminde hekime getirmeleri, hekimlerin ise DKA bulgularını hızlı bir şekilde tanıyamamasıdır (5). Bütün veriler, diyabetik ketoasidozun önlenmesinin, mortalite ve akut nörolojik sorunların önlenmesinin ötesinde, Tip 1 diyabetli çocukların uzun dönemli yaşam performansları ve metabolik kontrolleri bakımından da önemli olduğunu ve bu nedenle de özellikle orta ve şiddetli DKA vaka sıklığının önlenmesi için kapsamlı programlara ihtiyaç olduğunu göstermektedir (6).

RİSK FAKTÖRLERİ VE PATOGENEZ

DKA'a neden olan insülin eksikliği, yeni tanı Tip 1 diyabet vakalarında pankreas beta hücre zedelenmesine, izlemdeki diyabetlilerde ise insülin dozlarının atlanması (unutulması) ya da insülin pompasındaki çeşitli sorunlara bağlı insülin akışının kesilmesine bağlı gelişir (7). Puberte döneminde gece saatlerinde fizyolojik insülin direnci olduğundan, uzun etkili insülinlerin atlanması veya pompa ile ilgili sorunların gece olması da DKA riskini daha fazla artırmaktadır (2). Bunun dışında, bilinen diyabetlilerde gastroenterit gibi enfeksiyonlarda hipoglisemiden kaçınmak için insülin dozlarının belirgin bir şekilde azaltılması da insülin eksikliğine neden olabilir. Öte yandan, görece (relatif) insülin eksikliği, insülin direncine veya ateşli hastalık, travma, sepsis gibi durumlarda veya diğer streslere bağlı artan insülin karşıtı hormonlardan dolayı kullanılmakta olan insülin dozlarının yetmemesine bağlı gelişen bir durumdur. Genel olarak, yeni tanı Tip 1 diyabetlilerde yaşın küçük olması, tanı gecikmesi, düşük sosyo-ekonomik düzey ve Tip 1 diyabet sıklığı düşük yerlerde yaşamak; bilinen diyabetlilerde ise, çeşitli nedenlerle insülin dozlarının atlanması, sağlık hizmetlerine sınırlı erişim imkanı DKA riskini artırmaktadır.

Patagonezde ana süreç, insülin eksikliğine bağlı, hücrelere glukoz girişinin durması, yağ dokusu ve proteinlerin yıkımı ve bunlara glukoz yapım hızındaki artışın eşlik etmesidir. Öte yandan ise oluşan yağ asidi yükünün, ketogenesize yönlendirilmesi ve bu süreç sonunda asetoasetat ve β hidroksibütirat olmak üzere fizyolojik pH'da tam olarak ayrılan iki keton üretilmesidir (5). Sonuç olarak ise hiperglisemi ve osmatik diürece bağlı dehidratasyon, ketoasit birikimi ve volüm kaybına bağlı metabolik asidoz meydana gelmektedir.

KLİNİK BULGULAR VE AYIRICI TANI

DKA, bilinen diyabetlilerde, özellikle de insülin dozlarını atlayanlarda hızlı bir şekilde gelişebilir. Yeni tanı diyabetlilerde ise bulgular birkaç gün içinde ortaya çıkar. Bir süredir çok su içme, çok idrar yapma, kilo kaybı (iştah artması da olabilir) yakınması olan çocuklarda araya giren bir enfeksiyon hızlı bir şekilde DKA tablosu gelişmesine neden olur. Bez bağlanan çocuklarda, birden fazla bakıcısı olanlarda veya tatillerde klasik bulgular gözden kaçabilir ve çocuklar doğrudan DKA

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

bulguları ile acil servislere başvurabilir. Genel olarak aileler, bulantı, kusma, karın ağrısı ve solunum sıkıntısı gibi görece geç bulgular ortaya çıktıktan sonra hekime/acil servise başvurmaktadır. DKA klinik bulguları aşağıda özetlenmiştir (2):

- **Dehidratasyon** (Sıvı kaybı değişik derecelerde olabilir; seyrek olarak şok gelişebilir. Sıvı kaybına rağmen osmotik diürece bağlı poiüri devam eder).
- **Taşikardi; derin, hızlı ve iç çeker gibi solunum (Kussmaul solunumu-Bu isim 19.yüzyılda yaşayan Alman hekim Adolph Kussmaul tarafından verilmiştir).** Bu solunum tipi, (özellikle küçük çocuklarda), akciğer sorunlarına bağlı (pnömoni, akut astma atağı gibi) solunum sıkıntısı ile karışabilir ve bronkodilatator tedavisi ya da antibiyotik verip izleme gibi uygulamalara bağlı gecikme nedeniyle DKA tablosu ağırlaşır. Oysa Kussmaul solunumu sırasında akciğer sesleri genel olarak normaldir.
- **Bulantı, kusma ve karın ağrısı** (Bu bulgular ketonların mide bağırsak sistemi üzerinde irritatif etkisinden kaynaklanır ve bazen karın ağrısı akut karın düşündürülecek kadar şiddetli olabilir).
- **Konfüzyon, uykuya eğilim, bilinç ve uyanıklık durumunda ilerleyici kötüleşme ve bilinç kaybı/koma.** Genel olarak ensefalopati olarak isimlendirilebilecek bu bulgular, şiddetli DKA vakalarında görülmekte, asidozun süresi (parsiyel CO₂ basıncındaki düşüklük bunu gösterebilir) ve şiddeti ile dehidratasyon derecesine bağlı olarak değişkenlik göstermektedir. Günümüzde, özellikle şiddetli DKA vakalarında tanı anında inflamasyon mediatörleri, değişik nedenlere (dehidratasyon, hipokapni) bağlı iskemi ve reperfüzyonun katkıları ile mikroskopik düzeyde meydana gelen nöronal zedelenmenin olduğu ve DKA seyrinde beyin dışında, renal zedelenmenin de olduğu ve aslında DKA seyrinde çoklu organ disfonksiyonu tablosunun oluşabildiği üzerinde durulmaktadır(8). Bu nedenle de özellikle koma ile başvuran vakaların başlangıçtan itibaren özel bir dikkatle değerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu genel bulguların yanında, nadir olarak DKA vakaları delirium, febril miyalji ile beraber, şiddetli hipofosfatemiye bağlı rabdomiyoliz, semptomatik serebral infarktlar gibi tablolar ile beraber görülebilir.

TANI, MORTALİTE VE MORBİTE RİSKİNİ ARTIRAN FAKTÖRLER

Diyabetik Ketoasidoz tanı ölçütleri neredeyse 15 yıldır değişmemiştir ve aşağıdaki biyokimyasal ölçütler günümüzde de geçerlidir (2):

- Hiperglisemi (Kan glukozu >200 mg/dl)
- Venöz kan pH < 7,3 veya HCO₃ < 15 mmol/L
- Ketonemi veya ketonüri (Kan beta hidroksibütirat-BOHB- düzeyi ≥ 3 mmol/L veya idrar ketonu ≥ +2 veya "orta, şiddetli pozitif)

Kan glukozu vakaların büyük çoğunluğunda belirgin bir şekilde yüksek olmasına karşın, kısmi olarak tedavi edilerek sevk edilen vakalarda, çok az karbonhidrat tüketen veya hiç tüketmeyenlerde, şiddetli kusma nedeniyle bir süredir beslenemeyenlerde nadiren ılımlı kan glukoz yüksekliği görülebilir ve bu durumda "öglisemik ketoasidoz" terimi kullanılabilir (9).

Öglisemik ketoasidoz, ayrıca açlık (anoreksia veya Ramazanda oruç tutma gibi nedenlere bağlı aç kalma), düşük karbonhidrat/yüksek yağlı diyet yapanlarda ve SGLT2 inhibitörü ilaç kullananlarda da görülebilir. Bu hastalarda kan glukoz değeri ılımlı yükse ya da normal diye DKA tanısından uzaklaşmamasıdır. Öte yandan, metilmalonik asidemi, izovalerik asidemi gibi nadir görülen metabolik hastalıklar, özellikle 2 yaş altındaki çocuklarda DKA biyokimyasal bulguları ile benzerlik gösterebilmekte ve bazı vakalarda DKA tanısı ile insülin tedavisi başlanmaktadır (10). Bu vakalarda insülin ve sıvı tedavisini izleyen saatlerde kan glukozu ve kan gazlarının düzeldiği ama bilinç bozukluğunda beklenen iyileşmenin olmadığı bilinmektedir.

Asidoz tanımı, esas olarak venöz pH değerine göre yapılmakla birlikte, venöz pH bakılmasının mümkün olmadığı durumlarda tanı ve DKA şiddetinin belirlenmesinde serum bikarbonat düzeyi de kullanılmaktadır. Genel olarak tanı için ve hasta başı izlemde kan ketonu kullanılır. Kan ketonu bakılmıyorsa, tanı için idrar ketonu kullanılabilir ama izlem için

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

kullanışlı değildir. Kan beta hidroksibütirat-BOHB- düzeyi ≥ 3 mmol/L olması DKA olduğunu gösterir.

Günümüzde DKA derecelendirilmesi, klinik bulgulara göre değil venöz pH ve/veya serum bikarbonat düzeyine göre yapılmaktadır (2):

- Hafif DKA: pH 7,2-7,3 arasında veya $\text{HCO}_3^- < 15$ mmol/L
- Orta DKA: pH 7,2-7,1 arasında veya $\text{HCO}_3^- < 10$ mmol/L
- Ağır DKA: pH $< 7,1$ veya $\text{HCO}_3^- < 5$ mmol /L

Genel olarak klinik bulgular (dehidratasyon derecesi, bilinç değişiklikleri) ile asidozun derecesi arasında bir korelasyon olduğundan bu sınıflama yeterli görünmektedir. Son yıllarda asidozun derecesi ve süresinin nörolojik zedelenme ile daha yakın bir ilişki olduğu üzerinde durulmakta, özellikle de hipokapni (Parsiyel CO₂ basıncı < 10 meq/L) olan durumlarda serebral perfüzyon bozukluğunun daha sık görüldüğü rapor edilmektedir (8). Bu nedenle tanı anında yalnızca venöz pH yerine parsiyel CO₂ basıncı ve BUN gibi parametrelerin dikkate alınmasına önem verilmelidir.

Şiddetli DKA vakalarının (bulguların uzun süredir var olması, dolaşım ve/veya bilinç depresyonu olması, koma ile başvuru) veya beyin ödemi riski olan vakaların (< 5 yaş, şiddetli asidoz, pCO₂ düşüklüğü, başlangıçta üre yüksekliği, ilk başvuru merkezinden hızlı rehidrate edilerek sevk edilenler, hipernatremi-Serebral herniasyona bağlı olarak hipofiz kan akımının azalması sonucunda gelişebilecek diabetes insipidus akılda tutulmalıdır-, inatçı hiponatremi) çocuk yoğun bakım veya eşdeğer ünitelerde izlenmesi gereklidir (11).

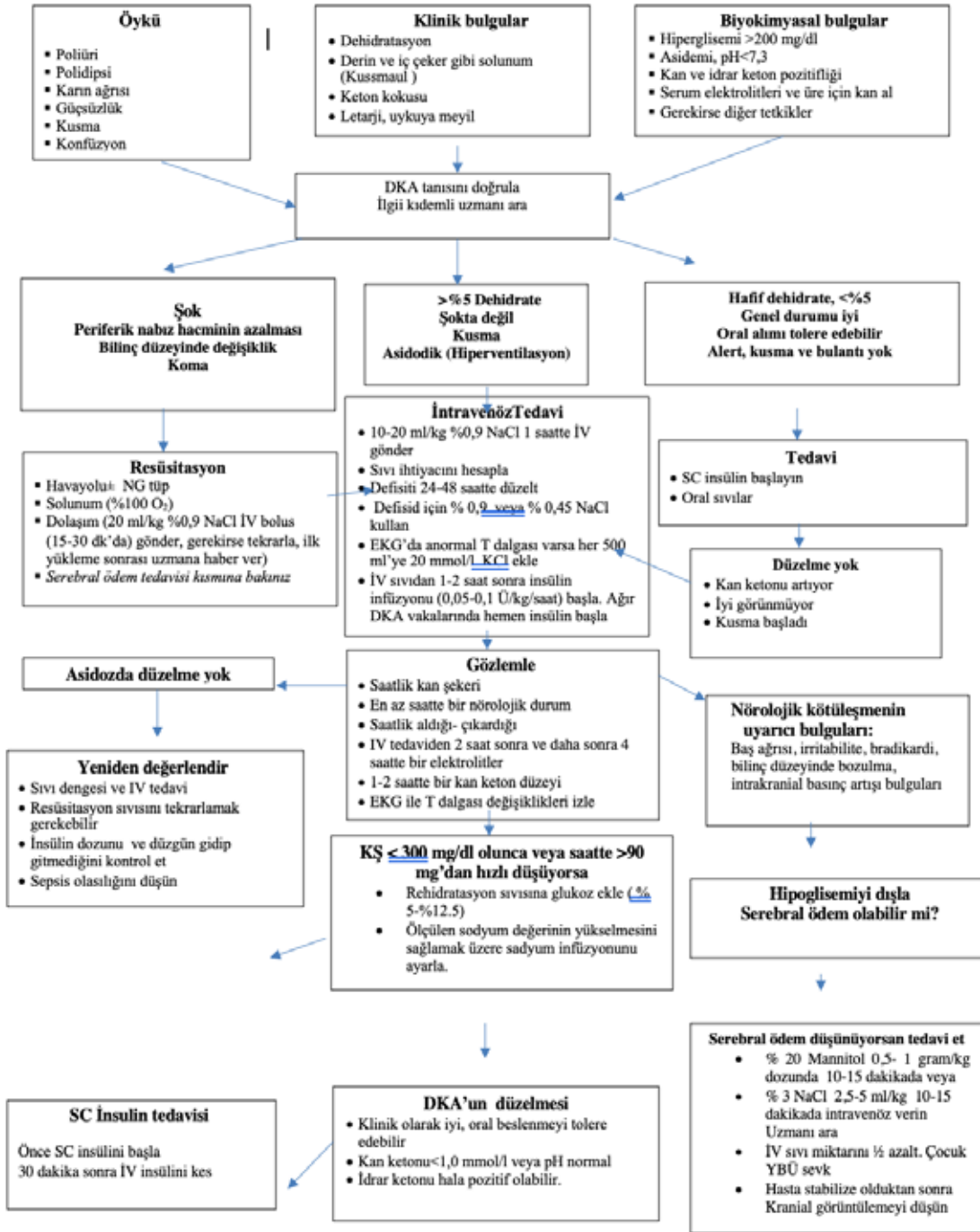
TEDAVİ VE İZLEM

DKA tedavisinin ana hatları Şekil 1'de gösterilmiştir. Tedavi bölümünde Uluslararası Çocuk ve Adolesan Diyabet Birliği (ISPAD)'nin 2018 yılında yayınlandığı uzlaşma metni (2) ve Çocuk Endokrinolojisi ve Diyabet Derneği'nin 2016 tarihli rehberindeki öneriler verilmiştir. Gereken yerlerde sonraki tarihlerdeki tartışmalara değinilmiştir. DKA tedavisinin amaçları aşağıdaki gibi özetlenebilir:

- Asidozu düzeltmek ve ketosizi tersine çevirmek
- Dehidratasyonu düzeltmek
- Kan glukozunu normale yakın hale getirmek
- DKA'un kendisine ve tedaviye bağlı gelişebilecek komplikasyonları izlemek
- Hazırlayıcı bir olay varsa, bunu saptamak ve tedavi etmek

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya



Şekil 1. Diyabetik Ketoasidoz Tedavi Algoritması

5.1 Acil değerlendirme

DKA'lı çocukların acil değerlendirilmesi, genel çocuk acil ve resüsitasyon kuralları çerçevesinde ve aşağıdaki noktalara daha fazla dikkat gösterilerek yapılmalıdır.

- Acil olarak yatak başında kan glukozu ve kan beta hidroksibütirat-BOHB- düzeyini ölçün. Kan ketonu ölçülemiyorsa idrarda strip ile asetoasetik asid bakılabilir. Kan BOHB ≥ 3 mmol/L ise DKA doğrulanır ve daha sonraki tedavi izlemi mümkünse kan ketonu ile yapılır.
- Muhtemel bir enfeksiyon odağının saptanması için ayrıntılı fizik inceleme yapılır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- Hastanın ağırlığını ölçün. Eğer sıvı hesaplamaları metrekareye göre yapılacaksa boy da ölçülmelidir. Hesaplamalarda daha önce hastane kayıtlarında bulunan ağırlık ölçümü değil, şimdiki ağırlık ölçümü dikkate alınır.
- Dehidratasyon derecesini belirleyin. Dehidratasyon derecesini kesinlikli bir şekilde belirlemek zordur ve muaeyene edenlere göre değişir. 1-5 yaş arasındaki çocuklarda % 5 dehidratasyonu en iyi gösteren bulgular kapiller yeniden dolum zamanının uzaması (normalde \leq 1-2 saniyedir) ve deri turgor bozukluğudur (Çadırlanma bulgusu ve deri elastikiyetinin kaybolması). Dehidratasyon derecesinin belirlenmesinde diğer yararlı bulgular, mukozalarda kuruma, göz kürelerinde çöküklük, göz yaşının olmaması, zayıf nabız ve soğuk ekstremitelerdir.
- Bilinç durumunu Glasgow Koma Skalasına göre değerlendirin.
- Hava yolunun açık olduğundan emin olun ve hasta komada ise entübe etmeyi düşünün. Bilinci deprese veya tekrarlayan kusması olan çocuklara, pulmoner aspirasyonu önlemek için nazogastrik tüp takılmalı, aspirasyon yapılmalı ve sonra açık drenaja bırakılmalıdır.
 - Entübasyondan mümkün olduğu kadar kaçınılmalıdır; çünkü entübasyon sırasında parsiyel CO2 basıncı artar, bu da beyin omurilik sıvısı pH'ında düşmeye neden olarak beyin ödemi riskini artırabilir.
- Dolaşım bozukluğu veya şok varsa oksijen verin.
- Hipo veya hiperkalemi durumlarında T dalgalarını değerlendirmek için kardiyak monitarizasyon gerekebilir.
- İzlemdeki tekrarlayan kan örneklerimi alımı için ikinci bir periferik venöz kateter takılmalıdır. Periferik arteriyal kateter nadiren gerekebilir.
 - Kesin olarak gerekmedikçe santral venöz katater takılmamalıdır; çünkü özellikle küçük çocuklarda tromboz riski yüksektir. Takılması gerektiğinde ise hastanın durumu izin verdiği anda çıkarılmalı ve mekanik/farmokolojik profilaksi (düşük molekül ağırlıklı heparin) düşünülmelidir.
 - İnsülin eldeki tek seçenek olmadıkça santral venöz kateterden verilmemelidir; çünkü insülin infüzyonu gitmekte olan diğer sıvılar tarafından kesintiye uğratılabilir.
- Ateşi olan çocuklara uygun kültürler alındıktan sonra antibiyotik başlanmalıdır.
- Genel olarak mesane kateterizasyonuna gerek yoktur. Bilinci kapalı olanlarda veya talep edildiğinde idrar veremeyecek çocuklarda (çok küçük ya da çok hasta olanlar) takılabilir.
- Aşağıdaki ölçümler için kan alın:
 - Serum veya plazma glukozu
 - Elektrolitler ve bikarbonat
 - BUN ve kreatinin
 - Serum ozmolalite
 - Venöz pH ve pCO2
 - Hb, Hct ve tam kan sayımı. DKA sırasında strese bağlı lökosit sayısında artma karakteristiktir ve enfeksiyon varlığını göstermez.
 - Albumin, kalsiyum, fosfor ve mümkünse magnezyum
- Serum ketonu bakılmıyorsa, keton ölçümü için idrar analizi yapın.
- Ateş gibi enfeksiyon göstergesi varsa, uygun kültürleri (kan, idrar veya boğaz) alın.
- Eğer serum potasyum düzeyi ölçümü gecikecekse, potasyum düzeyinin değerlendirmesi için EKG çekin.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- DKA tedavisi için gerekli olmamakla birlikte, glukoz yüksekliğinin süresini gösterdiği için HbA1c bazı hastaların değerlendirilmesinde ve yönetiminde yararlı olabilir.

5.2 Klinik ve biyokimyasal izlem

Başarılı bir DKA tedavisi, klinik ve biyokimyasal bulguların titiz bir şekilde izlenmesini, bilgilerin izlem kartlarına saatlik olarak kayıt edilmesini ve ihtiyaca göre tedavide ayarlamalar yapılmasını gerektirir. Genel olarak aşağıdaki parametrelerin izlenmesi önerilmektedir (2).

- Saat başı veya gerekirse daha sık olarak vital bulgular (kalp hızı, solunum hızı ve kan basıncı).
- Aşağıda belirtilen beyin ödeminin habercisi olabilecek bulguların saptanması amacıyla saat başı (veya gerekirse daha sık) nörolojik gözlem ve Glasgow koma skoruna göre puanlama).
 - DKA tedavisinden sonra başlayan baş ağrısı ya da tedaviden önce olan baş ağrısının kötüleşmesi.
 - Kalp hızında uygunsuz/beklenmeyen yavaşlama.
 - Tekrarlayan kusma.
 - Nörolojik durum değişiklikleri (huzursuzluk, sinirlilik, uykuya eğilim, konfüzyon, inkontinans) veya spesifik nörolojik bulguların ortaya çıkması (kranial sinir felçleri, anormal pupil cevabı).
 - Kan basıncında yükselme.
 - Oksijen satürasyonunda düşme.
 - Serum sodyum düzeyinde hızlı yükselme. Bu bulgu daha önce belirtildiği gibi serebral herniasyona bağlı olarak hipofiz kan akımının azalması sonucunda gelişebilecek diabetes insipidusu bağlı idrarla serbest sıvı atılımını gösterebilir.
- Verilen insülin miktarı.
- Saat başı (gerekirse daha sık), sıvı alımı (ağızdan alınanlar dahil) ve sıvı çıkışı izlemi
- Saat başı kapiller kan glukozu izlemi (dolaşım bozukluğu, asidoz gibi kapiller ve venöz kan glukozu ölçümünde uyumsuzluklara neden olan veya çok yüksek kan glukozu gibi kapiller ölçümü sınırlandıran durumlarda çapraz kontrol yapılmalıdır).
- 2-4 saat arayla (şiddetli vakalarda daha sık) serum elektrolitleri, glukoz, BUN, kalsiyum, magnezyum, fosfat, hematokrit ve kan gazı ölçümü.
- Mümkünse 2-4 saat arayla kan beta hidroksi bütirik asit (BOHB) ölçümü.
 - Hasta başı BOHB ölçümü, 3 mmol/L'ye kadar referans ölçümler ile korelidir; 5 mmol/L üzerinde ise yeterince doğru değildir (67).
- Lipid ve trigliserid düzeyleri belirgin olarak yüksekse kan örneğinde bir sınır olarak görünebilir ve laboratuvar testlerini etkileyip, ölçümlerin yorumlanmasını güçleştirir.
- Eğer laboratuvar zamanında sonuç veremiyorsa, elektrolitler ve kan gazı parmak ucundan alınan kapiller kanda, taşınabilir cihazlar ile ölçülebilir; benzer şekilde kan glukozu, kan veya idrar ketonu da glukometreler ile izlenebilir.
- Vücut ağırlığı her sabah ölçülür.
- **İzlemde kullanılan hesaplamalar aşağıda belirtilmiştir:**
 - Anyon açığı = Na - (Cl + HCO₃); Normal değer: 12 ± 2 mmol/L. DKA'da anyon açığı tipik olarak 20-30 mmol/L

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

arasındadır; eğer anyon açığı >35 mmol/L ise eş zamanlı laktik asidoz olduğunu gösterir.

- Düzeltilmiş Sodyum = Ölçülen Na + $2([\text{plazma glukoz} - 5.6]/5.6)$ mmol/L veya ölçülen Na + $2([\text{plazma glukozu} - 100]/100)$ mg/dL
- Serum osmolalitesi (mOsm/kg) = $2X(\text{plazma Na}) + \text{plazma glukoz mmol/L}$; normal aralık: 275 to 295 mOsm/kg

5.3 Sıvı ve elektrolit tedavisi

DKA vakalarında hücre dışı sıvı açığı genel olarak, vücut ağırlığının % 5-10'u kadardır. Şok ve hemodinamik bozulma nadiren görülür. Volüm açığının tahmini öznel ve hatalı olabildiğinden, genel olarak orta dereceli DKA'da %5-7, şiddetli DKA vakalarında % 7-10 oranında dehidratasyon olduğu kabul edilerek tedavi planı yapılabilir. DKA vakalarında efektif plazma osmalitesi (formülü yukarıda verilmişti), 300-350 mmol/kg arasındadır ve tedavi sırasında izlenmelidir. Genel olarak serum sodyum değeri, glukoz yüksekliğine bağlı olarak hücre içinden hücre dışına sıvı geçisi (dilüsyonel hiponatremiye neden olur) ve lipidlerin yüksekliğinin etkisi ile (lipid fraksiyonun sodyum içeriği düşüktür) hücre dışı sıvı daralması için duyarlı bir parametre değildir. Bu nedenle hipergliseminin etkisini düzelteren "düzeltilmiş sodyum" değeri, sodyum ve sıvı kayıplarını daha iyi gösterir ve tedavi boyunca izlenmelidir. Sıvı ve insülin tedavisinden sonra serum sodyum değeri yükselirken, düzeltilmiş sodyum değeri azalır veya normal sınırlar arasında kalır. Tedavi sürecinde ölçülen sodyum değerinin yükselmesi, hipertonic durumun kötüleşmesi anlamına gelmez; tam tersine tedavi sırasında eğer glukoz düzeyi düşerken serum sodyum değeri yükselmez veya daha ötesi düşerse, bu durum, yaklaşan muhtemel beyin ödeminin belirtisi olabilir. Öte yandan, serum sodyum değerinin hızlı ve ısrarlı yüksekliği de, daha önce sözü edilen diabetes insipidusa bağlı olabilir ve bu da muhtemel beyin ödeminin bir bulgusu olabilir.

Genel olarak sıvı ve elektrolit tedavisinin amaçları aşağıda özetlenmiştir (2):

- Dolaşımdaki hacmi geri yüklemek, eski haline getirmek
- Sodyum, hücre dışı ve hücre içi sıvı açıklarını yerine koymak
- Glomeruler filtrasyonu iyileştirerek, glukoz ve ketonların kandan temizlenmesini artırmak

5.3.1 Yeniden canlandırma/acil sıvı tedavisi

Volüm açığı olan ama şokta olmayan vakalara, periferik dolaşımı düzeltmek için mümkün olan en kısa sürede 10 mL/kg % 0.9 NaCl (SF) 30-60 dakika İV olarak başlanır. Eğer doku perfüzyonunun bozuk olduğu düşünülüyorsa bu sıvı daha hızlı (15-30 dakikada) verilir ve gerekirse yeterli doku perfüzyonunu sağlamak üzere ikinci kez tekrarlanabilir.

- Nadir vakalarda şok olabilir; o zaman 20 mL/kg SF mümkün olan en hızlı şekilde, büyük lümenli kanül kullanılarak verilir ve her bolustan sonra dolaşım değerlendirilir.
- Sıvı olarak koloidal değil, kristalloid sıvılar kullanılır.

5.3.2 Açıkların yerine konulması:

Başlangıçtaki bolus sıvı verilmesinden sonraki aşamada sıvı ve sodyum açığını kapamak için % 0.45 NaCl, % 0.9 NaCl veya Ringer Laktat gibi dengeli elektrolit solüsyonlarından birisi kullanılabilir.

- Sıvı miktarı açık+ idame olarak hesaplanır. Bütün çocuklarda glukoz düzeyinin düşmesi ile birlikte damar içi volümde bir azalma olur; bu nedenle doku perfüzyonunu sağlayacak miktarda sıvı ve sodyum verilmesi gereklidir.
- Defisit sıvısı olarak % 0.45 NaCl, % 0.9 NaCl seçilebilir ve daha sonra belirtilecek miktarda KCl veya potasyum fosfat eklenir. Sıvının türüne, yani izotonik ya da hipotonik sıvı seçimine, dehidratasyon, serum Na düzeyi ve osmolaliteye

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

göre klinik olarak karar verilir.

- Açık+idame olarak hesaplanan sıvı 24-48 saate bölünerek eşit hızla gönderilir. Genel olarak ağır vakalar dışında ağızdan alım 24 saat sonra başlar. DKA düzeldikten sonra kalan rehidratasyon miktarlarının ağızdan tamamlanmasının ve deri altı enjeksiyonla insülin tedavisine geçilmesinin bir sakıncası yoktur.
- Sıvı ve elektrolit tedavisi, hidrasyon durumunun klinik değerlendirilmesi ve efektif serum osmalitesi ile izlenir. Serum glukoz düzeylerindeki azalmaya, serum sodyum konsantrasyonundaki artmanın eşlik etmesi beklenir (Genel olarak serum glukozundaki 1 mmol/L azalma, sodyum düzeyinde 0,5 mmol/L yükseltir).
- Nadir durumların dışında devam eden idrarla kayıpları, defisit tedavisine eklemeye gerek yoktur.
- Ölçülen serum sodyum düzeyi düşük ve glukozdaki düşüğe rağmen yükselmiyorsa sıvının sodyum içeriği artırılabilir.
- Klor içeriği yüksek sıvıların fazla miktarda verilmesi (ve keton ve klorün böbreklerden birlikte atılımında önceliğin ketonlarda olması), hızla hiperkloremi ($[Cl^-:Na^+] > 0.79$) ve hiperkloremik metabolik asidoza neden olabilir.
- Asidozun düzeltilmesi, total baz açığı ile izleniyorsa, klor yüksekliği asidozdaki düzelmeyi maskeleyebilir. Baz açığının ve bikarbonat düşüklüğününün devam etmesi, yanlışlıkla ketosizin devam ettiği şeklinde yorumlanabilir. Bu yanlış yorumdan kaçınmak için, yatak başında BOHB düzeyi izlenmelidir; bu şekilde ketosizin düzeldiği gösterilebilir. Hiperkloremik asidoz ise kendiliğinden düzelecektir.
- Normalde anyon açığı, ketoasidozun düzelmesinin izlenmesinde kullanılabilir; hiperkloremi durumlarında ise asidozun kaynağını ayırt etmek zordur. Normalde serum sodyumu, klordan 30-35 mmol/L daha yüksektir. Bundan yola çıkarak, klora bağlı baz açığı= (plazma sodyum - plazma klorü- 32) formülü ile hesaplanabilir. Klor yükünü azaltmak için potasyum replasmanı, KCl yerine asetat ya da fosfat bileşiği ile yapılabilir.

5.4 İnsülin Tedavisi

- İnsülin infüzyonu, sıvı tedavisi başladıktan 1 saat sonra başlanır; bu da volüm genişletmek için verilen başlangıç sıvı tedavisinden sonraya rast gelmektedir. Ağır DKA vakalarında ise insülin infüzyonunun ilk andan itibaren başlanmalıdır.
- İnsülin eksikliğini düzeltmek için 0,05-0,1 ünite/kg/saat hızında regüler insülin İV olarak verilmelidir. Genel olarak 50 mL SF içine 50 ünite Regüler insülin konularak 1 ünite= 1 mL olan bir karışım kullanılır.
- Tedavinin başında İV bolus insülin vermeye gerek yoktur; ayrıca İV bolus insülin verilmesinin serebral ödem riskini artırabileceği, osmotik basıncı hızla düşürerek şoku tetikleyebileceği ve hipokalemiyi derinleştirebileceği bilinmektedir.
- İnsülin dozu DKA düzelineye kadar ($pH > 7,3$, serum HCO_3^- düzeyi > 15 meq/L, BOHB < 1 mmol/L veya anyon açığının kapanması) 0,05-0,1 ünite/kg/saat olarak kalmalıdır. Venöz pH ve BOHB düzeyinin 2 saatte bir ölçülmesi, biyokimyasal düzelmeyi gösterme bakımından yeterlidir. Genel olarak BOHB düzeyinin saatte 0.5 mmol/L azalması insülin etkisinin yeterli olduğunu gösterir. Eğer biyokimyasal düzelmeye beklenen hızda değilse insülin dozu artırılabilir.
- Eğer hastanın insülin duyarlılığı belirgin olarak fazla ise (küçük çocuklarda ve bazı DKA başvuran izlemdeki diyabetliler), insülin dozu metabolik asidozun düzelmesini devam ettirecek kadar azaltılabilir. Örneğin 0.05 ünite/kg/saat İV insülin alan küçük bir çocuğun dozu, hipoglisemiyi önlemek için İV glukoz vermek yerine 0.03 ünite/kg/saat dozuna indirilebilir.
- Hafif ve orta DKA vakalarında ($pH > 7,1$), 0.05 ünite/kg/saat (5 yaşından küçük çocuklarda 0.03 ünite/kg/saat) dozlarındaki insülin, asidozu düzeltmek için yeterli olabilir.
- İnsülin aldosteron benzeri etki nedeniyle renal potasyum atılımını artırabilir ve uzun süreli, yüksek doz insülin veril-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

mesi, yeterli potasyum verilmesine rağmen hipokalemi riskini artırabilir. Bu sorundan kaçınmak için mümkün olduğu kadar kısa süreli ve düşük dozda insülin infüzyonu yapılmalıdır.

- Başlangıçtaki volüm genişletici sıvı tedavisinden sonra glukoz dik bir şekilde düşebilir; sonraki saatlerde, insülin tedavisi başladıktan sonra ise glukoz düzeyinin, sıvı tedavisine glukoz eklenme zamanı ve miktarına göre saatte 36-90 mg düşmesi beklenir.
- Glukozun gereksiz yere hızlı düşerek hipoglisemi gelişmesini önlemek için plazma glukoz düzeyi 250-300 mg civarına geldiğinde İV sıvıya %5 dextroz eklenir. Eğer asidozun düzeltilmesi için insülin infüzyonuna aynı hızla veya daha yüksek hızlarda (0.15-0.3 ünite/kg/saat hız gibi) devam ihtiyacı varsa İV sıvıya % 10 veya % 12.5 dextroz eklenebilir.
- Eğer başlangıçtaki sıvı tedavisinden sonra glukoz saatte 90 mg'dan daha hızlı düşerse, serum glukoz düzeyinin 300 mg düzeyine inmesini beklemeden İV sıvıya glukoz eklenebilir.
- Eğer uygun tedaviye rağmen biyokimyasal parametreler (venöz pH, BOBH düzeyi, anyon açığı) düzelmeyorsa hastanın yeniden değerlendirilmesi ve insülin tedavisinin gözden geçirilmesi gerekir. İnsülin infüzyonuna yeterli cevap yoksa, enfeksiyon, insülin preparatı ve damar yolunun kontrol edilmesi gerekir. İV tedaviye devam edilemeyen ve komplike olmayan DKA vakalarında 1 veya 2 saat arayla hızlı etkili insülin analoglarının (Lispro veya Aspart) kullanılması seçenek olabilir. İdeal olarak periferik dolaşım bozukluğu olan vakalarda bu seçenek tercih edilmez. Eğer SC insülin kullanılacaksa ilk doz 0.3 ünite/kg olarak yapılır, daha sonra ise 1 saat sonra 0,1 ünite/kg dozu ile 1 saat arayla hızlı etkili analog tedavisine devam edilir. Bir başka seçenek ise 0.15-0.2 ünite/kg dozunda 2-3 saat arayla insülin SC vermektir. Eğer DKA düzelmeden glukoz düzeyi 250 mg düzeyine inerse analog dozu 0.05 ünite/kg/saat dozuna inilir ve DKA düzelineye kadar kan glukozu 200 mg civarında tutulur. İV tedavi ile güçlük olan ve pH>7.0 olan vakalarda bir diğer seçenek 4 saat arayla regüler insülin SC vermektir. Bu durumda 0.8-1.0 ünite/kg/gün doz hesabı yapılır ve tedaviye başlanır ve kan glukozu değerine göre her enjeksiyondan önce doz gerekirse % 10-20 oranında artırılır.

5.5 Potasyum replasmanı

İnsülin tedavisi ve asidozun düzelmesi ile birlikte potasyum hücre içine geri döner ve bu da serum potasyum düzeyinde hızlı bir düşüşe ve kardiyak aritmilere neden olabilir. Potasyum replasmanı, renal yetmezlik yoksa serum potasyum düzeyinden bağımsız olarak planlanır (2).

- Eğer hasta hipokalemik ise potasyum replasmanına, başlangıçtaki volüm ekspanpsiyonu için verilen sıvı ile beraber ve insülin tedavisinden önce başlanır. Eğer bu yapılmamışsa, başlangıç sıvı tedavisinden sonra ve insülin tedavisi ile potasyum replasmanına başlanmalıdır. Serum potasyum düzeyinin yüksek olduğu durumlarda ise potasyum replasmanı idrar çıkışı başlayıncaya kadar ertelenmelidir.
- Eğer serum potasyum düzeyi acil olarak ölçülemiyorsa, EKG, çocuğun hipokalemik ya da hiperkalemik olup olmadığı konusunda yardımcı olabilir. PR aralığının uzaması, T dalgalarında düzleşme ve inversiyon, ST depresyonu, U dalgalarında belirginleşme, belirgin uzun QT aralığı hipokalemiyi gösterir. Uzun ve sivri T dalgaları ve QT aralığının kısalması ise hiperkalemiyi gösterir.
- Başlangıçta 40 mmol/L olacak şekilde potasyum infüzyonu yapılır; daha sonra ise serum potasyum düzeyine göre K konsantrasyonu planlanır. Eğer volüm ekspansiyonu ile potasyum verilmesi gerekiyorsa, 20 mmol/L potasyum infüzyonu başlanır.
- Potasyum fosfat, potasyum klorür veya potasyum asetat ile beraber verilebilir. Örneğin 20 mmol/L KCL+20 mmol/ potasyum fosfat veya 20 mmol/L potasyum asetat+ 20 mmol/ potasyum fosfat şeklinde infüzyon planlanabilir. Yalnızca KCL kullanmak hiperkloremik asidoza, tamamen potasyum fosfat kullanmak ise hipokalsemiye neden olabilir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- Potasyum replasmanı İV sıvı tedavisi ile birlikte devam etmelidir. Maksimum potasyum replasmanı 0.5 mmol/kg/saat olarak önerilmektedir.
- Eğer maksimum potasyum replasmanına rağmen hipokalemi devam ederse, insülin infüzyon hızı azaltılmalıdır.
- Tedavi başlanmamış DKA vakalarında şiddetli hipokalemi (< 2mmol/L) nadirdir ve güçlü bir potasyum replasmanı gerektirebilir. Bu durumda, kardiyopulmoner ve nöromuskuler kötüleşmeyi önlemek için serum potasyum düzeyi > 2 mmol/L oluncaya kadar insülin tedavisi geciktirilebilir.

5.6 Fosfat Replasmanı

Ozmotik diürez nedeniyle fosfat kaybı söz konusu olabilir ve insülinin fosfatın hücre içine girmesini artırması nedeniyle tedavi başlanması ile bu durum daha da şiddetlenebilir (89). Besin alımı olmaksızın 24 saatten uzun süren intravenöz tedavilerde klinik olarak belirgin hipofosfatemi gelişebilir. Plazma fosfor düzeyi 1 mg/dl'nin altına düşmedikçe semptom görülmez. DKA tedavisi sırasında oluşabilecek şiddetli hipofosfatemi bir çok organ sistemini etkileyen bulgulara neden olabilir (90). Bu bulgular arasında metabolik ensefolapati, miyokard kasılmasında bozulma ve diafram güçsüzlüğüne bağlı solunum yetersizliği, proksimal miyopati ile birlikte kas güçsüzlüğü, disfaji ve ileus, hemoliz, fagositozda ve lokosit kemotaksisinde azalma, pıhtı retraksiyonunda defekt ve trombositopeni gibi hematoloji bulgular sayılabilir. Daha önce şiddetli fosfat eksikliği olan vakalarda akut şiddetli hipofosfatemi, rabdomyolizise neden olabilir (1). Yukarıda sayılan bulgulara neden olan şiddetli hpofofatemi tedavi edilmelidir. Bunun için 0,16-0,24 mmol/kg potasyum fosfat 4-6 saatte verilir.

5.7 Asidoz ve tedavisi

DKA sırasında gelişebilen şiddetli asidoz, genel olarak sıvı ve insülin tedavisi ile düzelir. İnsülin ketoasid oluşumunu inhibe ettiği gibi, oluşan ketoasitlerin de metabolize olarak bikarbonata dönüşmesini sağlar. Hipovoleminin düzelmesi ise doku perfüzyonunu ve renal fonksiyonları iyileştirir; bu şekilde organik asitlerin atılımını artırır. Kontrollü çalışmalarda bikarbonat tedavisinin klinik yararının olmadığı, buna karşın paradoksal MSS asidozuna ve hipokalemiye neden olabileceği bildirilmiştir. Bu nedenle bikarbonat, şiddetli hiperkalemi veya kardiyak kontraktiletiyi bozan beklenmeyen şiddetteki asidoz (pH<6.9) nadir durumlarda önerilebilir. Bu durumda 1-2 mEq/kg 1-2 saatte İV olarak bikarbonat verilmesi uygundur (2).

5.8 Ağızdan alımın başlatılması ve deri altı insülin enjeksiyona geçiş:

Ağızdan sıvı ve besin alımına, DKA hemen hemen tam olarak iyileştikten sonra başlanabilir (hafif asidosiz ve ketosiz hala olabilir). Daha önce belirtildiği gibi idrarda keton pozitifliği (persistan ketonüri), BOHB normale döndükten birkaç saat sonra da devam edebilir. Bu nedenle ketonun negatifleşmesi DKA düzeldiğinin bir göstergesi olarak kullanılmaz. Ketoasidoz düzelince ve hasta oral alımı tolere edince SC insülin tedavisine geçiş planlanır. Genel olarak bunun için en iyi zaman yemek öncesi geçiş yapılmasıdır. SC insüline geçilirken, kısa veya hızlı etkili insülinler ile beraber bazal insülin de yapılmalıdır. Kan glukozunun tekrar yükselmesini önlemek için hızlı etkili insülinler yapıldıktan 15-30 dakika, kısa etkili insülinler yapıldıktan sonra ise 1-2 saat sonra İV insülin infüzyonu sonlandırılır. Bu şekilde SC insülinlerin dolaşıma geçmesi beklenmiş olur. Genel olarak eğer sabah SC insüline geçilecekse, bazal insülin akşamdan yapılabilir. Bu durumda bazal insülin etkisi yavaş olduğundan, İV insülin infüzyonu ile çakışması ve hipoglisemi riski yaratması beklenmez.

Eğer hasta DKA öncesi insülin pompası kullanıyorsa intravenöz insülinin kesmeden 60 dakika önce pompayı yeniden çalıştırmak gerekir. İnsülin kartuşu ve infüzyon seti değiştirilir ve kanül yeni bir yere yerleştirilerek insülin verilir.

Eğer hasta yeni tanı diyabet ise lokal protokollere göre (en fazla 1,5 Ü/kg/gün) regüler veya hızlı etki insülin başlanır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Eski hasta ise daha önce kullandığı doz veya bundan biraz daha fazla dozda insülin subkutan başlanır.

5.9 Serebral ödem

Klinik bulgu veren serebral ödem sıklığı %0.5-0.9, serebral ödem vakalarında mortalite sıklığı da % 21-24 olarak rapor edilmektedir. Bunların birlikte, DKA tedavisi alan çocukların % 4-15'inde nörolojik görüntüleme bulgularının eşlik ettiği mental durum bozuklukları (GCS<14) bildirilmektedir(12). Başka bir deyişle, serebral ödem nadir bir durum değildir ve klinik bulgu veren serebral ödem yaygın bir sorunun en şiddetli şekli olarak kendini göstermektedir (13). Genel olarak adolesan döneminden sonra serebral ödem nadir görülmektedir.

Serebral ödemin nedenleri tartışmalıdır. Klasik olarak, hızlı sıvı tedavisine bağlı osmalilitenin ani düşmesine bağlı bir sorun olarak tanımlanmakla birlikte son yıllarda dehidratasyon ve serebral hipoperfüzyona bağlı bir sorun olduğu görüşü öne çıkmaktadır (1).

Genel olarak serebral ödem, küçük çocuklarda, yeni tanı Tip 1 diyabetlilerde ve DKA semptomlarının süresi uzun olanlarda daha sık görülmektedir ve bunlar aynı zamanda DKA şiddeti ile ilgili parametrelerdir. Epidemiyolojik çalışmalara göre belirlenen serebral ödem risk aşağıda belirtilmiştir (2).

- Tanı anında şiddetli hipokapni
- Tanı anında BUN yüksekliği
- Tanı anında çok şiddetli asidoz
- Asidozu düzeltmek için bikarbonat kullanılması
- Serum efektif osmalitesinde erken ve hızlı düşüş
- Serum sodyum düzeylerinde yavaş yükselme ya da tedavi sırasında düzeltilmiş sodyum düzeylerinde erken düşme
- İlk 4 saat içinde büyük volümlerde sıvı verme
- Sıvı tedavisinin ilk 1 saatinde insülin verme

Klinik olarak anlamlı serebral ödem, genel olarak tedaviden sonraki 12 saat içinde görülmekle birlikte, tedavi öncesinde de görülebileceği bilinmektedir. Daha nadir olarak ise tedavi başlangıcından 24-48 saat sonra görülebilmektedir. DKA vakalarında tanı anında hafif ve orta şiddette baş ağrısı seyrek olmayan bir bulgu olmakla birlikte, *tedaviden sonra ortaya çıkan şiddetli baş ağrısı klinisyenleri her zaman endişelendirmelidir*. Serebral ödeme ait başlıca klinik bulgular şunlardır:

- Tedaviden sonra baş ağrısı başlaması ve baş ağrısında ilerleyici kötüleşme
- Nörolojik durumda değişiklikler (Huzursuzluk, konfüzyon, uyandırma güçlüğü, inkontinans)
- Spesifik nörolojik bulgular (kafa çifti felci, papil ödemi gibi)
- Cushing triadı (kan basıncı artma, bradikardi ve solunum depresyonu), kafa içi basınç artmasının geç ve önemli bir bulgusudur
- O₂ satürasyonunda azalma

Serebral ödem tanısı aşağıdaki kriterlere göre konur; tedaviden önceki bulgular serebral ödem tanısında dikkate alınmaz ve tanı için MSS görüntülemesine gerek yoktur. Tanı için 1 tanı koydurucu kriter, 2 major kriter veya 1 major+2 minör kriter yüksek bir duyarlılığa sahiptir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Tanı koydurucu kriterler:

- Ağrıya anormal motor veya sözel yanıt
- Dekortike veya deserebre postürü
- Kranial sinir felci (Özellikle III, IV ve VI)
- Anormal nörojenik solunum paterni (inleme, takipne, Cheyne-Stokes solunumu, apneler)

Major kriterler:

- Mental değişikşik, konfüzyon, bilinç düzeyinde dalgalanma
- Kalp hızında uyku veya damar içi volümdeki düzelmeye ilgisi olmayan sürekli azalma (dakika 20 atımdan fazla azalma)
- Yaşı ile uyumsuz inkontinans

Minör kriterler:

- Kusma
- Başağrısı
- Letarji ya da uyandırma güçlüğü
- Diyastolik kan basıncının >90 mm Hg
- Beş yaşından küçük olma

Değerlendirme için yaşa, cins ve diğer parametrelere göre kan basıncı ve kalp hızı

referans değerleri yatak başında hazır bulundurulmalıdır. Diyabet insipid görülmesi (kendini idrar çıkışında artma ve eş zamanlı serum sodyum düzeylerinde yükselme ile gösterir), serebral herniasyona bağlı hipofiz kanlanması kesilmesinin bir göstergesi olabilir.

Serebral ödem tedavisi

Serebral ödem tedavisine şüphe oluşur oluşmaz başlanmalıdır. Öncelikle verilen sıvı miktarı kan basıncını normal tutacak miktara azaltılmalı ve fazla sıvı vermekten kaçınılmalıdır. Öte yandan ise serebral perfüzyon bozukluğuna neden olabilecek hipotansiyon konusunda da dikkatli olunmalıdır. Hiperosmolar sıvılar yatak başında hazır bulundurulmalıdır. Tedavi gerektiğinde aşağıdaki basamaklar izlenebilir:

- Mannitol 0.5-1 gram/kg dozunda 10-15 dakikada gidecek şekilde İV olarak verilir (15). Mannitol'ün etkisi 15 dakika içinde görülür ve 120 dakika kadar sürmesi beklenir. Mannitol tekrar verilecekse 30 dakika sonra verilmesi önerilmektedir.
- % 3'lük NaCl, Mannitol'e seçenek olarak veya Mannitole 15-30 dakika içinde cevap yoksa 2.5-5 ml/kg dozunda 10-15 dakika içinde İV verilir. Araştırmalar, % 3'lük NaCl'ün Mannitol'e bir üstünlüğünün olmadığını göstermektedir.
- Yatak başı 30 derece yükseltmeli ve hastanın başı orta hatta tutulmalıdır.
- Şiddetli nörolojik bozukluğa bağlı solunum yetersizliği gelişirse entübasyon gerekebilir.
- Tedavi başladıktan sonra, kritik hastalarda, özellikle de ensefalopatisi ve fokal nörolojik bulgusu olan vakalarda kranial görüntüleme istenebilir. Bununla birlikte kranial görüntüleme almak için semptomatik hastaların tedavisi geciktirilmemelidir. Kranial görüntüleme, kafa içi kanama gibi acil cerrahi gerektiren ya da anti-koagulan tedavi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

gerektiren serebrovasküler tromboz gibi durumlardan şüpheleniliyorsa yapılmalıdır. Bu gibi durumlarda fokal veya ilerleyici şiddetli baş ağrısı, fokal nörolojik defisit gibi klinik bulguların olması beklenir.

5.10 Acil servislerde tedavi ve sevk

Pediyatrik DKA vakalarının acil servislerde uygun bir şekilde tedavisi için de çaba gösterilmelidir. Bu amaçla ülkemizde olduğu gibi "Çocuk Acil ve Yoğun Bakım Dernekleri" ile işbirliği yapılmalıdır. DKA hastalarının ilk başvurduğu sağlık kurumlarında çocuk endokrinolojisi uzmanı yoksa veya hastanın mutlak yoğun bakım ihtiyacı varsa hastalar uygun kurumlara sevk edilir. DKA vakalarının mümkünse çocuk endokrinolojisi uzmanı olan kurumlarda tedavi edilmesi tercih edilmelidir.

Acil servislerdeki hekimlerin ve/veya çocuk uzmanlarının aşağıdaki noktaları dikkate almaları gereklidir:

- Tanı gecikmesine neden olmamak, kilo kaybını her zaman önemli bir bulgu olarak değerlendirmek
- Kusmaul solunumu olan çocukları en hızlı şekilde damar yolu açarak çocuk endokrinolojisi uzmanı olan bir merkeze göndermek
- Acil tedavilerin yapılması
 - Hipotansif şok için gerekenlerin yapılması (Bolus SF ve gerekirse inotropik ajan kullanımı)
 - Solunum yolununun açık tutulması, gerekirse hava yolu tübü ve NG takılması
 - % 100 O₂ verilmesi
 - Hiperpotasemi bulgularının izlenmesi (T sivrililiği)
- Ağır dehidratasyonu olan çocuklara bir kez 10 ml/kg SF 1 saatte gidecek şekilde vermek ve bu sıvı ile hastayı sevk etmek
- Bolus insülin vermektten kaçınmak
- HCO₃ vermektten kaçınmak
- Koma ile başvuran hastalarda MSS komplikasyonu olabileceğinden hiç vakit kaybedilmemesini sağlamak (Çocuk endokrinolojisi uzmanı + çocuk yoğun bakımı olan bir yere sevk etmek)

Kaynaklar

1. Cherubini V, Grismann JM, Åkesson K, Birkebæk NH, Cinek O, Dovč K, Gesuita R, Gregory JW, Hanas R, Hofer SE, Holl RW, Jefferies C, Joner G, King BR, Mayer-Davis EJ, Peña AS, Rami-Merhar B, Schierloh U, Skrivarhaug T, Sumnik Z, Svensson J, Warner JT, Bratina N, Dabelea D. Temporal trends in diabetic ketoacidosis at diagnosis of paediatric type 1 diabetes between 2006 and 2016: results from 13 countries in three continents. *Diabetologia* 2020 May 8. doi: 10.1007/s00125-020-05152-1.
2. Wolfsdorf JI, Glaser N, Agus M, Fritsch M, Hanas R, Rewers A, Sperling MA, Codner E. ISPAD Clinical Practice Consensus Guidelines 2018: Diabetic ketoacidosis and the hyperglycemic hyperosmolar state. *Pediatr Diabetes*. 2018 Oct;19 Suppl 27:155-177
3. Hatun Ş, Demirbilek H, Darcan Ş, Yüksel A, Binay C, Şimşek DG, Kara C, Çetinkaya E, Ünüvar T, Uçaktürk A, Tütüncüler F, Cesur Y, Bundak R, Sağlam H, Şimşek E, Bereket A; Turkish Pediatric Diabetes Research Group. Evaluation of therapeutics management patterns and glycemic control of pediatric type 1 diabetes mellitus patients in Turkey: A nationwide cross-sectional study. *Diabetes Res Clin Pract*. 2016 Sep;119:32-40.
4. Demirbilek H, Özbek MN, Baran RT. Incidence of type 1 diabetes mellitus in Turkish children from the southeastern

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- region of the country: a regional report. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2013;5(2):98-103.
5. Dhatariya KK, Glaser NS, Codner E, Umpierrez GE. Diabetic ketoacidosis. *Nat Rev Dis Primers.* 2020 May 14;6(1):40. doi: 10.1038/s41572-020-0165-1.
 6. Cameron FJ, Northam EA, Ryan CM. The effect of type 1 diabetes on the developing brain. *Lancet Child Adolesc Health* 2019 Jun;3(6):427-436.
 7. Olivieri L, Chasm R. Diabetic ketoacidosis in the pediatric emergency department. *Emerg Med Clin North Am.* 2013 Aug;31(3):755-73.
 8. Glaser N, Kuppermann N. Fluid treatment for children with diabetic ketoacidosis: How do the results of the pediatric emergency care applied research network Fluid Therapies Under Investigation in Diabetic Ketoacidosis (FLUID) Trial change our perspective? *Pediatr Diabetes.* 2019 Feb;20(1):10-14.
 9. Burge MR, Hardy KJ, Schade DS. Short-term fasting is a mechanism for the development of euglycemic ketoacidosis during periods of insulin deficiency. *J Clin Endocrinol Metab.* 1993;76(5):1192-1198.
 10. Kılıç M, Kaymaz N, Özgül RK. Isovaleric acidemia presenting as diabetic ketoacidosis: a case report. *J Clin Res Pediatr Endocrinol.* 2014;6(1):59-61
 11. Monroe KW, King W, Atchison JA. Use of PRISM scores in triage of pediatric patients with diabetic ketoacidosis. *Am J Manag Care.* 1997; 3(2):253-258.
 12. Glaser NS, Marcin JP, Wootton-Gorges SL, et al. Correlation of clinical and biochemical findings with diabetic ketoacidosis-related cerebral edema in children using magnetic resonance diffusion-weighted imaging. *J Pediatr.* 2008;153(4):541-546.
 13. Hatun S, Cizmecioğlu F, Toprak D. Cerebral complications in diabetic ketoacidosis. *Turk J Pediatr.* 2005 Apr-Jun;47(2):170-172.
 14. Glaser N. Cerebral injury and cerebral edema in children with diabetic ketoacidosis: could cerebral ischemia and reperfusion injury be involved? *Pediatr Diabetes.* 2009;10(8):534-541.
 15. Roberts MD, Slover RH, Chase HP. Diabetic ketoacidosis with intracerebral complications. *Pediatr Diabetes.* 2001;2:109-114.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

PCOS: METABOLİK SENDROM

Prof. Dr. S.Temel CEYHAN

Ankara Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Polikistik over sendromu (PKOS) reproduktif yaş dönemindeki kadınlarda sık görülen, kronik anovulasyon, polikistik over morfolojisi ve androjen hormonların artışıyla karakterize, endokrin ve metabolik bir hastalıktır (1). İlk olarak 1935 yılında, Stein-Leventhal tarafından, polikistik overlere bağlı gelişen amenore olarak tanımlanmıştır (2). Tahmini prevalansı %10 dur. Overlerdeki patolojiye ilave olarak obezite ve çevresel faktörler de bireysel semptomların gelişmesinde etkilidir. Kronik anovulatuvar infertilitenin en sık nedeni olan PKOS, multisistemik reproduktif metabolik bir sendrom olarak tip 2 DM, dislipidemi, kardiyovasküler hastalık, infertilite ve endometriyal karsinom gibi uzun dönem sağlık riskleri taşıması nedeniyle günümüzde bir halk sağlığı problemi olarak da ön plana çıkmaktadır (3).

Hastalığın klinik ve biyokimyasal parametrelere bağlı olarak tanısını koymak amacıyla birçok topluluk tarafından (National Institute of Health (NIH) ve Androgen Excess Society (AES) ve Rotterdam) tartışmalar yapılmış ve bu konuda fikirbirliğine varılmaya çalışılmıştır. Bu tartışma sonuçlarına göre alınan kararlar içerisinde Rotterdam (2003) kriterleri en geniş kullanıma sahip olan ve halen geçerli olan tanı kriterleridir.

2003 yılında Rotterdam'da (ESHRE/ASRM) düzenlenen toplantıda, kronik anovulasyon & hyperandrogenisme yol açan diğer endokrin bozukluklar ekarte edildikten sonra sendrom tanısının aşağıdaki üç kriterden ikisinin birlikteliği ile konulması önerilmiştir.

1. Oligo-anovülasyon (ANOV); over fonksiyon bozukluğudur, klinik bulgu olarak oligomenore veya amenore şeklinde karşımıza çıkmaktadır.
2. Klinik ve/veya biyokimyasal hiperandrojenizm bulguları (HA)
3. Ultrasonografide overde polikistik ovaryan morfoloji (PKOM); tek overde 12 veya daha fazla 2-9 mm kist ve/veya over volümünün 10 ml den fazla olması

İnsülin direnci ve obezite PKOS'da sık görülmesine rağmen tanı kriterleri olarak kabul edilmemektedir. İnsülin direnci, obezite ve LH yüksekliğinde etnik ve çevresel faktörlerin etkili

ETYOPATOGENEZ

Kompleks bir hastalık olan PKOS'un etiyolojisi tam olarak bilinmemekle birlikte bu hastalık kadar karmaşık olduğu gözlenmektedir. Genetik faktörler, fetal dönemde meydana gelen epigenetik değişiklikler, maternal ve postpubertal hormonal dengesizlikler, yaşam tarzı ve çevresel faktörler dahil olmak üzere bir çok faktör sorumlu tutulmaktadır.

İnsülin rezistansı (IR)

İnsülin rezistansı PKOS lu obez adölesanların %50-75 inde vardır ve bunların %60 ında metabolik sendrom da mevcuttur (4). İnsülin rezistansı adölesan dönemde oluşmakta ve pankreatik beta-hücre disfonksiyonu ile ilgili olduğu düşünülmektedir. Glukoz toleransı yıllar içinde ilerleyici olarak bozulmakta ve 40 yaşında PKOS lu kadınların %10 u Tip 2 DM olmaktadır (5).

İnsan vücudunda kan glukoz düzeyinin korunmasında metabolik etkinlik gösteren insülinin de PKOS'un patogenezinde rol oynadığı düşünülmektedir. İnsülin normal koşullarda insülin benzeri büyüme faktörü (IGF) gibi teka hücreleri üzerinde bulunan IGF 1 reseptörlerine bağlanarak androjen sentezini pozitif yönde etkilemektedir. Fakat PKOS lu hastaların çoğunda insülin direncinin (insüline karşı verilen normal glukoz yanıtının bozulması) ortaya çıktığı ve buna yanıt olarak

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

gelişen hiperinsülineminin (insülinin kanda artışı) varlığı söz konusudur. Aynı zamanda paradoksal olarak overlerde insüline karşı hipersensitivite geliştiği düşünülmektedir (6).

Kandaki artan insülinin aynı zamanda karaciğerde SHBG sentezini azaltarak sT seviyesinde artışa neden olduğu düşünülmektedir. İnsülin aynı zamanda karaciğerde insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein (IGFBP) sentezini de azaltarak serbest IGF miktarını arttırmaktadır. Artan IGFnin de teka hücreleri üzerindeki pozitif etkinliğini sonucu overlerde androjen sentezi artışı olmaktadır.

Atherojenik Dislipidemi

Adipositlerde IR sı yağ dokusundan karaciğere serbest yağ asitlerinin (FFA) geçişini artırmaktadır. FFA, hepatik VLDL sentezini indüklemekte, bunun sonucunda trigliseridler ve apolipoprotein B artmakta, HDL azalmaktadır. Lipid parametrelerinde ki bu değişiklikler ise atherojenik dislipidemi ile sonuçlanmaktadır.

PCOS IR nın yönlendirdiği kronik inflamasyon ve atherogenezis ile birlikte dir. Genetik anormalliklerin yanında obezite ve yüksek glisemik diyet pro-inflamatuvar sitokinlerin üretimine yol açmaktadır (7).

Obezite

Genetik predispozisyon, kötü beslenme ve hayat tarzı nedeni ile oluşan obezite metabolik bozukluk için zemin oluşturmaktadır. Artmış insülin direnci sonucu serbest androjenler artmış ve bu da santral obeziteye meyil oluşturmuştur (8).

Hipertansiyon

Artmış insülin ve FFA sempatik sistem ve renin-anjiyotensin-aldosteron aktivasyonu ile sonuçlanmaktadır. Buna ilave vasküler endotelial disfonksiyon bu tansiyon artışını desteklemektedir (9).

Metabolik sendrom insülin rezistansının obezite ve yaş ile etkileşmesi sonucu ortaya çıkar. Tip 2DM ve kardiovasküler hastalık için metabolik risk faktörlerinin bir araya gelmesi olarak tanımlanır.

Beş risk belirleyiciden üçünün olması tanı koydurucudur (10);

- Bel Çevresi (Ülke Spesifik), kadın >80cm
- Trigliserit ≥ 150 mg/dl
- HDL-Kolesterol, K<50mg/dl
- Kan Basıncı $\geq 130/85$ mmHg
- Açlık glisemisi ≥ 100 mg/dl

Adölesanlarda bazal bel çevresi ve serum TG ölçümü sonraki metabolik sendromu için öngörü sağlar. Her iki yılda her bir 1 cm bel çevre artışı, metabolik sendrom gelişme riskini %7.4 artırır. Bazaldan her bir 1 mg/dL TG artışı, metabolik sendrom riskini %1.3 artırmaktadır (11).

PCOD de metabolik sendrom risk faktörlerinin değerlendirilmesi

- Sigara: her vizitte kontrol edelim, mümkünse bırakalım
- Obezite (kilo, BMI, bel çevresi): her vizitte kontrol edelim
- Kan basıncı: BMI:<25-yıllık, >25 her visit
- Lipid profil.Normal ise 2 yıl, anormal veya obez ise yıllık kontrol edelim
- OGTT(75 gr): Tüm kadınlar: 2 yıl , risk faktör varlığı yıllık

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

TEDAVİ

PKOS kompleks bir hastalık olduğu için tedavisi de diğer birçok hastalığa göre daha karmaşıktır. PKOS un kesin tedavisi yoktur ve semptomlara yönelik tedavi uygulanmaktadır. Kilo verme, ovulatuvar siklusların yeniden sağlanması ve metabolik risklerin düzeltilmesi bakımından çoğu kadında ilk tedavi seçeneği olmaktadır.

Tedavide amaç

- Androjenlerin sentezinin ve dolaşımdaki miktarının azaltılması
- Endometriumu karşı koyulmayan östrojen etkisinden korumak
- Yaşam tarzını değiştirerek normal vücut ağırlığına kavuşmak
- Kardiovasküler hastalık riskini azaltmak
- Hiperinsülineminin kardiovasküler hastalık ve DM risklerini artırıcı etkisini engellemek
- Gebelik için ovulasyonu uyarmaktır.

Tedavide temel hedefler hiperandrojenizmin kontrol edilmesi ve insülin direncine bağlı olarak gelişen metabolik sorunların giderilmesi olarak sıralanabilir.

Fakat tedavi seçeneklerinin kullanımı adölesan ve yetişkin hastalarda farklılık göstermektedir. PKOS hastalarında ilk önerilen tedavi seçeneği yaşam stilinde değişikliktir. Düşük kalorili diyet, kilo vermek ve fiziksel aktivitede artış gibi değişikliklerin bu hastalarda tedavi edici etkinlik sağladığı, %5 lik bir kilo kaybının dahi PKOS semptomlarını azalttığı gösterilmiştir.

PKOS olan olgularda obezite gerek klinik ve gerekse de biyokimyasal değişkenler üzerinde oldukça etkili olan bir durumdur. Olguların yarısından fazlası normal kilonun üzerindedir.

National Institute of Child Health and Human Development (NICHD) tarafından düşük karbonhidrat içeren günlük diyetin, kilo vermeyi sağladığı, testesteron miktarını azalttığı ve insülin sensitivitesini arttırdığı kabul edilmiştir. Aynı zamanda fiziksel aktivitenin PKOS'a bağlı ortaya çıkan depresyonu azalttığı savunulmaktadır.

Metabolik bozukluklar

Obesite

Kilo kaybı, ovulatuvar siklusların restorasyonu ve metabolik risklerin düzeltilmesini sağladığı için çoğu kadında ilk seçenektir. Obesite tedavisi, hayat tarzı değişikliği (diyet ve egzersiz), takiben ilaç tedavisi ve gerekirse bariatrik cerrahiden oluşmaktadır.

Kilo kaybı

PCOS lu hastalarda hafif kilo kaybı (vücut ağırlığının %5-10 u) bile ovulatuvar siklusları sağlamakta ve gebelik oranlarını düzeltmektedir. Kilo kaybına cevap her hasta için değişkendir. Aynı kilo kaybı olsa bile adet döngüsü her hasta da farklı cevap vermektedir. İlave olarak kilo kaybının reproduktif veya metabolik sonuçlara etkisini gösteren randomize kontrol çalışmaları ve uzun süreli veriler yoktur (12).

- VKİ'nin normale düşmesi ile
 - » Mens. normale döner
 - » Ovulasyon başlar

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- » Androjen seviyeleri normale düşer
- » Hirsutizm önler
- » Kalp hast riski azalır
- » İnsülin rezistansı azalır
- » Kolesterol seviyesi düşer
- » Kan lipid düzeyleri azalır
- » İnfertilite riski azalır

Bir diyetin diğer diyete üstünlüğünü gösteren iyi kanıtlı çalışmalar yoktur. Düşük karbohidrat dietleri daha az hiperinsülinemi ve daha az insülin rezistansına yol açtığından dolayı daha popülerdir.

Bariatrik cerrahi

Bariatrik cerrahi ovulatuvar siklusların yeniden sağlanması, insülin rezistansı, hiperandrojenemi ve hirsutizm skorlarının düzeltilmesi ile birlikte (13).

İnsülin rezistansı/tip 2 Diabet

İnsülin sensitize edici ajanlar asıl olarak diyabet hastalarında kan glukoz seviyesini stabil tutmak ve vücudun insüline cevabı arttırmak amacıyla kullanılan ilaçlardır. PKOS'un fizyopatolojisinde insülin direnci olduğu için bu hastalarda da günümüzde kullanılmaktadır (14).

Metformin FDA onayı olmamasına rağmen PKOS'lu hastalarda bu amaçla yaygın olarak kullanılmaktadır. Akne ve hirsutizmi tedavi ettiği, kilo vermeyi kolaylaştırdığı düşünülmektedir. Fakat metforminin PKOS'lu hastalarda 4-6 ay kullanımdan sonra düzenli ovulasyon sağladığı gösterilmiştir. Bazı çalışmalar yaşam stilindeki değişiklikler ve metforminin birlikte PKOS tedavisinde daha etkili olduğunu savunmaktadır (15).

Aynı zamanda PKOS'a bağlı infertilite tedavisinde ovulasyon indüksiyonu amacı ile kullanılabilmesine dair çalışmalar mevcuttur (16). Troglitazon yine bu grupta sayılan benzer bir ilaçtır PKOS'lu hastalarda kullanımı sırasında karaciğer fonksiyon testleri takibi önemlidir.

REFERANSLAR

1. March WA, Moore VM, Willson KJ, Phillips DI, Norman RJ, Davies MJ. 2010. The prevalence of polycystic ovary syndrome in a community sample assessed under contrasting diagnostic criteria. *Human Reproduction* 25:544–551.
2. Irving F. Stein,, Michael L. Leventhal, Amenorrhea associated with bilateral polycystic ovaries**American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1935Volume 29, Issue 2, Pages 181–191
3. Revised 2003 consensus on diagnostic criteria and long-term health risks related to polycystic ovary syndrome. *Fertil Steril* 2004;81:19-25.
4. Lewy VD, Danadian K, Witchel SF, Arslanian S. Early metabolic abnormalities in adolescent girls with polycystic ovarian syndrome. *J Pediatr* 2001; 138:38.
5. Legro RS, Kusanman AR, Dodson WC, Dunaif A. Prevalence and predictors of risk for type 2 diabetes mellitus and impaired glucose tolerance in polycystic ovary syndrome: a prospective, controlled study in 254 affected women. *J Clin Endocrinol Metab* 1999; 84:165.
6. Dunaif A, Xia J, Book CB, Schenker E, Tang Z. Excessive insulin receptor serine phosphorylation in cultured fibroblasts and in skeletal muscle. A potential mechanism for insulin resistance in the polycystic ovary syndrome. *J Clin*

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Invest 1995;96:801–10.

7. Aubuchon M, Jennifer A. Bickhaus, Gonzalez F. Obesity, metabolic dysfunction and inflammation in polycystic ovary syndrome. In: Pal Lubna, editor. Polycystic Ovary Syndrome. New York: Springer; 2014. p. 117–44.
8. Escobar-Morreale HF, San Millan JL. Abdominal adiposity and the polycystic ovary syndrome. Trends Endocrinol-Metab 2007;18:266–72.
9. Rahmouni K, Correia MLG, Haynes WG, Mark AL. Obesity-associated hypertension: new insights into mechanisms. Hypertension 2005;45:9–14.
10. Expert Panel on Detection Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults, Executive Summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III). JAMA 2001;285:2486–97.
11. Morrison JA, Metabolic syndrome in childhood predicts adult cardiovascular disease 25 years later: the Princeton Lipid Research Clinics Follow-up Study. Pediatrics 2007; 120: 340-5.
12. Pasquali R, Gambineri A, Cavazza C, et al. Heterogeneity in the responsiveness to long-term lifestyle intervention and predictability in obese women with polycystic ovary syndrome. Eur J Endocrinol 2011; 164:53.
13. Escobar-Morreale HF, Botella-Carretero JI, Alvarez-Blasco F, et al. The polycystic ovary syndrome associated with morbid obesity may resolve after weight loss induced by bariatric surgery. J Clin Endocrinol Metab 2005; 90:6364.
14. American College of Obstetricians and Gynecologists(ACOG). (2015). *Polycystic ovary syndrome*. Retrieved May 20, 2016,
15. Naderpoor N, Shorakae S, de Courten B, Misso ML, Moran LJ, Teede HJ. Metformin and lifestyle modification in polycystic ovary syndrome: systematic review and meta-analysis. Human Reproduction Update. 2015;21(5):560–574
16. Legro, R. S., Barnhart, H. X., Schlaff, W. D., Carr, B. R., Diamond, M. P., Carson, S. A., et al. (2007). Clomiphene, metformin, or both for infertility in the polycystic ovary syndrome. *New England Journal of Medicine*, 356(6), 551–566.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

SAĞLIKLI SÜT ve OKUL ÇOCUĞU İZLEMİ

Prof. Dr. Vefik ARICA

Yalova Üniversitesi

Sağlam çocuk izlemi; tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadıklarının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir çocuk sağlığı izlemi hizmetidir.

Sağlam çocuk izleminde iki ana amaç bulunmaktadır; Sağlığın geliştirilmesi ve desteklenmesini sağlamak ve sağlamlığı sürdürmek, bebek ve çocuk ölümlerini, hastalık, sakatlıkları azaltmak ve önlemektir.

Sağlam çocuk izlemi, çocuk hekimliğinin temelini oluşturur ve sadece sağlıklı çocuklara verilen bir hizmet değildir. Tüm çocukların büyüme ve gelişmelerinin izlendiği, sağlıklı olup olmadıklarının değerlendirildiği, aşı ve sağlık eğitimi gibi koruyucu hekimlik uygulamalarının sunulduğu bir çocuk sağlığı hizmetidir.

Çocuk sağlığı izlemleri çocuklar için uygun bir ortamda, yeterli zaman ayrılarak yapılır. Anne-baba, varsa bebeğin bakıcısı ya da bakımına yardımcı olan kişiler ile birlikte olunması önemlidir. Sağlam çocuk izleminin amacına ulaşabilmesi için 20-30 dakika sürmesi gerekir. İzlemler sırasında düzenli kayıt tutulmasına özen gösterilir.

Çocuk sağlığı izlemi öykü/görüşme, gelişimin değerlendirilmesi, fizik muayene, gözlem, taramalar, aşılama, danışmanlık ve sağlık eğitimini kapsar. Muayeneye her seferinde iyi bir öykü ile başlanır. Çocuğun şikayeti olup olmadığına bakılmaksızın her ziyarette tam bir fizik muayene yapılır. Boy, vücut ağırlığı, baş çevresi ölçümleri yapıp büyüme izlem kartına işlenir ve yorumlanır. Aynı zamanda aile ve çocuk ilişkisi de gözlemlenir. Çocukların yaşlarına uygun bazı taramalarının yapılması sağlam çocuk takiplerinde çok önemlidir.

Türkiye’de 11 Mart 2020 tarihinde ilk Covid-19 vakası tespit edildi ve bu durumun ardından 12 Mart’ta okulların tatil edilmesiyle olaylar zinciri başlamış oldu. Nisan 2020 de ise ülke çapında hafta sonları sokağa çıkma kısıtlaması, 20 yaş ve altındaki bireyler için sokağa çıkma kısıtlaması getirildi. Okulların online eğitim sistemine geçmesi ve sokağa çıkma kısıtlamasıyla birlikte Pandemi döneminde karantina uygulamasından en fazla etkilenen gruplardan birini 20 yaş ve altı bireyler oluşturdu.

Çocuk sağlığı izlemi ilkeleri olarak;

1. Hastalıkların önlenmesi

- Büyüme-gelişimin izlenmesi
- Yaşa uygun beslenmenin sağlanması
- Aşılama
- Sağlık eğitimi

2. Hastalıkların erken tanı ve tedavisi

- Öykü
- Fizik muayene
- Taramalar

3. Aileye destek

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

- Sağlık eğitimi
 - Çocuk yetiştirilmesi konusunda danışmanlık
 - Aile planlaması konusunda danışmanlık
4. Bakımın sürekli olmasının sağlanması olarak değerlendirilebilir.

Aile, çevre ve çocuk ilişkisinde;

- Çocuğun anne, baba ya da çocuğa bakan kişi ile ve çevre ile ilişkileri gözlenmelidir.
- İlk aylarda emzirme gözlenmeli, biberon ve emzik kullanımı, kundaklama gibi yanlış uygulamalar önlenmelidir.
- Çocuk ihmali ya da istismarını işaret eden bulgulara (bakımsız bebek, ilgisiz anne, annenin veya bakıcının bebeğe sert tavırları, vs) dikkat edilmelidir.

Fizik Muayenede;

- Şikayeti olup olmadığına bakılmaksızın her çocuğa her ziyarette tam bir fizik muayene yapılmalıdır.
- Her kontrolde; ağırlık, boy ve en az iki yaşına kadar baş çevresi saptanarak büyüme parametreleri izlenmeli, büyüme ve gelişme değerlendirilip yorumlanmalıdır.
- 3 yaşından başlanarak kan basıncı da ölçülmelidir.

Gelişimin değerlendirilmesinde;

- Öykü ve fizik muayene sonrası çocuğun sağlığı, fiziksel ve nöromotor gelişimi ve psikososyal sağlığı değerlendirilmelidir.
- Bu değerlendirmeler ışığında tarama testleri ve bağışıklama planlanmalıdır.

Sağlıklı süt ve okul çağı takipleri yukarıda sıralandığı gibi düzenli ve belirli aralıklarla yapılmalıdır. Ancak pandemi sebebiyle aileler hastanelere gelmekten korkuyorlar. Unutmamak gerekir ki geç kalınmış teşhis tedavide sıkıntılara sebebiyet veriyor. Birtakım hastalıklar ne kadar erken teşhis edilirse tedavi şansı o kadar yüksek oluyor. Çocuklar hepimizin geleceği ve umudu. Bu sebeple onları en iyi şekilde büyütmek ve geliştirmek için rutin çocuk sağlığı kontrolleri büyük önem arz ediyor. Süt çocukluğu döneminde beslenmenin takibi, büyüme gelişme takibi, okul öncesi dönemde gelişim gerilikleri gelecekteki bir takım hastalıklar açısından davetiye çıkarabilmektedir.

İlk ve ortaöğretim düzeyindeki öğrencilere sokağa çıkma kısıtlamalarının uygulaması, yaşam tarzlarında ve alışkanlıklarında birçok radikal değişikliklere neden oldu. Özellikle izole bir hayat tarzı, öğrencilerin fiziksel aktivite ve yeme alışkanlıkları üzerinde ciddi olabilecek etkiler yarattı. Bunun yanı sıra temel olarak market alışverişlerindeki kısıtlamalar nedeniyle daha çok stok yapılabilen besinlerin tercih edilmesi, sosyal hayattan izole olmaktan kaynaklanan öğün saatlerindeki düzensizliğe, uluslararası düzeyde etkili koronavirüsten kaynaklanan haberleri/duyuruları takip etmekten kaynaklanan stres düzeyindeki artışla birlikte beslenme alışkanlıkları ve yeme davranışlarında değişiklikler oluşturdu. Ayrıca uzun süre evin içerisine olmak yeme isteğini arttıran reklamlara ve değişik şekillerde yeme modelleri ve mesajları veren programlara maruziyeti arttırıyor, Yemek/besin seçimi tercihlerinde farklılıklara yol açıyor. Yapılan bir çalışmada, sokağa çıkma kısıtlamaları yapılan Çocuk ve ergenlerin bu durumda olmayanlara göre daha fazla psikolojik sıkıntı yaşadıklarını gösteriyor.

Aşılar: Aşılar hayat kurtarır, asla ihmal edilmemelidir.

Kronik rahatsızlıklar: Çocuğun kronik, süregelen, hastaneye gitmesini gerektiren bir hastalığı varsa izlemlerini ve tedavilerini ihmal etmemeliyiz.

Özel gereksinimli çocuklar: Bu dönemde özel gereksinimleri (engelleri) olan çocuklarımızı izleyen birimleri arayarak izlemlerinin, desteklenmelerinin nasıl süreceğini öğrenelim. Çocuklarımızın eğitim ve rehabilitasyon hizmetlerine ara

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

verilmiş olabilir. Ancak çocukların ve ailelerin ekonomik hakları devam etmektedir. “Engelli Sağlık Kurulu Raporu (ESKR)” ya da “Çocuklar İçin Özel Gereksinim Raporu (ÇÖZGER)” süreleri sonlanan çocukların rapor süreleri devlet tarafından uzatılmıştır.

Ev kazaları: Çocukların yaşadığı ev kazaları, en sık rastlanan önlenilebilir sakatlanma ve ölüm nedenlerindedir. En ölümcül yaralanmalara yol açabilecek olan kazalar; ateşli silah, suda boğulma, elektrik kablosu ya da iple boğulma, nefes borusuna küçük cisim kaçması, yanma, elektrik çarpması, zehirlenme, yakıcı temizlik maddesinin içilmesi, merdiven, pencere ya da balkondan düşme ile olmaktadır. Ev kazalarını önlemek için öncelikle genel önlemler alınmalıdır.

OBEZİTE

Obezite, Dünya Sağlık Örgütü tarafından ‘Sağlığı bozacak ölçüde vücutta anormal veya aşırı yağ birikmesi’ olarak tanımlanıyor. Çocukluk çağı obezitesi, özellikle gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde hızla artan bir prevalansa sahip. Amerika Birleşik Devletleri’nde son 30 yılda çocukluk çağı obezitesi prevalansı 10-19 yaş arası bireylerde üç katına çıktı. Genetik, çevresel, nörolojik, fizyolojik, biyokimyasal, sosyokültürel ve psikolojik pek çok faktör birbiriyle ilgili olarak obezite oluşumuna neden oluyor. Ancak bunların içinde aşırı beslenme, dengesiz beslenme ve fiziksel aktivite yetersizliği en önemli nedenler olarak kabul ediliyor. Bu faktörlerin yanı sıra tüm dünyayı etkisi altına alan Koronavirüs salgınının çocuklarda obeziteye sebep olabilecek (fiziksel aktivitede azalma, dengesiz beslenme, stres gibi) faktörlere yol açabileceği biliniyor. Dolayısıyla pandemi şartlarında çocukların bu faktörlerden etkilenmemesini sağlamak hem çocukluk çağı obezitesini önlemek hem de yetişkinlik döneminde de devam edebilecek yanlış beslenme alışkanlıklarını önlemek açısından oldukça önemli.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan Türkiye’ye Özgü Beslenme Rehberi’nde ilk ve ortaöğretim düzeyindeki öğrenciler için sağlıklı beslenmenin nasıl olması gerektiği, besin gruplarının günlük tüketilmesi istenen porsiyon miktarları ve yaş ve cinsiyete göre besin öğelerinin referans alım miktarları bulunuyor. Bu rehberin aileler tarafından incelenmesi, daha sağlıklı toplumların oluşmasında önemli düzeyde katkı sağlayacaktır.

ÇOCUKLAR OKULA GİTMEDİĞİNDE YANLIŞ BESLENİYOR

Yapılan bilimsel çalışmalar, çocukların okula gitmediği zaman (örneğin, hafta sonları ve yaz tatilleri) fiziksel olarak daha az aktif olduklarını, çok daha uzun ekran sürelerine maruz kalmalarına, düzensiz uyku düzenlerine ve yanlış beslenme programlarına sahip olduklarını ve bunun da vücut ağırlığında artışa, vücutta birçok dengenin değişmesine ve zaman içerisinde özellikle kalp-solunum sistemi hastalıklarına neden olduğunu gösteriyor. Bu durumlar göz önüne alındığında pandemi şartlarında da uzun süre evde kalmak zorunda kalan çocukların benzer eğilimler gösterdiği görülüyor.

Dünya Sağlık Örgütü, sağlıklı bir beslenme programının birçok hastalığın önlenmesi ve tedavisinde yardımcı olabileceğini hatırlatarak evde kalmak zorunda olunan bu dönemde besin ve beslenme konusunda bazı öneriler yayınladı. Yeterli ve dengeli beslenme, yaşamın erken dönemlerinde ve ergen dönemde sağlıklı olabilmek için önemli faktörlerden biri olarak kabul ediliyor. Bu aşamada, mevcut sağlık durumunu ve yetişkinlik döneminde beslenmeye bağlı oluşabilecek obezite, diyabet (şeker hastalığı), kardiyovasküler hastalıklar gibi hastalıklara yatkınlığı eşzamanlı olarak etkileyebilecek doğru beslenme davranışlarının edinilmesi esas.

İtalya’da yapılan bir çalışmada, 10-19 yaşları arasındaki ergenlerin pandemi sürecindeki beslenme alışkanlıklarındaki değişimler incelendi. Çalışma sonunda ergenlerin artmış stres nedeniyle tatlı tüketimlerinin pandemi öncesi döneme göre daha fazla olduğu, aynı zamanda ev yemekleri tüketiminin de arttığı bildirildi. Üniversite öğrencileri ve yetişkinlerle yapılan bir çalışmada da benzer şekilde katılımcıların yüzde 52.9’unun pandemi sürecinde daha fazla besin tükettikleri ve vücut ağırlığında artış olduğu saptandı.

Genel anlamda öğrenci popülasyonu yapılan çalışmalar sınırlı olsa da daha önce benzer durumlarda yapılmış çalışmalardan yola çıkılarak stres durumlarında tatlı ve basit karbonhidrat ile fast food türü besin tüketiminin arttığı, öğün ve uyku düzeninin bozulduğu düşünülüyor.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Ebeveyn: İlk beş yaştaki çocuklarımızın gelişimini desteklerken öncelikli olarak ebeveynlerin ruhsal ve bedensel sağlığına dikkat etmemiz; umutlu, olumlu iyilik halimizi korumamız çok önemli.

KAYNAKLAR

- 1- World Health Organization (WHO). Improving early childhood development: WHO guideline. <https://www.who.int/publications-detail/improving-early-childhooddevelopment-who-guideline>. Erişim tarihi: 25.09.2021.
- 2- World Health Organization (WHO). Parenting in the time of COVID-19. <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/advice-forpublic/healthy-parenting>. Erişim tarihi: 25.09.2021.
- 3- Ludvigsson JF. Systematic review of COVID-19 in children shows milder cases and a better prognosis than adults. *Acta Paediatr.* 2020; 109: 1088–1095.
- 4- Kampf G, Todt D, Pfaender S, et al. Persistence of Coronaviruses on Inanimate Surfaces and Their Inactivation With Biocidal Agents. *J Hosp Infect* 2020; 104(3): 246–251.
- 5- Ozturk Ertem I, Krishnamurthy V, Mulaudzi MC, et al. Validation of the International Guide for Monitoring Child Development demonstrates good sensitivity and specificity in four diverse countries. *Acta Paediatr.* 2019; 108(6): 1074–1086.
- 6- Child Mind Institute. How to talk to kids about the virus. <https://childmind.org/article/talking-to-kids-about-the-coronavirus/>. Erişim tarihi: 18.09.2021.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

ADOLESAN PKOS

Prof. Dr. Yaprak ÜSTÜN

SBÜ Etlik Zübeyde Hanım Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi

Polikistik over sendromu (PKOS) üreme çağındaki kadınlarda en sık görülen endokrinopati olup tahmini prevalansı % 8-13'tür. Hiperandrojenizm, ovulatuvar disfonksiyon ve polikistik overyan morfoloji ile karakterizedir.

Adolesan Dünya Sağlık Örgütüne göre 10-19 yaş arası olarak tanımlanmaktadır. PKOS tanısı koymak adolesanda daha zordur. Çünkü menstrüel irregularite, akne ve multifoliküler overler normal pübertal fizyolojinin bir parçasıdır. Erişkin kriterlerinin adolesanlara uygulanması prevalansın artmasına neden olur. Bu nedenlerle 2018 Uluslararası PKOS kılavuzu Rotterdam kriterlerini güncellemiştir ve adolesanda tanıda oligoanovulasyon ve hiperandrojenizm kriterlerini kullanırken polikistik overyan morfolojiyi kullanmamaktadır. Ultrasonografi ve antimüllerian hormon düzeylerinin menarş sonrası 8 yıl boyunca kullanılması önerilmemektedir. PKOS'u taklit eden diğer etiyojiler dışlanmalıdır.

Bazı gruplarda adolesan PKOS gelişmesi riski daha yüksektir:

1. PKOS'lu kadınların kızları
2. Prematür pubarşlı kızlar
3. Obezitesi olan kızlar

PKOS tedavisinde kombine oral kontraseptifler etkindir; overden testosteron üretimini azaltır, karaciğerden seks hormon bağlayıcı globülin sentezini arttırır, böylece serbest testosteron düzeylerini düşürür. Adolesanlarda metformin de faydalıdır. Egzersiz ve diyet mutlaka tedaviye eklenmelidir.

Kaynaklar:

1. Burt Solorzano CM, McCartney CR. Polycystic Ovary Syndrome: Ontogeny in Adolescence. Endocrinol Metab Clin North Am. 2021 Mar;50(1):25-42.
2. Khalifah RA, Florez ID, Zoratti MJ, Dennis B, Thabane L, Bassilious E. Efficacy of Treatments for Polycystic Ovarian Syndrome Management in Adolescents. J Endocr Soc. 2020 Oct 17;5(1):bvaa155.
3. Kostopoulou E, Anagnostis P, Bosdou JK, Spiliotis BE, Goulis DG. Polycystic ovary Syndrome in Adolescents: Pitfalls in Diagnosis and Management. Curr Obes Rep. 2020 Sep;9(3):193-203.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

GEBELİK VE COVID-19 ENFEKSİYONU

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

SBÜ Ankara SUAM Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Gebe kadınların SARS-CoV-2'ye yakalanma olasılığı genel popülasyondan daha fazla veya daha az değildir. Tespit edilenlerin üçte ikisinden fazlasının hiçbir semptomu bulunmamaktadır. Gebe kadınlarda COVID-19'un en sık görülen semptomları öksürük ve ateştir. Özellikle üçüncü trimesterde, hamile olmayan kadınlara kıyasla COVID-19'dan kaynaklanan ciddi hastalık riskinde artış olabileceğine dair artan kanıtlar vardır. Genel ölüm riski çok düşüktür.

COVID-19 ile hem enfekte olmakla hem de hastaneye yatırılmakla ilişkili risk faktörleri arasında VKİ >25 kg/m², gebelik öncesi komorbiditesi (örn. diyabet veya hipertansiyon), yaş ≥35, sosyoekonomik yoksunluk, sağlık veya diğer kamuya açık mesleklerde çalışıyor olmak yer alır. Delta varyantı daha şiddetli hastalıkla ilişkili görünmektedir: alfa varyantı ile hastaneye başvuran semptomatik kadınların 1:10'u yoğun bakıma alınma ihtiyacı duyarken, delta varyantı olan semptomatik kadınlar için bu 1:7'dir.

COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle konjenital anomali insidansında bildirilmiş bir artış yoktur. Vertikal geçiş nadirdir. Ölü doğum (2 kat) ve SGA görülme sıklığının artmasıyla ilişkili olabilir. Semptomatik kadınlarda erken doğum oranı, 2-3 kat daha yüksek görünmektedir (iyatrojenik erken doğumlar). Pandemi sırasında anksiyete ve depresyon da dahil olmak üzere daha yüksek perinatal ruh sağlığı bozuklukları oranları bildirilmiştir.

Gebelikte COVID-19'a karşı aşılama şiddetle tavsiye edilmektedir. COVID-19 aşılı hamileliğin herhangi bir döneminde yapılabilir. Aşı gebe olmayanlardakine benzer küçük yan etkiler göstermektedir. Emziren kadınlar, emzirmeyi bırakmak zorunda kalmadan COVID-19 aşısı olabilirler. COVID-19 aşılarının doğurganlığı etkilediğine dair hiçbir kanıt yoktur. Hamilelik veya doğurganlık tedavisi planlayan kadınlar bir COVID-19 aşısı olabilir ve gebe kalmayı geciktirmeleri gerekmez.

Hastaneye yatırılan doğrulanmış veya şüpheli kabul edilen tüm gebelere, 12 saat içinde doğum beklenmedikçe veya önemli kanama riski olmadıkça profilaktik düşük moleküler ağırlıklı heparin önerilmelidir. Hastaneden taburcu olduktan sonraki 10 gün boyunca tromboprofilaksi önerilmelidir. Semptomatik COVID-19'lu kadınlarda aktif doğum eylemi ve sezaryen doğumda fetal riskte artış olabilir. Sürekli elektronik fetal izleme ile bir obstetrik üniteye doğum yapmaları önerilmelidir (asemptomatik enfeksiyon için gerekli değil). COVID-19'lu C/S ile doğum yapan bir kadına bakım veren sağlık profesyonellerinin ihtiyaç duyduğu kişisel koruyucu ekipman düzeyi, genel anestezi için entübasyon gerektirme riskine göre belirlenmelidir. Semptomatik COVID-19'lu kadınlar suda doğum yapmamalıdır.

Kötüleştiren hastalarda göğüs görüntülemesi şarttır. Gerekliğinde yapılmalı ve radyasyona maruz kalma endişeleri nedeniyle ertelenmemelidir. Dekompansasyon belirtileri; artan oksijen gereksinimi veya solunan oksijen fraksiyonunun (FiO₂) > %35, solunum hızı > 25 nefes/dk veya oksijen tedavisine rağmen hızla artan solunum hızı, idrar çıkışında azalma, akut böbrek hasarı veya uyuşukluk. Üçüncü trimesterde iyi durumda olmayan hamile kadınlar için, doğumun güvenli bir şekilde gerçekleştirilebilmesi için annenin stabilizasyonunun gerekli olup olmadığına karar vermek için multidisipliner bir ekip tarafından bireyselleştirilmiş bir değerlendirme yapılmalıdır. Maternal resüsitasyonu kolaylaştırmak için (yüzüstü pozisyon alma ihtiyacı dahil) ya da fetal sağlıkla ilgili endişeler nedeniyle acil C/S veya doğum indüksiyonu ile ilgili kararlara öncelik verilmelidir. Hidroksiklorokin, lopinavir/ritonavir ve azitromisin, COVID-19 enfeksiyonunun tedavisinde etkisiz olduklarından kullanılmamalıdır.

Rutin doğum sonrası bakım için ulusal kılavuzlar izlenmelidir. Kadınlar, COVID-19 enfeksiyonunun emzirme için bir kontrendikasyon olmadığı konusunda bilgilendirilmelidir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

GEBELİĞİN HİPERTANSİF BOZUKLUĞU

Prof. Dr. Yusuf ÜSTÜN

SBÜ Ankara SUAM Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Gebelik sırasındaki hipertansif bozukluklar hem anne hem de bebek için risk taşımaktadır. Maternal mortalite ve morbiditenin önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Preeklampsi/eklampsi/HELLP sendromu (hemoliz, yüksek karaciğer enzimleri, düşük trombositler), Gestasyonel HT, Kronik HT, Süperempoze preeklampsi şeklinde görülmektedir. Hipertansiyon dendiğinde en az 4 saat aryla yapılan 2 ölçümde sistolik kan basıncı ≥ 140 mmHg ya da diastolik ≥ 90 mmHg olması anlaşılmaktadır. Preeklampsi tanısı, önceden normotansif bir gebede 20. haftadan sonra yeni başlayan HT ve proteinüri veya yeni başlayan HT ve proteinüri ile birlikte veya proteinüri olmaksızın önemli son organ disfonksiyonuna dayanır. Şiddetli HT veya önemli son organ disfonksiyonu belirtileri, hastalık spektrumunun şiddetli ucunu karakterize eder.

Gebeler ilk vizitte, preeklampsi risk faktörleri açısından değerlendirilmelidir. Geçmişte preeklampsi öyküsü, çoğul gebelik, tip 1 veya tip 2 diyabet, kronik hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı veya otoimmün hastalığı (APS, SLE) olanlar yüksek riskli gruptadır. Yüksek risk faktörlerinden biri mevcutsa 12. haftadan sonra doğuma kadar düşük doz aspirin profilaksisi önerilmektedir. Orta risk faktörleri arasında ise nulliparite, obezite ve bir anne veya kız kardeşte ailede preeklampsi öyküsü, yaş ≥ 35 ve düşük sosyoekonomik durum bulunur. Preeklampsili kadınlar, plasenta dekolmanı, akut böbrek hasarı, beyin kanaması, karaciğer yetmezliği veya rüptürü, pulmoner ödem, inme, kalp yetmezliği ve eklampsiye ilerleme dahil hayatı tehdit eden olaylar açısından yüksek risk altındadır.

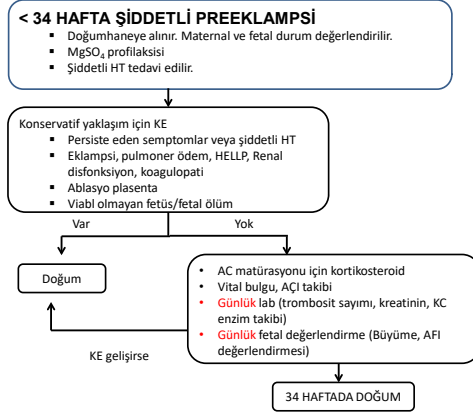
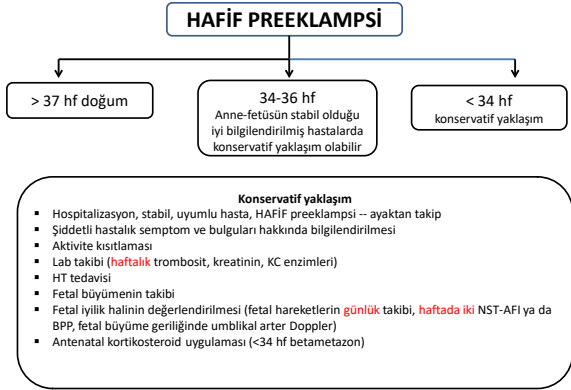
Preeklamptik gebelikte fetüs, büyüme kısıtlılığı ve erken doğum için yüksek risk altındadır. Gebelerde her vizite mutlaka kan basıncı ölçülmelidir. Preeklampsi şüphesi olan hastalarda CBC, PLT, Cr, KCFT ve idrarda protein bakılmalı. Bebeğin iyilik hali modifiye biyofik profil (NST + AFİ) ile değerlendirilmelidir.

Preeklampsinin tedavisi doğumdur. Medikal tedavisi yoktur. Antihipertansif ilaçlar serebrovasküler olayları (intrakranyal kanama) önlemek için verilir. 15 dakika persiste eden şiddetli hipertansiyonda ($\geq 160/110$) akut ve efektif bir şekilde antihipertansif tedavi olarak nifedipin, labetalol veya hidralazinden biri ilk seçenek olarak kullanılır. Hasta semptomatikse 15 dakika beklemeye gerek yoktur. Hedefimiz tansiyon arteriyel sistolik 140-150 diastolik 90-100 civarında tutmaktır. Mutlaka eklampsiyi önlemek için magnezyum yüklemesi ve idamesi yapılır.

Nöroloji konsültasyonu genellikle, oküler belirti ve semptomları veya tekrarlayan asetaminofen dozlarına ve preeklampsinin ilk rutin tedavisine yanıt vermeyen şiddetli kalıcı baş ağrısını içerebilen nörolojik defisitleri/anormal nörolojik muayenesi olan kadınlarda endikedir.

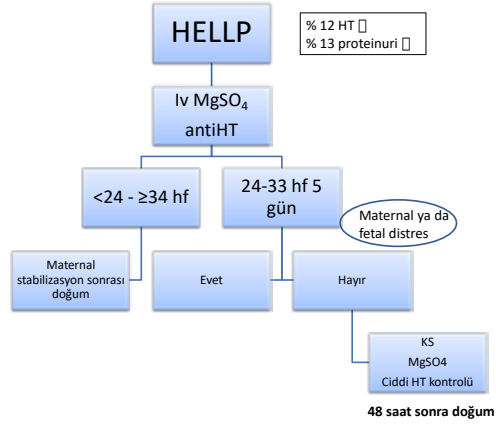
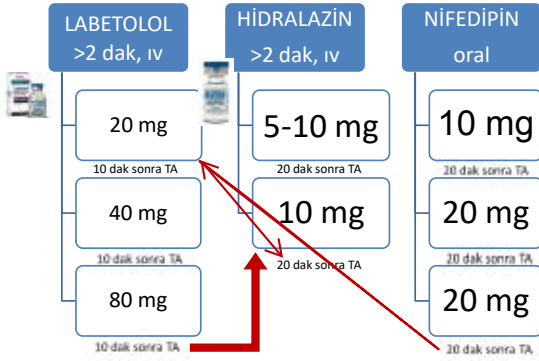
II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya



3 COMMITTEE OPINION

AKUT ANTİHİPERTANSİF TEDAVİ



II. ULUSLARARASI
ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

BİLDİRİ LİSTELERİ

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

BİLDİRİ NO	İSİM	SOYİSİM	SUNUM TÜRÜ	TARİH SALON	BİLDİRİ BAŞLIĞI
S-001	Arzu	Selamioğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Covid-19 Pandemisinin Fenilketonüri Yenidoğan Tarama Programı Üzerine Etkiler
S-002	Aycan	Ünalp	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Pediyatrik Nörologların Covid-19 Pandemisinde Ketojenik Diyet Tedavisi ve Telemedicine Uygulamalarına İlişkin Bilgi ve Tutumlarının Anket ile Değerlendirilmesi
S-003	Aysun	Boğa	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Çocuk Acil Servisimize Başvuran Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi
S-005	Demet	Tekcan	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Gelişimsel Kalça Displazisi Açısından Risk Faktörü Olan Ve Olmayan Yenidoğanların Kalça Ultrasonografisi(Graf Yöntemi) ile Değerlendirilmesi
S-006	Ebru	Şahin	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Vitamin B12 Eksikliği Olan Hastalarda Oral Tedavi Etkinliğinin Değerlendirilmesi
S-007	Elif	İnan	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Tekrarlayan Bronşiolit Geçiren Çocuklarda Serum D Vitamini Düzeyinin Belirlenmesi Ve D Vitamini Düzeyi İle Sık Bronşiolit Arasındaki İlişkinin İncelenmesi
S-008	Emine Sevilay	Çiftçi	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	İkili Test Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) Seviyeleri Preterm Doğum için Öngördürücü Bir Belirteç Olabilir mi?
S-009	Emine Sevilay	Çiftçi	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	İlk Trimester Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) ve Anti-Müllerian Hormon (AMH) Seviyelerinin Preeklampsiyi Öngörmeki Rolü
S-010	Emine Sevilay	Çiftçi	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Diyabet ve Polikistik Over Sendromu Öyküsü Olmayan Kadınlarda Olumsuz Gebelik Sonuçlarında Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A)'nın Rolü
S-011	Eren	Güzeloğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Sbü Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde Takip Edilen Olguların Malnütriyon Yönünden Değerlendirilmesi
S-012	Fatih	Aktoz	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Horizontal Uterine Torsion in Pregnancy: The First Report of the Literature
S-013	Gözde	Zeybek	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerde Periferik Ven Yoluyla Takılan Santral Venöz Kateter Uygulamasının Serebral Oksijenasyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi
S-014	Gülay	Bilgin	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Prematüre Retinopatisi Taraması Sırasında Muayene ve Midriyatik Damlaların Bebekler Üzerindeki Sistemik Etkileri
S-015	Gülcan	Akyüz Yücel	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Toplum Kökenli Pnömonlerde Hiponatremi Sıklığı ve Hiponatremi ile Pnömoni Şiddeti Arasındaki İlişki
S-016	Gülnihân	Üstündağ	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Pediyatrik Covid-19'da Hematolojik Belirteçlerin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-017	Halenur	Bozdağ	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Prevalance of Cycle Cancellation in the Poor Responder Infertile Women.
S-018	Hanife Ayşegül	Arsoy	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Obez ve Fala Kilolu Çocuklarda Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığının Güncel Kılavuz Önerileri ile Taranması ve Karaciğer Biyopsi Sonuçları
S-019	Hilal	Şerifoğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Outcomes of in-Vitro Fertilization Among Cases with Hypogonadotropic Hypogonadism
S-020	Hilal	Şerifoğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	3.Trimesterde SARS-CoV-2 Pozitifliği olan 3 Vakanın Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi
S-021	Hilal	Şerifoğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Gebelikte Apendektomi Olan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi
S-022	Kalender	Kayaş	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Preterm Bebeklerin Prematüre Retinopatisi Açısından Değerlendirilmesi
S-023	Kübra	Cenkçi	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	A Safe and Effective Tool for Diagnosis of Congenital Heart Disease in Neonates and Infants During Covid-19 Pandemic. Video-tele-echocardiography on Whatsapp.
S-024	Mehmet Cihan	Balcı	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Sağlıklı bebeklerinin patolojik yenidoğan taraması sayesinde tanı alan asemptomatik anneler; 3-Metil-krotonil-CoA karboksilaz eksikliği hastalarının klinik, biyokimyasal ve moleküler özellikleri
S-025	Mehmet	Eltan	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Prematür Adrenarş Tanılı Kız Olguların Klinik Özelliklerinin Değerlendirilmesi
S-026	Muhammet	Bulut	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Hospitalizasyon ve Doğum Gerektiren Covid-19 ile Enfekte Gebeliklerde Maternal ve Fetal Morbidite Öngörülebilir mi?: Gözlemsel Bir Kohort Çalışması
S-030	Olga Devrim	Ayvaz	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Covid 19 Pandemi Kapanma Döneminde Çocuk Cerrahisi Hasta ve Ebeveynlerinin Davranışsal Özellikleri ve Tedavi Planlanması
S-031	Olga Devrim	Ayvaz	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Covid-19 Pandemisinde Sünnet İstemiyle Tek Bir Cerrahtan Randevu Alarak Başvuran Çocuklarda Tespit Edilen Konjenital veya Edinsel Skrotal Patolojiler
S-032	Reyhan	Kaya Gümüştekin	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı
S-033	Ruhan	Özer	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Çocukluk Çağında Görülen Postüral Bozukluklar: Bir Olgu Nedeniyle Kifoz ve Skolyoza Genel Bir Bakış
S-034	Sinan	Uslu	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Prematüre Bebeklerde İlginç Bir Prediksiyon Modeli: Tiroid Hormonları ve Morbiditeler
S-035	Şükran	Yıldırım	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Bronkopulmoner Displazi ve Prematüre Retinopatisinde Mezenkimal Kök Hücre Tedavisi Yeni Bir Umut Olabilir mi?

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-036	Yasemin	Çoban	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Febril Refrakter Status Epileptikuslu Hastada Plazmaferezin Etkinliği
S-037	Yasemin	Çoban	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Pediyatrik Yoğun Bakımdaki Kandida Enfeksiyonunun Retrospektif Değerlendirilmesi
S-038	Melis	Akpınar Gözetici	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Göğüs Ağrısı Olan Çocukların Annelerindeki Anksiyete Düzeyinin STAI 1-2 ve BECK Anksiyete Ölçekleriyle Değerlendirilmesi
S-039	Yasemin	Yel	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Çocuklarda Trakeostomi: 3. Basamak Bir Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Deneyimi
S-040	Gökhan	Bolluk	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Neu-Laxova syndrome:detailed prenatal and post-mortem findings of a rare disorder
S-041	Arif İsmet	Çatak	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Multisistemik inflamatuvar sendromda immatur granulositin yeri
S-043	Ali	Abacı	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Jinekolojik Vajinal Cerrahilerde “rescue vNOTES” Kullanımı
S-044	Nicel	Yıldız Silahlı	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Tıbbi Uygulama Hatasına Bağlı Doğumda Hipoksik İskemik Ensefalopati Geliştiği İddia Edilen Olguların Adli Tıbbi Yönden Değerlendirilmesi
S-045	Oğuzhan	Karaman	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Rol ve Fonksiyonlarını Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi
S-046	Nazlı	Korkmaz	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Sezaryen Doğum Yapan Genç Bireyde Elengasyo Koli Varlığı
S-047	Saygın	Abalı	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Gestasyonel Diyabetin Enerji Metabolizmasına Etkisinin Kar nitin/Açılkar nitin ve Amino Asit Profili ile Değerlendirilmesi
S-048	Kalender	Kayaş	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Merkezimizde 34 Haftadan Küçük Doğan Bebeklerin Morbidite ve Mortalite Oranlarının Değerlendirilmesi
S-049	Selda	Tekin	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Covid-19’ lu Gebede Tek Taraflı DVT Tedavisinde Lokal rt-PA Uygulaması: Olgu Sunumu
S-050	Rabia	Kefeli	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Samsun İlindeki Çocuklarda IgE Aracılı İnek Sütü Protein Alerjisi Sıklığı
S-051	Aycan	Ünalp	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	FGD4 geninde homozigot mutasyon saptanan Charcot-Marie-Tooth Hastalığı tip 4-H: İki kardeş olgu
S-052	Ali	Abacı	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	İzolasyon Süresi İçinde Doğum Yapan SARS-CoC-2 ile Enfekte Gebelerin İncelenmesi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-053	Ali	Abacı	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Hastanemizdeki Covid-19'a Bağlı Anne Ölümlerinin İncelenmesi
S-055	Ali	Abacı	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	SARS-CoV-2 ile Enfekte Gebelerin Mortalite, Oksijen İhtiyacı ve Yoğun Bakım Yatış Oranlarında Delta Varyantın Etkisinin Araştırılması
S-056	Zeynep	Şengül Emeksiz	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Atopik Dermatit Tanılı Çocuk Olgularda Ebeveynler Tarafından Başvurulan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri
S-057	Meryem	Özdemir	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Covid 19 Pandemisi ve Adölesanlarda İlaçla Suicid Girişimleri
S-058	Güner	Karatekin	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Yenidoğan Yoğum Bakım Ünitesinde Tromboz – 8 Yıllık Deneyim
S-059	Mine	Özgül	FİZİKİ	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Hipotermi Uygulanan Hipoksik İskemik Ensefalopatili Yenidoğanların Klinik, Laboratuvar ve Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi
S-060	Murat	Gözüküçük	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Erken ve Geç Dönem Adölesan Gebelik Sonuçları: 3. Basamak Araştırma Hastanesi Deneyimi
S-061	Mahmut Caner	Us	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Refleksoloji Uygulaması ve Diğer Nonfarmakolojik Analjezik Yöntemlerin Yenidoğanlarda Ağrı ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma
S-062	Fadime Ceyda	Eldeniz	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Primer İmmün Yetmezlikli Çocuklarda Tanımlayıcı Öykü Özelliklerinin Araştırılması
S-063	Şule	Ayas	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Gebelik Haftasına Göre Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Bebeklerde Taburculuk Sırasından Ekstrauterin Büyümenin Değerlendirilmesi
S-064	Salih Çağrı	Çakır	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Nonketotik Hiperglisinemi tanılı Yedi Hastanın Klinik, Laboratuvar, Genetik ve Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi
S-065	Selime	Aydoğdu	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Kemik İliği Donörlerinde Kök Hücre Miktarının Yaş ve Cinsiyete Göre Değişimi
S-067	Ayşe Güzde	Tufan	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Bozuk Para Yutan Çocukların Radyografik Yabancı Cisim Taramasında Abdominal Direkt Grafilerin Bulunması Gerekli mi?
S-068	Nilüfer	Akgün	Yusuf ÜSTÜN sunacak	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Gebelikte İdiopatik Hiperinsulinemik Hipoglisemi Atakları Yönetimi (Olgu Sunumu)
S-069	Ömer	Güran	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Çok Preterm Bebeklerde Akut Böbrek Hasarı Sıklığı ve Risk Faktörleri
S-070	Gülnaz	Şahin	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Oocyte cryopreservation before bone marrow transplant in a young woman with thalassemia major: A case report

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-071	Fatih	Varol	FİZİKİ	22.10.2021 16:00-17:30 SALON C	Pediyatrik Nörolojik Hastalıklarda, Terapötik Plazma Değişimi
S-072	Özlem	Şahin	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Hemodinamik anlamlı patent duktus arteriozus saptanan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde perinatal risk faktörlerinin değerlendirilmesi
S-074	Derya	Çolak	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Doğumhanede Solunum Desteği Uygulamak Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesine Yatışları Azaltabilir mi?
S-075	Funda	Yavanoğlu Atay	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON B	İntraventriküler Kanama Saptanan Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Bebeklerin Perinatal Risk Faktörlerinin Değerlendirilmesi
S-076	Aybüke Kevser	Abasıyanık	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Adölesanda Masif Transfüzyon İhtiyacı Doğuran Akut Anormal Uterin Kanama
S-077	Pınar	Karadeniz	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Proteus sendromu, wilm's tümörü, pulmoner stenoz birlikteliği olan nadir bir olgu.
S-078	Muharrem	Çiçek	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	COVID-19 PANDEMİSİNİN ÇOCUK HASTALARDA KORÖZİF MADDE ALIMINA ETKİSİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ
S-079	Muharrem	Çiçek	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Akut Karın Ağrısı Ayırıcı Tanısında Epiptloik Apandisit: Çocuk Olgu
S-080	Elif	Benderlioğlu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Tubulointertisyel Nefrit ve Üveit Olgularımızın Değerlendirilmesi
S-081	Nilüfer	Çoşkun	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	The Comparison of Delivery Modes Regarding Their Effects on Oxidative Stress and Early Neonatal Period
S-082	Berna	Hekimoğlu	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON A	ÜÇÜNCÜ BASAMAK BİR SAĞLIK KURULUŞUNDA İZLENEN HİPOKSİK İSKEMİK ENSEFALOPATİLİ OLGULAR, RİSK FAKTÖRLERİ VE KISA DÖNEM SONUÇLARI
S-084	Muhammet	Bulut	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Retrospektif Hasta Verilerimiz ve Kateter Uygulamaları ile Enfeksiyon Oranlarının Karşılaştırılması
S-085	Mehmet	Çoşkun	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Çocuklarda Renal Biyopsi Komplikasyonları ile İğne Boyutu ve Geçiş Sayısının İlişkisi
S-086	Betül	Demircan	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Tuvalet Eğitimi Alan Çocuklarda İşeme Hızı ve İşenen İdrar Miktarının Rezidü İdrar Miktarı ile İlişkisi
S-087	Yunus	Yaşar	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Çocuklarda Rezidü İdrar Miktarının Tayininde Kullanılan Ultrasonografi ve Bladder-Scan Ultrason Yöntemlerinin Karşılaştırılması
S-088	Gürsoy	Pala	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Protective Effects of Dichloroacetic acid on Endometrial Injury and Ovarian Reserve in an Experimental Rat Model of Diabetes Mellitus

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-001	Güldeniz	Toklucu	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Sıradışı bir kolorektal adenokarsinom vakası
0-002	Mustafa	Akçalı	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON C	Prenatal Dönemde Saptanan Tanatoforik Displazi Olgusu
0-003	Şeyma	Kayalı	ONLINE	23.10.2021 17:30-18:30 SALON A	Bir olgu sebebi ile mRNA Covid 19 aşısı sonrası myokardit
0-004	Büşra	Demirci	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	İnfant Dönemde Eozinofilik Kolit Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu
0-005	Meryem	Özdemir	FİZİKİ	22.10.2021 17:30-18:30 SALON B	Covid-19 ile İlişkili Tirotoksikoz Olgu Sunumu

II. ULUSLARARASI
ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

SÖZLÜ SUNUMLAR

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-001

Covid-19 Pandemisinin Fenilketonüri Yenidoğan Tarama Programı Üzerine Etkileri

Arzu Selamioğlu¹, Meryem Karaca¹, Mehmet Cihan Balcı¹, Narin Burmacı Can¹, Gülден Gökçay¹, Mübeccel Demirkol¹
¹İstanbul Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Fenilketonüri (PKU) ve hiperfenilalaninemi (HPA) doğumsal aminoasit metabolizması bozukluğudur. Fenilalanin (phe) özellikle merkezi sinir sisteminde birikerek geri dönüşümsüz beyin hasarına neden olur. Erken tanı ve tedavi ile bu bulgular önlenir. 2006 yılında Yenidoğan Tarama Programı ile PKU taraması zorunlu hale gelmiştir. Bu çalışmada, pandeminin yenidoğan tarama programı üzerindeki etkisinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada, Eylül 2018- Eylül 2021 tarihleri arasında (pandemi öncesi 1,5 yıl, pandemi dönemi 1,5 yıl) Sağlık Bakanlığı Yenidoğan Taraması hiperfenilalaninemi ayırıcı tanısı için İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Beslenme ve Metabolizma Bilim Dalı Polikliniği'ne başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Bulgular: Son 3 yılda tarafımıza 733 vaka sevk edilmişti. Bu vakaların 458'i (%62) pandemi öncesi, 275'i pandemi döneminde başvurmuştu. Pandemi öncesi başvuran hastaların 237 si (%52) erkek, 221 i kız idi. Hastaların 132'sinde HPA, 12'sinde hafif PKU, 12'sinde klasik PKU, 23'ünde fenilalanin/tirozin oran yüksekliği tespit edildi. 279 (%61) hastanın sonucu normal sonuçlanmıştı. Hastalardan 1'i dihidropteridin redüktaz enzim eksikliği, 1'i 6-piruvoyiltetrahidropterin sentaz eksikliği, 2'si akçaağaç şurubu idrar hastalığı, 3'ü galaktozemi, 1'i tirozinemi tanısı aldı. Akraba evliliği 118 (%26) hastada mevcuttu. Klasik PKU hastalarının tanı anındaki phe değeri ortalama: 1722,3±477 ortanca: 1524,9 idi. Hafif PKU hastalarının tanı anındaki phe düzeyi ortalama: 838,3±169 idi. Hastaların 290'ı İstanbul'dan başvurmuş idi. İlk başvuru günü ortalama 24 gün, İstanbul ilinde yaşayan vakalarda ortalama 23,5 gün ve PKU tanısı alan vakalarda ortalama 23 gün saptandı. Hastalardan birinci tarama kanı alınma günü ortalama 2,75±5,7, ikinci kan alınma günü 10,34±7,68, üçüncü kan alınma günü 22,33±17,27 saptandı. Hiperfenilalaninemi tespit edilen hastaların tarama ilk phe düzeyi ortalama 3,85±1,85 mg/dl, hafif PKU saptanan hastaların tarama ilk phe düzeyi (n=11) ortalama 4,86±1,7 mg/dl, ikinci kan phe düzeyi (n=5) 11,1±2,7 mg/dl saptanmış idi. Klasik PKU saptanan hastaların tarama ilk phe düzeyi (n=11) ortalama 8,61±5,2 mg/dl, ikinci phe düzeyi (n=2) 31,1±8,6 mg/dl saptanmış idi. Pandemiye başvuran hastaların 137'si (%50) kız, 138'i i erkek idi. 126 (%46) hastanın sonucu normal sonuçlanmıştı. Hastaların 116'sında HPA, 8'inde hafif PKU, 16'sında klasik PKU, 9'unda (%0,03) fenilalanin/tirozin oran yüksekliği tespit edildi. Tarama ile yönlendirilen hastalardan 1'i 6-piruvoyiltetrahidropterin sentaz eksikliği, 4'ü galaktozemi, 1'i hipertrigliseridemi tanısı aldı. Akraba evliliği 93 (%34) hastada mevcuttu. Klasik PKU hastalarının tanı anındaki phe değeri ortalama 1816,4±424 idi. Hafif PKU hastalarının tanı anındaki phe düzeyi ortalama 689±232,7 ortanca: 647 idi. Hastaların 150'si (%55) İstanbul'dan başvurmuş idi. İlk başvuru günü ortalama 23 gündü. İstanbul ilinde yaşayan ve yaşamayan vakalar arasında fark yoktu. Hastaların birinci tarama kanı alınma günü ortalama 1,8±2,3, ikinci kan alınma günü 9,1±12,9, üçüncü kan alma günü 19,4±18 gün saptanmıştır. Pandemi öncesi dönemle belirgin farklılık saptanmadı.

Sonuç: Fenilketonüri gibi erken tanı ve tedavinin zeka geriliğine engel olduğu hastalıklarda pandemi döneminde de olsa yenidoğan tarama programının aksamaması, şüpheli vakaların hızlıca metabolizma merkezlerine yönlendirilmesi, vakaların aynı gün muayene olması ve kan sonuçlarının aynı gün içinde çıkması sağlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Neonatal Tarama Programı, Hiperfenilalaninemi, Fenilketonüri

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-002

Pediyatrik nörologların Covid-19 pandemisinde ketojenik diyet tedavisi ve telemedicine uygulamalarına ilişkin bilgi ve tutumlarının anket ile değerlendirilmesi

Aycan Ünalp¹, Ünsal Yılmaz¹, Pakize Karaoğlu², Hatice Hilal Kırkgöz², Merve Yavuz²

¹SBÜ, İzmir Tıp Fakültesi, Pediyatri A.B

²SBÜ, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Nörolojisi Kliniği

Giriş - Amaç: Covid-19 pandemisi ketojenik diyet tedavisi (KDT) uygulamalarında bir takım zorluklar meydana gelmesini sağlamıştır. Biz anket yaparak çocuk nörologlarının pandemi sonrası KDT ile ilgili bilgi ve tutumlarını değerlendirmeyi amaçladık. Böylece KDT uygulanması gerekli olan hastaların pandemi sonrası daha iyi uygulamalara maruz kalması sağlanmış olacaktır.

Yöntem - Gereçler: Türkiye'deki çocuk nörologları içerisinde çalışmaya katılmak isteyenler çalışmaya dahil edilerek 22 sorudan oluşan anket formunu doldurmaları istendi. Anket formu telemedicine yoluyla (watsap, e-mail) gönderildi. Covid-19 ile ilgili bir çalışma olduğu için TC Sağlık Bakanlığı'ndan ve hastanemiz Etik Kurulundan çalışmanın yapılması için onay alınmıştır.

Bulgular: Ankete katılanların 32 (%87)'si 36-55 yaş arası. 37 (%66) kadındı. 33 (%59) 5-20 yıldır çocuk nöroloğu olarak çalışıyordu. 28 (%50) KDT uyguluyor, 28 (%50) uygulamıyordu. 34 (%61) KDT için başka merkeze hasta gönderiyordu. 50 (%91) başka merkezde KDT uygulanan hastaları acil serviste veya poliklinikte görüyordu. 44 (%79) pandemi sonrası dirençli epilepsili hasta sayısının değişmediğini ifade etti. 36 (%64) KDT tercihinin azalmadığını, 40'ı (%73) hastanede yatan hastalarda (status epileptikus, infantil spazm) KDT tercihinde değişiklik olmadığını, 41 (%73) hastalarıyla telemedicine (telefon, mail, watsap gibi sosyal medya araçlarıyla) görüşüyordu. Covid-19 enfeksiyonu KDT'nden 41 (%75) etkilenmez olarak yanıtladı. 47 (%85) Atkin's diyeti, LGIT uygulamayı düşünüyor. 22 (%39)'i yeni bir AEİ'a göre KDT başlamak daha uygulanabilir bir seçenektir. 24 (%43)'ü yeni bir AEİ'a göre KDT'nin yan etki riski daha düşüktür. 47 (%84)'ü pandemi döneminde KDT uygulamak kişiselleştirilmiş ve ileri düzey bir tedavidir. 51 (%91) MAD hastayı yatırmadan yapılabilen etkili ve güvenilir bir KDT türüdür. 49 (%88) MAD'nde yiyecekleri tartmak gerekmez, hipoglisemi ve hiperketozis riski klasik KDT'ne göre daha azdır. 55 (%98)'i gastrostomi tüpü olan hastalarda formüle kolayca KD'e çevrilerek, sigorta tarafından da ödemesi yapılır ve evde bakım hizmetlerinden faydalanılabilir. 53 (%95)'i KDT pandemi sürecinde rahatlıkla sürdürülebilir, sonlandırılması gerekmez. 25 (%45) pandemi döneminde KDT uygulamak daha zordur.

Sonuç: Geçtiğimiz son 1 yılda Covid-19 pandemisi nedeniyle hastaların ve ailelerinin evde kalmak zorunda olması, sağlık tesislerine ve EEG'ye ulaşım zorlukları olmasına rağmen dirençli epilepsili hasta sayısında bir değişiklik olmamıştır (1). Hastaların ilaç tedavisine cevap vermediği durumlarda ilaç dışı tedavilere gereksinim olmaya devam etmektedir. Bazı merkezlerde KDT ekibi bulunmamakta veya pandemi nedeniyle hastaneye yatış yapılmasından korkulmakta, kontrol edememe kaygısı vs. nedenlerle KDT tercih edilmemektedir (2). Bu nedenle hem KDT başlanması hem de devam ettirilmesinde zorluklar olmuştur. Bununla beraber KDT başlanması için mutlaka hastane yatışı gerekli olmaması, nedeniyle hala KDT'ne başlamak yeni bir antiepileptik tedaviye başlamaktan daha uygun gibi görünmektedir. (3,4). Çalışmamızda, çocuk nörologlarının pandemi sırasında da KDT uygulamak istedikleri ve telemedicine kullanmaya başladıkları saptandı. Daha iyi klinik uygulamalara ulaşmak için konuyla ilgili platformlar oluşturulması gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: epilepsi, çocuk, ketojenik diyet tedavisi, Covid-19 pandemisi, telemedicine

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-003

Çocuk Acil Servisimize Başvuran Zehirlenme Olgularının Değerlendirilmesi

Uz.Dr.Sümevra Gedik Çalışkan¹, Uz.Dr. Aysun Boğa¹, Uz.Dr.Fatih Varol²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhanVarank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi SancaktepeŞehitProfDrİlhanVarank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği,Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi, İstanbul, Türkiye

Amaç: Çalışmamızda Çocuk Acil Servisimize başvuran zehirlenme olgularının demografik ve klinik özelliklerini incelemeyi amaçladık.

Yöntem: 2018 Nisan -2019 Haziran yılları arasındaÇocuk Acil Servisimize zehirlenme nedeniyle başvuran hastaların dosyaları retrospektif olarak değerlendirildi. İntihar amaçlı madde alımı ile akrep- böcek-yılan ısırılmalarıyla olan zehirlenme vakaları çalışma dışı bırakıldı. Çalışmaya alınan 307 olgunun yaş, cinsiyet, ikamet edilen ilçe, başvuru süresi, başvuru saat, zehirlenmenin olduğu ay,mevsim, zehirlenme nedeni, başvuru sırasındaki belirti ve bulgular, uygulanan dekontaminasyon yöntemi, izlem yeri, izlem süresi ile tedavi durumları kaydedilerek bunlar arasındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamıza 2 ila 215 ay arasında toplamda 307 hasta dahil edildi. Hastaların yaş ortalaması 52,15 aydı ve % 66,4'ünü 13-48 ay arasındaki çocuklar oluşturuyordu. 170'i (% 55,3) erkek ve 137 si (%44,7) kız çocuktur.En sık başvuru ilkbahar mevsiminde (%39,4) ve Mayıs ayında (%15,3) idi. Hastaneye başvuru zamanları, % 46,3 oranıyla 16:00-24:00saatleri arasında ve ortalama 98,2 dakikasonraydı. Zehirlenmelerin en sık sebebi % 70 ile ilaç alımıyken, en sık alınan ajan Analjezik-Antipiretikler (%22,5) idi. Başvuru sırasında % 85 vaka asemptomatikti. Görülen en sık semptom ise %14 oranı ile bulantı idi.Olguların %72'sine destek tedavisi, %28'ine destek tedavisi ile beraber aktif kömür ve mide lavajı uygulaması yapılmıştı. Ortalama gözlem süreleri 18 saattir. Olguların %85,7'si acil servis müşahade alanında izlendi. 4(%1,3) hasta yoğun bakıma sevk edildi. Ölümle sonuçlanan vaka olmadı.

Sonuç: Çalışmamızda çocukluk çağı zehirlenmelerinin en sık okul öncesi dönemde ve evde ulaşılabilecek yerlerde bulunan ilaçlar ile gerçekleştiğini gördük. Yine olgularımızda erken dönemde hastane başvurusunun gerek hastane yatışı ,gerekse yoğun bakım ihtiyacını önemli derecede azalttığını tespit ettik.Bu durumların önlenmesi, mortalite ve morbiditesinin azaltılması için farkındalık yaratacak sosyal programlar düzenlenmesinin ve daha geniş kapsamlı çalışmalar yapılmasının yararlı olacağı kanısındayız.

Anahtar Kelimeler: Zehirlenme, Çocuk, Acil Servis

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-005

Gelişimsel Kalça Displazisi Açısından Risk Faktörü Olan Ve Olmayan Yenidoğanların Kalça Ultrasonografisi(Graf Yöntemi) ile Değerlendirilmesi

Uzm. Dr. Demet Tekcan¹, Uzm. Dr. Gülay Bilgin², Prof. Dr. Şirin Güven³

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi, Çocuk Romatoloji Bilim Dalı

²İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk göğüs hastalıkları Bilim Dalı

³Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İdari Sorumlusu

Giriş - Amaç: Gelişimsel kalça displazisi(GKD), doğumsal olabildiği gibi bebeklik veya çocukluk döneminde de oluşabilen ve kalçanın anatomik bozukluklarını içeren genel bir terimdir. GKD görülme sıklığı; cinsiyet,yaş grubu ve ırklara hatta aynı memleketin farklı coğrafi bölgelerine göre bile değişmektedir.Türkiye’de görülme sıklığının %0.5-%1.5 arasında olduğu tahmin edilmektedir.Etiyolojide; genetik,hormonal,mechanik ve coğrafi bazı risk faktörlerinden söz etmek mümkünse de multi-faktöriyel etkileşim söz konusudur.Erken tanı;tedavi başarısını arttıran ana etkenlerden biridir.Sağlık bakanlığı tarafından 2010 yılında GKD taraması için bir program başlatılmakla birlikte risk faktörü bulunmayan ve muayene bulgusu normal olan bebekler için kalça ultrasonografisi(USG) hala algoritmada yer almamaktadır. USG kıkırdak ve yumuşak dokular için kolay yapılabilen,radyasyon riski olmayan,ucuz bir radyografik tetkiktir.Çalışmadaki amacımız; hastanemizde doğan bebeklerde gelişen GKD sıklığının,risk faktörü olan ve olmayan bebeklerdeki oranını belirlemek;GKD erken tanısı,tedavisi ve izleminde graf yöntemiyle yapılan kalça USG etkinliğini saptamaktır.

Yöntem - Gereçler: Prospektif tipte tasarlanan çalışmamıza; Mayıs 2012-Kasım 2012 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği’nde doğan ve polikliniğimizde takip edilen 339 bebek dahil edildi.Doğumsal anomalisi olan bebekler dahil edilmedi.Risk faktörü olarak;kız bebek,sezeryan doğum,makat geliş,ilk doğum,pozitif aile öyküsü,ailesel laksisite,oligohidramniyos,çoğul gebelik,tortikollis,abduksiyon kısıtlılığı,4000 gr üzeri doğum ve konjenital ayak anomalileri değerlendirildi.Tüm hastalar aynı ekip tarafından muayene edildi ve işlem 7.5 mHz lineer problu USG cihazı ile aynı radyoloji uzmanı tarafından gerçekleştirildi.Elde edilen veriler Graf USG sınıflama sistemine göre kaydedildi ve risk faktörleri ile aralarındaki ilişki değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmamız 211’i(%62,24) kız ve 128’i(%37,76) erkek olmak üzere toplam 339 çocuk üzerinde yapılmıştır.Tüm olgulara 4-6.haftalar arası kalça USG yapıldı.Olguların %11.5’inde makat geliş,%1.8’inde oligohidramniyos,%2.7’sinde çoğul gebelik,%31.6’sında ilk kız bebek,%11.2’sinde iri bebek,%44.2’sinde sezeryan doğum,%2.1’inde aile öyküsü,%0.3’ünde tortikollis mevcuttu.Graf sınıflamasına göre tip 1a-1b kalça %89.6, tip 2a %9.1,tip 2b-2c-d %0.5, tip 3 ise %0.5 oranında tespit edildi.Çalışmamızda kız bebek olması,ilk kız doğum ve iri bebek olması GKD için başlıca risk faktörleri olarak belirlendi.GKD oluşma riskiyle aile öyküsü,ayak deformiteleri ve tortikollis gibi risk faktörleri arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı.

Sonuç: Sonuç olarak;GKD görülmesinde birçok risk faktörü sorumlu bulunmaktadır,fakat hiçbir risk faktörü olmayan bebeklerde de görülmesi,kolay,cerrahi tedavi gerektirmeden sekelsiz tedavi edilebilirliği ve geç kalınmış vakalardaki olumsuz sonuçları düşünüldüğünde,kalça USG rutin yenidoğan muayenesinin bir parçası olarak yapılmalıdır.

Anahtar Kelime: Gelişimsel Kalça Displazisi(GKD),Kalça Ultrasonografisi(USG),Risk Faktörleri,Tarama

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-006

Vitamin B12 eksikliği olan hastalarda oral tedavi etkinliğinin değerlendirilmesi

Ebru Şahin

Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği

Giriş - Amaç: Çocukluk çağında vitamin B12 eksikliğinde oral, intramuskuler tedaviler kullanılmakla birlikte, tedavilerin birbirine üstünlüğü ve kullanımıyla ilgili net protokoller bulunmamaktadır. İntramuskuler tedavilerin etkinliğine daha çok güvenilmekle birlikte, pratik bir yöntem değildir. Bu çalışmada oral tedavilerin etkinliğinin saptanması planlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk polikliniklerine Ekim 2018-2019 tarihleri arasında başvuran ve vitamin B12 düzeyi <300 pg/ml olan 0-18 yaş aralığındaki 82 hasta çalışmaya dahil edildi. Beş hafta boyunca, haftada birgün hidroskobalamin ampul tedavisi oral olarak uygulanan hastaların kontrol vitamin B12 düzeylerine bakıldı.

Bulgular: Çalışmaya 82 hasta katıldı. Hastaların 46'sı (%56) kız 36'sı (%44) erkekti. Tedavi öncesi ortalama vitamin B12 düzeyleri $197,45 \pm 51,91$ idi. Tedavi sonrası alınan kontrol vitamin b12 düzeyleri ise $332,83 \pm 106,38$ olarak saptandı.

Sonuç: Gelişmekte olan ülkelerde vitamin B12 eksikliği sıklıkla saptanmaktadır. Büyüme çağında nörogelişimsel ve hematolojik olarak ihtiyaç duyulan bu vitaminin eksikliğinin saptanması, uygun ve pratik yöntemlerle tedavi edilmesi sağlıklı bir nesil için önemlidir. Bu çalışmada oral tedavi etkinliği değerlendirildi ve istatistiksel olarak vitamin B12 düzeyini yükseltmede anlamlı olduğu saptandı.

Anahtar Kelime: B12 eksikliği, hidroskobalamin,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-007

Tekrarlayan Bronşiolit Geçiren Çocuklarda Serum D Vitamini Düzeyinin Belirlenmesi ve D Vitamini Düzeyi ile Sık Bronşiolit Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Elif İnan Balcı¹, Abdulkadir Bozaykut²

¹Çocuk Endokrinoloji Kliniği, Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul

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

Giriş - Amaç: Akut bronşiolit; çoğunlukla viral ajanların neden olduğu, 2 yaşından küçük çocuklarda daha sık olmakla birlikte tüm çocukluk çağı boyunca sık gözlenen, hızlı solunum, göğüste çekilme ve hışıltı ile karakterize bronşiolerin inflamasyonu ile giden klinik bir tablodur. Yapılan çalışmalar D vitaminin immun sistem üzerindeki etkisini vurgulamaktadır. Bronşiolitin artma nedeni olarak D vitamini eksikliğinin toplumda yaygınlaşması da gösterilmektedir. Çalışmamızın amacı, 3 ve daha fazla bronşiolit atağı ile poliklinikte takip edilen çocuklarda serum D vitamini düzeyinin belirlenmesi ve bronşioliti olan ve olmayan çocukların D vitamini düzeylerinin karşılaştırılmasıdır.

Yöntem - Gereçler: Bu gözlemsel çalışmada, Zeynep Kamil Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Kliniği'nde 2013-2014 yılları arasında sık bronşiolit tanısı ile takip edilen 0-24 aylık toplam 200 hastanın verileri incelendi. Olgular D vitamini kullanan, D vitamini ve multivitamin kullanan ve hiçbir vitamin kullanmayan olarak 3 gruba ayrıldı. Gruplar arasında atak sayıları karşılaştırıldı. Çalışmada elde edilen veriler değerlendirilirken, istatistiksel analizler için NCSS 2GG7&PASS 2GG8 Statistical Software (Utah, USA) programı kullanıldı.

Bulgular: Çocukların ortalama yaşları 5.35 ± 4.57 aydır. Çocukların %62'si 0-6 ay arasında iken, %30.5'i 6-12 ay arasında ve %7.5'i 12 ay ve üzerindedir. Çocukların %57.5'i sadece D vitamini, %5'i D vitamini ve multivitamin kullanıyorken, %37.5'i hiç vitamin kullanmamaktadır. Gruplar arasında vitamin kullanımına göre atak sıklığının dağılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Yaş gruplarına göre atak sıklığının dağılım oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p > 0.05$). Bronşiolit atağı geçirenlerin ortalama D vitamini düzeyi (22.16 ± 8.07 ng/mL), kontrol grubunun ortalama D vitamini düzeyinden (19.97 ± 9.69 ng/mL) yüksek bulundu. Ancak, bu fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmadı ($p = 0.071; p > 0.05$).

Sonuç: Bronşiolit daha çok kasım ve mart ayları arasında görülmekte olup, vitamin D eksikliği de bu zaman diliminde artmaktadır. Ancak, bizim çalışmamızda gruplar arasında ortalama D vitamin düzeyi açısından anlamlı bir fark saptanmadı. Ayrıca, vitamin kullanım durumuna göre de bronşiolit atak sıklığı açısından anlamlı bir fark saptanmadı.

Anahtar Kelime: D vitamini, bronşiolit, atak, multivitamin

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-008

İkili Test Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) Seviyeleri Preterm Doğum için Öngördürücü Bir Belirteç Olabilir mi?

Ferhan Zengin¹, Emine Sevilay Çiftçi¹, Elif Güler Kazancı², Burcu Dinçgez¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Hastalıkları Kliniği

Giriş: Prematürite, tüm dünyada önde gelen perinatal mortalite ve morbidite nedenlerinden biridir. Tüm bebeklerin yaklaşık %10'unun prematür doğduğu bilinmektedir. Çoğu multifaktöriyel etiyojolojiye sahiptir. Preeklampsi, intrauterin gelişme kısıtlılığı ve diyabetes mellitus başlıca maternal nedenleri oluşturmaktadır. Günümüzde preterm doğum tanısında kullanılan moleküler ya da sonografik belirteçlerin genellikle erken doğum tehdidi anında kullanıldıkları düşünüldüğünde, preterm doğumu gebeliğin erken döneminde öngördürecek moleküllerin önemi yadsınamaz. Bu çalışmada ikili testte değerlendirilen PAPP-A seviyelerinin preterm doğumu öngördürmede bir belirteç olarak kullanılıp kullanılmayacağını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Gebe Polikliniği'ne Aralık 2020 ile Ağustos 2021 tarihleri arasında başvurarak PAPP-A seviyeleri ölçümü yapılan ve kliniğimizde doğumu gerçekleştirilen 36 preterm ve 172 term doğum olgusu dahil edildi. Kronik hipertansiyon, pregestasyonel diyabet, tiroid hastalığı, otoimmün veya sistemik hastalığı olan ve polikistik over sendromu öyküsüne sahip olan gebeler ile takiplerine kliniğimizde devam etmemiş, doğumu dış merkezde gerçekleştirilmiş gebeler çalışma dışı bırakıldı. Hastaların gravida, parite, yaş, vücut kitle indeksi, doğum şekli, doğum haftası, preeklampsi gelişimi, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet gelişimi, ölü doğum, yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi ve ilk trimester PAPP-A düzeyleri kaydedildi. Preterm ve term grup arasında sosyodemografik ve obstetrik özellikler ile PAPP-A seviyeleri karşılaştırıldı. Ayrıca ROC analizi ile PAPP-A'nın preterm doğumu öngörmedeki kestirim gücü değerlendirildi.

Bulgular: Preterm doğum gelişen ve gelişmeyen gruplar karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş, boy, kilo, gravida, parite, gebelik haftası, sezaryen oranı, gestasyonel hipertansiyon ve gestasyonel diyabet gelişme oranı ve ölü doğum bakımından anlamlı fark saptanmadı. Doğum haftası medyan değeri preterm grupta 34,5 (24-39) iken preterm olmayan grupta 38 (27-42) olarak bulundu. Preterm doğum gelişen grupta preeklampsi oranı %38,9 (n=14), gelişmeyen grupta ise %11,6 (n=20) bulunmuştur. Preterm doğum gerçekleşen olgularda preeklampsi oranı istatistiksel olarak daha yüksek saptanmıştır (p<0,001). Preterm doğum gerçekleşen grupta yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı %77,8 (n=28), gelişmeyen grupta ise %16,3 (n=28) bulunmuştur. Preterm doğum gerçekleşen olgulardaki yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacı istatistiksel anlamlı olarak yüksek saptanmıştır (p<0,001). Preterm eylem gerçekleşen olgulardaki serum PAPP-A seviyesi 2,48 mIU/ml (0,42-10,07), gerçekleşmeyen olgularda 3,53 mIU/ml (0,35-19,2) saptanmıştır. Preterm olgularındaki düşük serum PAPP-A seviyesi istatistiksel olarak anlamlı saptanmıştır (p=0,017). PAPP-A'nın eşik değer 2,48 mIU/ml kabul edildiğinde, %70 sensitivite ve %50 spesifite ile preterm doğumu öngördürdüğü tespit edildi (AUC= 0,627, p=0,017).

Sonuç: Gebeliğin erken haftalarında değerlendirilen PAPP-A, preterm doğumu öngördürmede kullanılabilir bir belirteçtir. Antenatal tarama testleri sırasında değerlendirilmesi nedeniyle zaten yaygın kullanımda olması ise bu belirtecin en önemli avantajlarından birini oluşturmaktadır.

Anahtar Kelimeler: gebelikle ilişkili plazma protein-A, PAPP-A, preterm, term

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-009

İlk Trimester Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) ve Anti-Müllerian Hormon (AMH) Seviyelerinin Preeklampsiyi Öngörmedeki Rolü

Ferhan Zengin¹, Emine Sevilay Çiftçi¹, Fatma Tuba Engindeniz², Burcu Dinçgez¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Halk Sağlığı

Giriş: Preeklampsi, gebeliğin 20. haftasından sonra gelişen hem maternal hem fetal mortalite ve morbiditeye sebep olabilen gebelik komplikasyonlarından biridir. Yaklaşık olarak her 10 gebeden birinde tansiyon yüksekliği karşımıza çıkmaktadır ve postpartum kanamayla birlikte anne ölümlerinin önde gelen nedenlerinden biridir. Aynı zamanda preeklampsi nedeniyle gerçekleşen preterm doğumlar sağlık sistemine büyük ölçüde yük getirmektedir. Erken dönemde preeklampsi öngörüsünde kullanılabilir potansiyel belirteçler üzerine halen çalışılmaktadır. Biz de bu çalışmamızda gebeliğin ilk trimesterinde değerlendirilen AMH ile ikili tarama testinde değerlendirilen serum Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A) seviyelerinin preeklampsi öngörüsünde kullanılabilir bir belirteç olup olmayacağını değerlendirmeyi amaçladık.

Yöntem: Çalışmamıza Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Gebe Polikliniği'ne Aralık 2020 ile Ağustos 2021 tarihleri arasında başvuran 34 preeklampsi, 174 kontrol hastası dahil edildi. Çalışmaya alınma kriterleri 18-35 yaş arasında olmak, öncesinde sistemik hastalığa sahip olmamak, antenatal takipleri ve doğumu kliniğimizde gerçekleştirilmiş olmak ve AMH ile PAPP-A seviyesine sahip olmak olarak belirlendi. Hastaların gravida, parite, yaş, vücut kitle indeksi, doğum şekli, doğum haftası, ölü doğum, yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi ve ilk trimester PAPP-A ile AMH düzeyleri kaydedildi. İki grup arasında sosyodemografik, obstetrik özellikler ile AMH ve PAPP-A seviyeleri karşılaştırıldı. Ayrıca ROC analizi ile PAPP-A ve AMH'nin preeklampsiyi öngörmedeki kestirim gücü karşılaştırıldı.

Bulgular: Preeklampsi grubu ile kontrol grubu karşılaştırıldığında, iki grup arasında yaş, boy, gravida, parite, abortus, gebelik haftası, sezaryen oranı, gestasyonel diyabetes mellitus (GDM) gelişme oranı ve ölü doğum bakımından anlamlı fark saptanmadı. Preeklampsi grubunda kilo medyan değeri 70(44-116), Vücut Kitle İndeksi (VKİ) medyan değeri 27,5(19,6-42,6) bulunup kontrol grubunda kilo median değeri 66(43-105) ve VKİ median değeri 25,9(19,5-43,2) bulunmuştur. Preeklampsi grubunda gebelerde VKİ ve kilo, kontrol grubuna göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek bulunmuştur (p=0,021 ve p=0,030). Preeklampsi grubunda doğum haftası medyan değeri 37(24-40), kontrol grubunda ise 38(24-41) bulunmuştur. Doğum haftaları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Preeklampsi grubunda preterm doğum sayısı 14(%41,2), kontrol grubunda ise 22(%12,6) olup istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur (p<0,001). Yenidoğan yoğun bakım ünitesi (YDYBÜ) ihtiyacı, preeklampsi grubunda hastaların %67,6, kontrol grubunda ise %19'unda mevcuttu. YDYBÜ ihtiyacı arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p<0,001). Preeklampsi grubunda serum PAPP-A seviyesi 2,25(0,42-8,02), kontrol grubunda 3,47(0,35-19,2) bulunmuştur. İki grup arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,043). Preeklampsi grubunda serum AMH seviyesi 1,56(0,64-5,89), kontrol grubunda 2,01(0,04-6,8) tespit edilmiştir. Her iki grup arasındaki serum AMH değeri arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur (p=0,016). Buna göre AMH değeri ≤ 2,14'nin %85,29 sensitivite ve %47,70 spesifite ile preeklampsi gelişimini öngördüğü tespit edildi (AUC= 0,630, p=0,003). PAPP-A ≤ 2,12'nin %50 sensitivite ve %77,1 spesifite ile preeklampsi gelişimini öngördüğü tespit edildi (AUC= 0,610, p=0,042). İki AUC değeri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0,753).

Sonuç: Sonuç olarak gebeliğin ilk trimesterinde düşük AMH ve PAPP-A seviyesi preeklampsiyi öngörmede potansiyel

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

belirteçlerdir ve birbirlerine herhangi bir üstünlükleri bulunamamıştır. Gebeliğin erken döneminde bakılan serum AMH ve PAPP-A seviyesi ile preeklampsi riski tespit edilen hastaların, üst merkezlere sevk edilerek takip ve tedavisi planlanacağı düşünülmekle birlikte çalışmamızdaki preeklamptik hastaların hepsinin geç başlangıçlı preeklamptik hastalar olması nedeni ile hem erken hem de geç başlangıçlı preeklampsiyi içeren çalışmalara ihtiyaç olduğu kanaatindeyiz.

Anahtar Kelimeler: Gebelikle ilişkili Plazma Protein-A (PAPP-A), Anti-Müllerian Hormon (AMH) , Preeklampsi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-010

Diyabet ve Polikistik Over Sendromu Öyküsü Olmayan Kadınlarda Olumsuz Gebelik Sonuçlarında Gebelikle İlişkili Plazma Protein-A (PAPP-A)'nın Rolü

Ferhan Zengin, Emine Sevilay Çiftçi, Burcu Dinçgez

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş: Gebelikle ilişkili plazma protein-A (PAPP-A), 1547 aminoasitten oluşan 200 kDa ağırlığında bir glikoproteindir. İmplantasyondan sonraki 28.günde PAPP-A, maternal serumda ölçülebilir düzeydedir. PAPP-A, plasentada sinsityotrofoblastlar tarafından salgılanır ve ilerleyen gebelik haftalarında serum PAPP-A düzeyleri yükselir. İlk 3 ayda, yaklaşık 3-4 günde bir serum PAPP-A düzeyi iki katına çıkar. Sonraki trimesterlerde bu artış hızında azalma olur. Terme yakın dönemde maksimum düzeye ulaşır ve doğumla birlikte azalmaya başlar. Gebelikte kan seviyeleri artan PAPP-A ile ilgili yapılan çalışmalar, bu seviyelerin olumsuz gebelik sonuçlarına sahip gebelerde daha düşük olduğunu göstermiştir. Down sendromunda olduğu gibi Trisomi 13 (Patau Sendromu), Trizomi 18 (Edward Sendromu) ve Turner sendromunda, ilk trimester serum PAPP-A düzeyinin aynı haftadaki diğer gebelere göre anlamlı olarak daha düşük olduğu bildirilmiştir. Ayrıca fetal kayıp, düşük doğum ağırlığı, gestasyonel diyabetes mellitus ve fetal gelişim kısıtlılığında da düşük serum PAPP-A düzeyleri bildirilmiştir. Literatürde olumsuz gebelik sonuçları ile PAPP-A arasındaki ilişki tek tek incelenmiştir. Çalışmamızda hem olumsuz gebelik sonuçları bir bütün olarak incelenmiş hem de substratı insülin benzeri büyüme faktörü bağlayıcı protein olması nedeniyle insülin direnci ile ilişkili diyabet ve polikistik over sendromu öyküsü olmayan kadınlar dışlanarak PAPP-A ile olumsuz gebelik sonuçları arasındaki ilişki değerlendirilmiştir.

Yöntem: Tek merkezli ve prospektif özellikteki çalışmamız Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum, Gebe Polikliniği'nde Aralık 2020 ile Ağustos 2021 tarihleri arasında gerçekleştirildi. Çalışmaya polikistik over sendromu ve diyabet öyküsü olmayan, gebeliğinin ilk trimesterinde başvuran, PAPP-A ölçümlerine ulaşılabilen, düzenli antenatal kontrolleri yapılan ve kliniğimizde doğum yapan toplam 240 gebe dahil edildi. Hastaların gravida, parite, yaş, boy, kilo, doğum şekli ve hafta gibi demografik ve obstetrik özellikleri kaydedildi. Ayrıca preeklampsi gelişimi, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet, erken doğum, gebelik kaybı, ölü doğum, yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi ve ilk trimester PAPP-A düzeyleri kaydedildi. Kompozit (bileşik) olumsuz sonuçlar, gebelik kaybı, preeklampsi, gestasyonel hipertansiyon, gestasyonel diyabet, akut fetal distres için sezaryen, ölü doğum, erken doğum ve yenidoğan yoğun bakım ünitesi gereksinimi durumlarından en az birinin varlığı olarak tanımlandı. Hastalar kompozit olumsuz perinatal sonuç ve kontrol grupları olarak iki gruba ayrılarak değişkenler iki grup arasında karşılaştırıldı.

Bulgular: Olumsuz gebelik sonuçları olan (n=149) ile olmayan grubun (n=91) sosyodemografik özellikleri, obstetrik sonuçları ve PAPP-A değerleri karşılaştırıldı. İki grup arasında yaş, vücut kitle indeksi, gravida, parite açısından anlamlı fark saptanmazken olumsuz gebelik sonucu gelişen hastalarda doğum haftası (median değeri 37 hafta) gelişmeyenlerle karşılaştırıldığında (medyan 39 hafta) istatistiksel olarak daha düşük bulunmuştur (p<0,001). Yine, olumsuz gebelik sonucu gelişenlerde sezaryenle doğum oranı gelişmeyen grupla karşılaştırıldığında istatistiksel olarak daha yüksek bulundu (%47,9 yerine %28,6, p=0,005). Olumsuz gebelik sonucu gelişen grupta preeklampsi gelişme oranı %29,1, GHT gelişme oranı %22,2, GDM gelişme oranı %27,5, preterm doğum oranı %30,8, YDYBÜ ihtiyacı %47,9, ölü doğum oranı %6 ve gebelik kaybı oranı %21,5 olarak saptandı. Serum PAPP-A değerleri olumsuz gebelik sonucu grubunda 2,99 (0,22-14) ve kontrol grubunda 3,27 (0,35-19,2) olup iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmamıştır (p=0,310).

Sonuç: Olumsuz gebelik sonuçlarının gebeliğin erken dönemlerinden itibaren öngörülmesi, ilerleyen döneminde gelişecek komplikasyonlar konusunda hastanın bilgilendirilmesi ve uygun merkezlere yönlendirilmesi sağlayabilir. Bu nedenle

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

bunu yapabilecek belirteçlerin tespiti için yapılan çalışmalar son derece önemlidir. Bu çalışmada, PAPP-A'nın diyabet ve polikistik over sendromu öyküsü olmayan gebelerde kompozit olumsuz gebelik sonuçları olan ve olmayan olgular arasında farklılık göstermediği ve bir belirteç olarak kullanılamayacağı gösterilmiştir.

Anahtar Kelimeler: gebelikle ilişkili plazma protein-A, olumsuz gebelik sonucu, PAPP-A

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-011

SBÜ Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde takip edilen olguların malnütrisyon yönünden değerlendirilmesi

Eren Güzeloğlu, Büşra Özgünay

Sbü Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde takip edilen olguların malnütrisyon yönünden değerlendirilmesi

Giriş - Amaç: Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği'nin malnütrisyon yönünden değerlendirilmesi için çalışma planlanmış olup, 01.06.2017-01.01.2021 arasında çocuk polikliniğine başvuran ve malnütrisyon tanısı alan tüm olgular geriye dönük olarak hastane kayıtlarından ve hasta dosyalarından tespit edilmiştir.

Yöntem - Gereçler: Olguların boy ve kilo ölçümlerinin değerlendirmesi için Olcay Neyzi presentli eğrileri kullanılmış olup, malnütrisyon değerlendirmesi için gomez ve waterlow klasifikasyonları kullanılmıştır. 30.12.2020'de Sancaktepe eğitim araştırma hastanesi girişimsel olmayan araştırmalar etik kurulunda onay alınmıştır. Etik kurul onayı sonrasında hastanenin bilgi işlem birimi ile görüşülerek, geriye dönük hasta kayıtlarına ulaşılmıştır. Hasta kayıtları, hastalara yapılmış olan tetkikler excel formatına dönüştürülmüştür. Spss 22.0 programı ile istatistiksel analizler yapılmıştır.

Bulgular: Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğine 01.06.2017-01.01.2021 arasında başvuran olgulardan 2495 olgu malnütrisyon tanısı almıştır. Olguların 1475'i erkek(%59), 1020'si kız(%41) olup, olguların %62' sine, Va: 3p/-2 sds altında olduğu için, enteral ürün başlanmıştır.

Sonuç: Malnütrisyon ülkemizde ve dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Çalışmamızda bölgemizdeki malnütrisyon incelenmiş olup, konunun önemine dikkat çekilmek istenmiştir. Ülkemizde anne sütü ile beslenme ve sonrasında tamamlayıcı beslenme konusunda topluma ve çalışanlara eğitimler verilmesi ve toplumsal farkındalık oluşturulması gerekmektedir.

Anahtar Kelime: Malnütrisyon, yetersiz beslenme, bodurluk, zayıflık

S-012

Horizontal uterine torsion in pregnancy: the first report of the literature

Fatih Aktoz

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi

Giriş - Amaç: Uterine torsion is the rotation of the uterus of more than 45 degrees, which is considered the limit of physiological rotation. Although it is a rare phenomenon, it can cause results ranging from abdominal pain to maternal mortality. In the literature, all cases of uterine torsion in pregnancy occurred vertically. Herein, we presented the first report of horizontal torsion of gravid uterus which was diagnosed via magnetic resonance imaging (MRI) and treated using minimally invasive approach.

Yöntem - Gereçler: A 41-year-old pregnant woman with gravida 4 abortus 3 admitted to the clinic with vaginal bleeding, severe tailbone pain and constipation. She was diagnosed with retroverted uterus before pregnancy and had laparoscopy due to tuboovarian abscess 16 years ago. A single fetus at 7 weeks 4 days without cardiac activity was detected in uterus and isoechoic mass around the gestational sac was observed on ultrasound. During pelvic examination, a mass compressing the vagina posteriorly was seen and cervix could not be visualized. On digital examination, it was noticed that cervix moved towards to anterior fornix. It was decided to perform a pelvic MRI for this mass which was thought to be possibly malignant. On MRI; the uterine fundus was displaced downwards to the Douglas pouch, the diameters of uterus were measured as 11x9.5x8.5 cm and hematometra was detected. In addition, grade 1 right hydronephrosis was noted. There was no mass in the pelvis. Her hemoglobin level was 10.3 g/dl and other laboratory parameters were normal. We decided to perform an ultrasound-guided vaginal examination and dilatation/curettage under general anesthesia due to severe symptoms of the patient and the fetus without cardiac activity.

Bulgular: During vaginal exploration under anesthesia, the mass compressing the vagina was pushed and the cervix whose axis was displaced 180 degrees caudally was reached behind the mass. A 300 cc blood collection was drained from the uterus. We observed that the mass compressing the vagina disappeared and the cervix returned to its normal position with the discharge of hematometra. Meanwhile the uterine fundus was returned to its normal position on ultrasound. Thus, we decided that the mass had been compressed the vagina was the uterine fundus. As a result, we diagnosed horizontal uterine torsion. Then dilatation/curettage was completed. There were no complications in the postoperative period.

Sonuç: Uterine torsion is difficult to diagnose and may cause dangerous consequences. Risk factors can be listed as pelvic masses, uterine anomalies, intraabdominal adhesions, obstetric conditions such as fetal malpresentation, macrosomia, transverse fetal lie, polyhydramnios and maternal conditions such as elongated cervix, loose uterine ligaments, Ehlers-Danlos syndrome. Nonspecific symptoms such as pain, nausea, vomiting, gastrointestinal and urinary symptoms; obstetrical conditions such as arrest of labor, decreased fetal movement, fetal distress and placental abruption; gynecological symptoms such as vaginal bleeding and uterine enlargement; life-threatening conditions such as hemodynamic instability and shock are the most common signs and symptoms of uterine torsion in pregnancy. There were only limited number of cases in the literature due to rarity of uterine torsion during pregnancy. Since Labbé et al published the first uterine torsion case in 1876, three major reviews were written. One of the most detailed review of gravid uterine torsion cases from 1876 to 1990 was published by Jensen et al. 212 cases in different languages were included in the study. No etiological factors were found in 16% of the patients and 11% of the patients were asymptomatic. They stated that fetal and maternal mortality rate decreased from 50% to 12% and from 29% to 1% over a century, respectively. Wilson et al. reviewed 38 cases from 33 articles published between 1966-2006 and 18 of them were

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

reported after Jensen's study. No risk factors were present in 47.3% of the patients. Their fetal and maternal mortality rate were 18% and 2.6%, respectively. Ramseyer et al. identified 41 additional cases between 2006 and 2020. No pelvic pathologies were detected in 63% of the patients. No symptoms were presented in 31.7% of the patients. The fetal and maternal mortality rate were reported as 22% and 2.4%, respectively. Consequently, the substantial part of the patients have no risk factors or symptoms. Therefore, clinicians should be careful because uterine torsion can cause fetal and maternal mortality. In the literature, there was only one case report of non-gravid uterine torsion in the horizontal plane. In this article, an adolescent patient diagnosed with horizontal uterine torsion due to complete cervical agenesis was presented. But in terms of torsion of gravid uterus, all cases have been reported in the vertical axis since 1876. As far as we know, our report is the first case of horizontal torsion of gravid uterus in the literature. In addition to this, this case shows that uterine torsion may be presented with severe tailbone pain and hydronephrosis due to pressure in pregnancy. Radiological evaluation is important in the diagnosis and treatment of uterine torsion cases. As in our case, a patient with a suspected malignant mass could be correctly diagnosed and treated with a simple approach with the help of MRI and ultrasound-guided interventions.

Anahtar Kelime: uterine torsion, pregnancy, hematometra, hydronephrosis

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-013

Çok Düşük Doğum Ağırlıklı Preterm Bebeklerde Periferik Ven Yoluyla Takılan Santral Venöz Kateter Uygulamasının Serebral Oksijenasyon Üzerine Etkisinin Değerlendirilmesi

Gözde Zeybek¹, Ebru Yalın İmamoğlu²

¹Sancaktepe Şehit Prof Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²Medeniyet Üniversitesi Göztepe Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Kliniği

Giriş - Amaç: Çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerde, periferik ven yoluyla takılan santral venöz kateter uygulamasının serebral oksijenasyon üzerine etkisinin near infrared spektroskopi yöntemi ile değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Gestasyon haftası 32 haftanın altında/doğum ağırlığı 1500 gramın altında olan ve periferik ven yoluyla takılan santral venöz kateter ihtiyacı olan 41 preterm bebek çalışmaya alındı. Kateter işlemi öncesi (T0) ve sonrasındaki her 5 dakikada bir 30. dakikaya kadar, hemodinamik veriler ve near infrared spektroskopi yöntemi ile ölçülen serebral bölgesel oksijen satürasyonu değerleri kaydedildi. Bu verileri bazal değerle (T0) karşılaştırmak için, ilk 15 dakika içindeki en yüksek değişimler T15maks ve sonraki 15 dakika içindeki en yüksek değişimler ise T30maks olarak ifade edildi. Bazal değere göre, serebral bölgesel oksijen satürasyonu değerinde görülen %10'un üzerinde düşüklük eşik değer olarak kabul edildi. Kalp tepe atımı ve ortalama kan basıncı için ise %20'nin üzerindeki değişiklikler anlamlı kabul edildi. Hastaların bazal serebral bölgesel oksijen satürasyonu değerine dönme süresi kaydedildi.

Bulgular: Hastaların %46'sında T15maks'da, %22'sinde ise T30maks'da serebral bölgesel oksijen satürasyonu değerinde %10'un üzerinde düşüklük saptanmış olup her iki zaman dilimi arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulundu ($p=0,002$). Kalp tepe atımı ve ortalama kan basıncı değerlerinde ise T15maks ve T30maks 'da anlamlı fark saptanmadı. Tüm hastaların ortanca 25[15-60] dakikada bazal serebral bölgesel oksijen satürasyonu değerine ulaştığı görüldü.

Sonuç: Çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebeklerde, periferik ven yoluyla takılan santral venöz kateter işlemi öncesi ve sonrasında, serebral bölgesel oksijen satürasyonunun near infrared spektroskopi ile değerlendirilmesi uygun olabilir. Anormal serebral bölgesel oksijen satürasyonu paterni görüldüğü durumlarda, serebral oksijenasyonu etkileyen faktörlerin kontrol edilmesi ve düzeltici manevraların ivedilikle yapılması nöroprotektif stratejilerden biri olabilir.

Anahtar Kelime: çok düşük doğum ağırlıklı preterm bebek, periferik ven yoluyla takılan santral venöz kateter, NIRS, serebral oksijenasyon

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-014

Prematüre Retinopatisi Taraması Sırasında Muayene Ve Midriyatik Damlaların Bebekler Üzerindeki Sistemik Etkileri

Uzm. Dr. Gülay Bilgin¹, Uzm. Dr. Demet Tekcan², Doç. Dr. M. Gürkan Erdoğan³, Prof. Dr. Şirin Güven⁴

¹İstanbul Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk göğüs hastalıkları Bilim Dalı

²Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi

³Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Göz Hastalıkları Kliniği, Eğitim Görevlisi

⁴Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İdari Sorumlusu

Giriş - Amaç: Günümüzde Prematüre Retinopatisi (PR), yenidoğan yoğun bakım ünitesinin (YYBÜ) en önemli sorunlarından biridir.PR muayenesi genellikle hastalar yoğun bakımdayken başlar ve polikliniklerde takip edilir.Bu nedenle muayene işleminin yan etkileri evde de ortaya çıkabilir ve aile bireylerini korkutabilir.Taşikardi,bradikardi,kusma gibi bazı yan etkiler bildirilse de bu yan etkilerin damlalar veya ağrı ile ilişkisi net değildir. Biz de çalışmamızda;PR muayenesinin etkilerini ve kullanılan damlaların yan etkilerini araştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız prospektif-tanımlayıcı tipte dizayn edildi. Çalışmamıza Haziran-Kasım 2012 tarihleri arasında YYBÜ'de yatarken PR taraması başlanan ve sonrasında poliklinik şartlarında takibine devam edilen 70 prematüre bebek dahil edildi. Her göze 0, 15, 30 ve 45. dakikalarda birer damla %2.5 fenilefrin ve %1 tropikamid damlatılarak pupil dilatasyonu sağlandı.Muayene öncesi %0.5 Proparakain hidroklorür anestezi için damlatıldı. Damla damlatıldıktan sonra gözyaşı kanallarına baskı uygulandı.Hastalar muayene öncesinde, muayene sırasında ve muayenenin 1.,24., 48. saatinde vital bulgular ve yan etkiler açısından monitorize edildi,Yenidoğan İnfantil Ağrı Skalası(NIPS) uygulandı. İstatistiksel analiz için SPSS 15 kullanıldı.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen bebeklerin 29'u (%41,4) kız, 41'i (%58,6) erkek, gestasyonel haftaları 24 hafta ile 34 hafta arasında değişmekte olup, ortalaması 31,44±2,64 haftaydı. Ortalama doğum ağırlığı 660 ile 2720g (ortalama: 1851,76±512,88g) arasındaydı. Muayene anındaki ortalama yaş 39,77±12,39 gün idi. NIPS'ye göre %52,9'unda ağrı vardı. Yan etkiler değerlendirildiğinde, bebeklerin %41,4'ünde yan etki olmadığı, %22,9'unda kızarıklık, %10'unda gastrik rezidü, %8,6'sında kusma, %2,9'unda kızarıklık+apne+gastrik rezidü birlikte görüldü. Kalp hızı ve ağrı skoru, muayene sırasında ve sonrasında diğer değerlendirilen izlemlere göre anlamlı derecede yüksekti. PR tarama muayenesi sırasında ve sonrasında sıcaklık, kan basıncı veya solunum hızında istatistiksel olarak anlamlı bir değişiklik gözlenmedi. İki ve daha fazla kez muayene edilen bebeklerde PR muayenesinden bir saat sonra istatistiksel olarak anlamlı sistolik kan basıncı artışı gözlemlendi (p<0.05). Oksijen saturasyonu ağırlı bebeklerde muayeneden bir saat sonra ağrısız bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı derecede düşüktü(p<0.01).

Sonuç: Muayene sırasında göz damlaları ve ağrının yan etkilerinin farkında olunmalı ve PR muayenesi uygun koşullarda dikkatlice takip ederek yapılmalıdır. Bebekler muayene bitiminde de bir süre gözlem altında tutulmalıdır. Ayrıca ayaktan takibi devam bebeklerin ailelerine tarama muayenesinin olası yan etkileri konusunda bilgi verilmelidir. Bu bilgiler ışığında çalışmamızın PR takibinde farkındalık oluşturacağını düşünüyoruz.

Anahtar Kelime: prematüre retinopatisi, yan etkiler, midriyatik damlalar

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-015

Toplum Kökenli Pnömonilerde Hiponatremi Sıklığı Ve Hiponatremi İle Pnömoni Şiddeti Arasındaki İlişki

Gülcan Akyüz Yücel¹, Abdülkadir Bozaykut²

¹Sancaktepe İlhan Varank Eğitim Araştırma Hastanesi

²Zeynep Kamil Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim. Araş. Hastanesi

Giriş - Amaç: Toplum Kökenli Pnömoniler (TKP) gelişmekte olan ülkelerde yüksek mortalite ve morbidite nedenidir. Hiponatremi hastanede yatarak tedavi alan hastalarda en sık görülen elektrolit bozukluğudur. Bu çalışmada TKP tanısı alan hastalarda hiponatreminin sıklığı ve hiponatreminin pnömoni şiddeti üzerine etkisi araştırıldı.

Yöntem - Gereçler: Zeynep Kamil Hastanesi Pediatri kliniğinde TKP tanısı alan, yaşları 1ay-155 ay arasında değişen 43 kız (%42.2), 59 erkek (%58.7) toplam 102 hasta çalışmaya dahil edildi. Hastalara; tam kan sayımı, C- reaktif protein (CRP), eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), prokalsitonin, rutin biyokimya incelemeleri yapıldı. Hastaların Posteroanterior (PA) akciğer (AC) grafileri radyoloji hekimi tarafından değerlendirildi. Hastalar serum sodyum değerlerine göre, sodyum düzeyi 131- 135 mmol /L arasında olanlar hafif, 126-130 mmol/L arasında olanlar orta, 125 mmol/L altında olanlar ağır hiponatremik olarak nitelendirildi. Pnömonin şiddeti ateş varlığı, artmış lökosit sayısı, eritrosit sedimentasyon hızı (ESR), CRP, prokalsitonin düzeyi, hastanede yatarak tedavi ihtiyacı ve hastanede yatış süreleri açısından değerlendirildi.

Bulgular: Hastaların 60'ı (%58.8) yatarak, 42'si ise ayaktan tedavi aldı. Yatarak tedavi alanların ortalama hastanede yatış süreleri 10,17± 5,62 (median:9,00) gün idi. Hastaların serum değerleri 125 mmol/L ile 145 mmol/L arasında değişmekte idi. Hiponatremi (serum sodyum düzeyi ≤ 135 mmol/L), 102 hastanın 14'ünde (%13.7) saptandı. Sadece 2 hastada orta derecede hiponatremi (serum sodyum düzeyi ≤ 130 mmol/L) saptandı. Hastaların ortalama serum sodyum değerleri 133.2 mmol/L (sd± 2.86) idi. Hiponatremisi olan hastaların vücut sıcaklığı normonatremik hastalara göre anlamlı yüksekti (p= 0.007). Hiponatremik hastalarda lökosit sayıları daha yüksek saptandı (p=0.033). CRP değeri hiponatremik hastalarda (9.72±7,72) normonatremik hastalara (3.23±4,72) göre daha yüksekti. Prokalsitonin değeri hiponatremik hastalarda (9,83±19,99) normonatremik hastalara göre (0,45± 2,04) olarak anlamlı yüksek saptandı. Hiponatremisi olan hastalarda olmayanlara göre sedimentasyon (1. saat-2.saat) anlamlı derecede yüksek saptandı. Hiponatremisi olan 14 hastanın hastanede yatış süreleri 14,82± 7,26; hiponatremisi olmayan 46 hastada ortalama (8,95± 4,45) gün olup hiponatremisi olanlarda anlamlı derecede yüksek saptandı. Yatarak tedavi edilen hastalarda hiponatremi insidansı daha yüksek saptandı (p< 0,05) Yatarak tedavi edilen hastaların yaş ortalaması, vücut sıcaklığı, sedimentasyon, CRP, glukoz, kreatin ayaktan tedavi edilen hastalara göre daha fazlaydı.

Sonuç: Hiponatreminin eşlik ettiği pnömonilerde komplikasyon ve yatarak tedavi alma oranı daha uzun olarak tespit edildi. Bu hastalarda uygun sıvı tedavisi, serum ve idrar elektrotlarının yakın takibi prognoz açısından önemlidir.

Anahtar Kelime: pnömoni, hiponatremi, prognoz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-016

Pediyatrik Covid-19'Da Hematolojik Belirteçlerin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Gülrihan Üstündağ¹, Eda Karadağ Öncel¹, Yıldız Ekemen Keleş¹, Aslıhan Şahin¹, Ayşegül Elvan Tüz¹, Selin Taşar¹, Aslıhan Arslan Maden¹, Ahu Kara Aksay¹, Dilek Yılmaz Çitfidoğan^{1,2}

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Kliniği

²İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı

Giriş - Amaç: COVID-19 pandemisinin şimdiye kadar tanımlanmış en belirgin hematolojik bulgularından biri lenfopenidir. Fakat lenfopeninin çocuklarda erişkine göre daha nadir olduğu gözlenmektedir. Çocuklarda COVID-19 ilişkili nütropeni- nin de bildirimleri literatürde yerini almaktadır. Bu çalışmada COVID-19 tanılı çocuklarda yaş gruplarına göre hematolojik parametrelerde farklılık olup olmadığının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Sağlık Bilimleri Üniversitesi İzmir Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde, Nisan 2020 ve Mayıs 2021 tarihleri arasında, COVID-19 tanısı alan ve hemogram alınan 1 ay-18 yaş arası 323 hasta çalışmaya alındı. Hastaların yaş grupları 0-12 ay, 1-5 yaş, 5-10 yaş, 10-15 yaş ve 15-18 yaş olarak kategorize edildi. Hastalarda nütropeni, lenfopeni ve trombositopeni yaşlarına göre alt sınırın altında olması olarak belirlendi. Mutlak nötrofil sayısı (MNS) $1500 \times 10^3/uL$ altında olan hastalar nütropenik, sekiz ay altı mutlak lenfosit sayısı (MLS) $4500 \times 10^3/uL$ altı olanlar ve sekiz ay üstü MLS $1500 \times 10^3/uL$ altı olanlar lenfopenik, trombosit sayısı $150000 \times 10^3/uL$ altı olanlar trombositopenik olarak kabul edildi.

Bulgular: Hastaların yaş ortancası 156 aydı (min-maks: 1-216 ay). Hastaların 22'si (%6,8) 1-12 ay arasında, 52'si (%16,1) 1-5 yaş arasında, 43'ü (%13,3) 5-10 yaş arasında, 206'sı (%63,8) 10 yaş üstündeydi. Hastaların median lökosit sayısı 6100 (min-maks: 1700-28000) $\times 10^3/uL$, median nötrofil sayısı 3100 (min-maks: 500-17600) $\times 10^3/uL$, median lenfosit sayısı 1800 (min-maks: 300-13700) $\times 10^3/uL$, median trombosit sayısı 245000 (min-maks: 30000-760000) $\times 10^3/uL$, median Hb sayısı 13,2 (min-maks: 8-18) gr/dL, nötrofil lenfosit oranı ortancası 1,58 (min-maks: 0,15-21,25) idi. Bir-beş yaş arasındaki çocuklarda lenfopeni sıklığı diğer yaş gruplarına göre istatistiksel anlamlı derecede düşük iken, 10 yaş üstünde istatistiksel anlamlı derecede yüksekti ($p < 0,001$). Nütropeni sıklığı 1-12 ay arasında en yüksek sıklıkta iken, istatistiksel olarak anlamlılık sınırındaydı ($p = 0,050$). Trombositopeni sıklığı ise gruplar arasında benzerdi ($p = 0,730$). Nötrofil lenfosit oranının yaş grupları arasındaki farkı anlamlıydı ($p < 0,001$). Özellikle 120 ay üzerindeki çocuklarda nötrofil lenfosit oranı diğer gruplara göre istatistiksel anlamlı derecede yüksekti.

Sonuç: COVID-19 prezentasyonu, çocuklarda yaş gruplarına göre farklılık gösterebilmektedir. İnfant döneminde enfekte olan çocuklarda nütropeni yatkınlığı ve adölesan döneme yakın yaş grubundaki çocuklarda ise erişkinlere benzer olarak lenfopeninin baskınlığı dikkat çekmektedir. Farklı immünolojik yanıt mekanizmalarının bu durumdan sorumlu olduğu öngörülmektedir.

Anahtar Kelime: COVID-19, çocuk, hemogram, lenfopeni, nütropeni, yaş

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-017

Prevalance of cycle cancellation in the poor responder infertile women

Halenur Bozdağ

Bahçeşehir Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Women with poor ovarian response (PORs) to conventional ovarian stimulation were systematically defined by the European Society of Human Reproduction and Embryology, and published as Bologna criteria in 2011. (1) The reported prevalence of PORs has exponentially grown and markedly fluctuated between 5.6% and 35.1%. (2) Increase in the infertile women population with decreased reproductive potential by aging and rise in their prospect of success at the treatment outcomes by introducing new technologies has forced to physicians. (3) Cancellation of the controlled ovarian stimulation cycles is a challenging issue for PORs and causes anxiety and stress for patient and clinicians. We have thought that counselling poor responder infertile women about the cancellation of the controlled ovarian stimulation cycles is important to accommodate of the poor cycle outcomes and to facilitate making decision for further treatment. We designed this study to evaluate the occurrence of this phenomenon in the poor responder patient according to Bologna criteria.

Yöntem - Gereçler: The controlled ovarian hyper stimulation (COH) cycles between January 2014 and December 2018 were evaluated retrospectively. There were approximately 5663 cycles reached medical records. A total of 776 ICSI cycles with poor response to COS, performed in 536 poor responder infertile women were evaluated. The study was approved by the Ethics Committee. Patients who fulfilled two or more of the Bologna criteria were included in the study. Exclusion criteria was defined as normal response to ovarian stimulation, having polycystic ovarian syndrome and male partner with azoospermia or severe oligozoospermia. All cycles included in the study were divided to two groups based on presence or absence of the cancelled cycle.

Bulgular: Of 776 cycles, 171 were cancelled due to no ovarian response during ovulation stimulation. Prevalence of the cancelled cycle in the poor responders was found as to be 22% (171/776). Patients' age, Anti-Müllerian hormone (AMH) level, 3th day of FSH, E2 level, antral follicle counts and the outcomes and properties of controlled ovarian stimulations were compared between two groups. The results were presented in table.

Sonuç: Cycle cancellation is an important cause of the failure of the in vitro fertilization treatment. Although there is no an agreement about classification of cycle cancellation, it is generally considered in three headings.

- 1) Controlled ovarian hyperstimulation cancellation; Cycle cancellations before the HCG day.
- 2) Oocyte pick-up cancellation; Failure to attempt follicle aspiration after hCG day.
- 3) Embryo transfer cancellation; Failure to transfer embryo.

According to National report released by Division of Reproductive Health, CDC, 12-7.8% out of all ART cycles were discontinued before the egg retrieval step. (4-6) Ergun MB et al. released the rate of cancelled cycles as 9.4% in the all COH cycles. The vast majority of them consisted of PORs (60%). (7) Özelçi et al. reported that the rate of the cancelled oocyte pick-up was found in the range from 12.3% to 19.7% in the infertile women with diminished ovarian reserve having different etiological factors. (8) We evaluated the cycle cancellations before the HCG day in the poor responder infertile women population. The rate of cancelled cycle was found as 22% and higher than the previous results released by the other researchers.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

References

- 1) Ferraretti AP, La Marca A, Fauser BC, Tarlatzis B, Nargund G, Gianaroli L, et al. ESHRE consensus on the definition of 'poor response' to ovarian stimulation for in vitro fertilization: the Bologna criteria. *Hum Reprod.* 2011;26(7):1616-24.
- 2) Patrizio P, Vaiarelli A, Setti L, et al. How to define, diagnose and treat poor responders? Responses from a worldwide survey of IVF clinics. *Reprod Biomed Online.* 2015; 30:581–92.
- 3) Kocourkova J, Burcin B, & Kucera T.. Demographic relevancy of increased use of assisted reproduction in European countries. *Reproductive health.* 2014;11: 1-10.
- 4) Promotion NCoCDPaH: Assisted Reproductive Technology, National Summary Report 2010.
- 5) Promotion NCoCDPaH: Assisted Reproductive Technology, National Summary Report 2016.)
- 6) Promotion NCoCDPaH: Assisted Reproductive Technology, National Summary Report 2017.)
- 7) Ergun MB, Şen S, Kuru O, & Nehir A. İn vitro fertilizasyon sürecinde gerçekleşen siklus iptalleri kliniğimize ait veriler ve sınıflama. *Türk Jinekoloji ve Obstetrik Derneği Dergisi.* 2011; 8: 188-194.
- 8) Ozelci R, Aldemir O, Dilbaz S, Özkaya E, Kahyaoğlu İ, Dilbaz B, & Tekin ÖM. The impact of different etiologies of diminished ovarian reserve on pregnancy outcome in IVF-ET cycles. *Turkish journal of medical sciences.* 2019; 49: 1138-1144.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Table: Comparison of parameters between the cycle not cancelled group and the cancelled cycle group.

	Group I (Cycle not cancelled) N=605	Group II (Cancelled cycle) N=171	p
Age, (year) Median (IQR) Min; max	36 (5) 22;48	37 (6) 24; 48	0.383 ¹
FSH basal, (mIU/mL) Median (IQR) Min; max	10(6.20) 1.8; 53	15.6 (15) 1.9; 59	<0.001 ¹
E2 basal, (pg/mL) Median (IQR) Min; max	42 (37) 6; 537	38(44) 7; 405	0.009 ¹
AFC basal, (N) Median (IQR) Min; max	4 (2) 1; 9	2 (1) 1; 7	<0.001 ¹
AMH, (ng/mL) Median (IQR) Min; max	0.3 (0.5) 0.01; 1.8	0.02(0.12) 0; 0.9	<0.001 ¹
Previous cycle number, median(IQR) Min; max	1 (1) 1; 7	1 (1) 1; 7	0.063 ¹
Presence of the concomitant adnexal pathologies N(%)			0.721 ²
Persistent ovarian cyst	35 (76.1%)	11(23.9%)	
Endometrioma	25(80.6%)	6 (19.4%)	
Tubal pathology	6(100%)	0	
COS Protocols N(%)			0.006 ²
GnRh antagonist protocol	370(61.2%)	84(49%)	
Micro dose flare-up protocol	154(25%)	66(39%)	
GnRh agonist long protocol	11(2%)	1(1%)	
Minimal stimulation protocols with clo- miphene citrate	70(12%)	20(11%)	
The kind of gonadotrophins N(%)			0.293 ²
rFSH	214(80%)	51(20%)	
HMG	208(78.5%)	57(21.5%)	
rFSH and HMG	183(74.4%)	63(25.6%)	
Total gonadotropin dose, (IU) Medi- an(IQR) Min-max	3600(1500) 900; 9150	4050(1350) 1200; 8600	<0.001 ¹
Days of Stimulation, (Day) Median(IQR) Min-max	9(4) 4; 18	9(3) 5; 16	0.151 ¹
E2 at 8 th day, (pg/mL) Median(IQR) Min-max	270 (510) 0; 3883	18 (21) 0; 300	<0.001 ¹
Follicular development at 8 th day, (N) Median(IQR) Min-max			
11-14 mm	1(2) 0; 5	0(0) 0; 0	<0.001 ¹
15-16 mm	0 (1) 0;4	0(0) 0; 1	<0.001 ¹
>17 mm	0 (1) 0; 5	0(0) 0; 0	<0.001 ¹

E₂: estradiol; FSH: follicle-stimulating hormone; AFC: antral follicle count; AMH:anti müllerian hormone; COS: controlled ovarian stimulation; rFSH: recombinant follicle stimulating hormone; HMG:human menopausal gonadotropin; hCG: human chorionic gonadotropin.

¹: The numerical variables were presented as median(IQR), min and max values and p values were calculated using Mann-Whitney U test.

²: Variables with nominal categories were presented as percentages and P values were calculated using Fisher's exact test.

*: p value < 0.05 is statistically significant

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-018

Obez Ve Fazla Kilolu Çocuklarda Nonalkolik Yağlı Karaciğer Hastalığının Güncel Klavuz Önerileri İle Taranması Ve Karaciğer Biyopsi Sonuçları

Hanife Ayşegül Arsoy¹, Özlem Kara²

¹SBÜ Bursa Yüksek Hastanesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği

²SBÜ Bursa Yüksek Hastanesi Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinoloji Kliniği

Giriş - Amaç: Obezite 21. yüzyılın küresel salgınıdır, son 20 yılda artan obezite prevalansı ile nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı (Non-alcoholic fatty liver disease, NAFLD), prevalansı artmakta, dünya çapında yaygınlığı yaklaşık %25 olarak tahmin edilmektedir. Gelişmiş ülkelerde çocuklarda en sık görülen karaciğer hastalığı nedenidir. NAFLD, basit hepatik steatoz (NAFL), fibrozis ve sirozun eşlik ettiği veya etmediği nonalkolik steatohepatiti (NASH) yani lobüler inflamasyonu içeren bir karaciğer hastalığı spektrumudur. NAFL'de karaciğer sirozuna ilerleme yavaştır ve %4 oranında görülmektedir, buna karşın NASH 'ı olan hastaların %20 sinden fazlası hayatları boyunca karaciğer sirozuna ilerlemektedir. Çalışmamız ile obezitenin göz ardı edilen ve son dönem karaciğer hastalığına ilerleyebilen komplikasyonlarından NAFLD'ı tanımlamayı, insidansını ve risk faktörlerini belirlemeyi, karaciğer biyopsisi yapılan olgularımız ile NASH'ın klinikopatolojik bulgularını sunmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2019- Ocak 2021 tarihleri arasında hastanemiz çocuk gastroenteroloji ve çocuk endokrinoloji polikliniğine başvuran, en az 6 ay izlenen, 9 yaş üstü obez ve fazla kilolu çocuk çalışmaya alındı. Hastaların başvuru antropometrik, laboratuvar ve radyolojik verileri kaydedildi. NAFLD tanısı için NASPGHAN 2017 tarama ve tanı kriterleri kullanıldı. Karaciğer transaminaz düzeyleri 6 ay boyunca 2 kat ve üzeri olan olgular, diğer karaciğer hastalıkları dışlandıktan sonra NAFLD kabul edildi ve karaciğer biyopsisi planlandı.

Bulgular: Takvim yaşları ortalama 14,19±2,41 yıl olan, 201'i (%87) obez olan, 231 hasta (145 kız) çalışmaya alındı. Ultrasona (USG) göre %74 hastada yağlı karaciğer saptandı. Başvuruda 33 (%14) hastada ALT değeri 2 kat ve üzeri idi. Bu hastaların hepsinde USG'de yağlı karaciğer mevcuttu. Altı aylık izlem sonunda 19 (%8) hastada ALT yüksekliği devam etmekteydi, diğer karaciğer hastalıkları dışlanarak NAFLD tanısı konuldu Bu hastaların 13'ü (%68) erkekti (p=0,003), 16'sında (%84) metabolik sendrom saptandı (p=0,004). Laboratuvarda AST, ALT, GGT, ferritin ve ürik asit değerleri yüksek (p<0,001), HDL değeri düşüktü (p=0,04). Beş hasta karaciğer biyopsisini kabul etti. Biyopsi yapılan tüm hastalarımızda makroveziküler steatoz, lobüler inflamasyon ve fibrozis (2 hastada F3, 2 hastada F2, 1 hastada F1) saptandı. Bu bulgulara göre beş hastaya da NASH tanısı konuldu.

Sonuç: Çalışmamız obez çocuklarda NAFLD'ın tanımlanmasında güncel kılavuzları esas alan ve NASH tanısı karaciğer biyopsi bulguları ile desteklenen ülkemizden ilk çalışmadır. Obez çocuklarda NAFLD sıklığı kullanılan yöntemle (ultrason, MR, karaciğer biyopsi vb.) göre değişmekle birlikte çalışmamızda %8 oranında saptandı. Çalışmamızda obez kızlar daha fazla olmasına rağmen; NAFLD ve metabolik sendrom erkeklerde daha fazlaydı. NAFLD kabul ettiğimiz ve biyopsi yaptığımız beş hastanın hepsinde fibrozisin eşlik ettiği NASH bulguları saptamamız dikkat çekicidir. Sebatiyen karaciğer fonksiyon yüksekliği, metabolik sendrom varlığı, erkek cinsiyet ve ısrarla kilo veremeyen obez çocukların, karaciğer biyopsisi ile steatohepatit ve fibrozisin değerlendirilmesi, son dönem karaciğer hastalığına ilerleyebilecek olguların erken tespiti ve yakın takibi açısından son derece önemlidir.

Anahtar Kelime: Çocuk, karaciğer biyopsisi, nonalkolik yağlı karaciğer hastalığı, nonalkolik steatohepatit,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-019

Outcomes Of In-Vitro Fertilization Among Cases With Hypogonadotropic Hypogonadism

Hilal SERİFOĞLU¹, Sevcan Arzu ARINKAN²

¹Department of Obstetrics and Gynecology, Artvin State Hospital, Artvin, Turkey

²University of Health Sciences, Istanbul, Turkey Evrim Bostancı Ergene Department of Obstetrics and Gynecology, Zeynep Kamil Maternity and Children Disease's Hospital, University of Health Sciences, Istanbul, Turkey

Giriş - Amaç: Hypogonadotropic hypogonadism (HH) is defined as gonadal failure due to abnormal gonadotropin levels. We aimed to investigate the in-vitro fertilization (IVF) outcomes of cases with hypogonadotropic hypogonadism.

Yöntem - Gereçler: Medical records of 44 cases with hypogonadotropic hypogonadism between 2015 and 2020 were reviewed retrospectively.

Bulgular: Of the 44 HH women who underwent ovulation induction, 37 (84%) reached embryo transfer. The remaining seven patients (16%) did not undergo oocyte retrieval because of poor ovarian response. The mean endometrial thickness at the time of embryo transfer, measured by transvaginal ultrasonography was 9.71 ± 2.15 mm (Table 1). The mean estradiol level at the time of hCG was 1983 ± 1360 (pg/mL) and the mean of total oocytes retrieved was 8.41 ± 5.34 (Table 2). The fertilization ratio was 37% (n=20). We detected the ratio of pregnancies with positive fetal heart rates as 27.5% (n=14).

Sonuç: The ratio of pregnancy with positive heart rate was 27.5% among hypogonadotropic hypogonadism patients. Pregnancy can be achieved after receiving appropriate treatment among these patients.

Anahtar Kelime: fertilization, hypogonadism

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-020

3. Trimesterde Sars-CoV-2 Pozitifliği Olan 3 Vakanın Gebelik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hilal Şerifoğlu

Artvin Devlet Hastanesi

Giriş - Amaç: Aralık 2019 tarihinden itibaren tüm dünyayı etkisi altına alan COVID-19 pandemisi gebeleri de etkilemektedir. SARS-CoV-2'nin neden olduğu COVID-19 başlıca solunum ve kardiyovasküler sistemleri etkilemektedir. Gebeliğin fizyolojik değişiklikleri içerisinde kardiyorespiratuar sistem ve bağışıklık sisteminin değişiklikleri de yer alır ve bu durum gebelerin SARS-CoV-2'ye duyarlılığını artırabilir(1). Üçüncü trimesterdeki maternal enfeksiyonlarda COVID-19 için olası vertikal geçiş vakaları rapor edilmiş olup konjenital enfeksiyon hala tartışma konusudur(2). Vertikal geçişin yaygınlığı ve klinik önemi ise halen net değildir. Schwartz ve arkadaşları tarafından bildirilen 38 enfekte olmuş gebenin analizinde, intrauterin geçiş için herhangi bir kanıt bulunamadığı bildirilmiştir. Ayrıca SARS-CoV-2 enfekte kadınlardan doğan görünüşte sağlıklı yenidoğanlarda; lenfositopeni, trombositopeni ve pozitif radyolojik bulgular bildirilmiştir (5). Biz de servismizde takip ettiğimiz COVID-19 PCR (+) gebelerin kliniğini paylaşılarak 3. Trimesterde COVID-19'un muhtemel sonuçlarına değinmeyi amaçladık

Yöntem - Gereçler: Kliniğimizde 2021 Mayıs-Temmuz ayları arasında takip ettiğimiz COVID-19 PCR (+) gebelerin klinik ve laboratuvar bulguları geriye dönük olarak incelendi.

Bulgular: OLGU 1:23 yaşında SAT a göre 35+2 G4P1A2Y0 gebeliği olan hasta antenatal tarama testleri , 2. Düzey USG ve OGTT yaptırmamıştır. Tıbbi özgeçmişinde belirgin bir özellik olmayan hastanın obstetrik özgeçmişinde ilk çocuğu yarık damak dudak , kalpte defekt nedeniyle postpartum 18.günde ex olmuştur. COVID-19 PCR testi (İngiltere varyantı pozitif) nin pozitifleşmesinden itibaren bebek hareketlerinde azalma tariflemiştir. Ancak bir hafta sonra vajinal kanama nedeniyle hastaneye başvurmuştur. Yapılan ultrasonografi muayenesinde fetal kalp atımı izlenmemiştir. Muayenede vajinal kanama mevcut, collum kapalı yumuşamış. Uterus kontrakte, Tocoda kontraksiyon mevcuttur. Hastanın Laboratuvar bulguları şu şekildedir: Kan Gr: B Rh(+) Htc.:42.7 PLT: 107000 WBC:12650 Neu:%82 Lym:%12.4 D-Dimer:5.4(0-0.5) Fibrinojen: 106 CRP: 13.8 Eski sezeryanlı (CS) olan hasta CS ile doğurtuldu. Doğum sonrası kalp atımı alınmayan bebekten nazofarengeal sürüntü alındı. Hastanın postpartum dönemde takibi pandemi servisinde yapıldı. Takiplerinde Ateş :36.8, Tansiyon:110/70 , Nabız:70, SaO2: 98 . Postpartum 3. Gün takiplerinde sıkıntı olmayan hasta haliyle taburcu edildi. Bebekten alınan PCR sonucu negatif olarak raporlandı. Plasenta patoloji sonucu: -Üçlü Damar Yapısı -VillüslardaFibrinoid Dejenerasyon, Fokal Nekroz, Kalsifikasyon, Nötrofil Lökositlen Zengin İnflamasyon Hasta postpartum 1. Ay ve 3. Ayda tekrar görüldü genel durumu iyi, COVID-19'a sekonder bir sekel ya da şikayeti yoktur. OLGU 2:39 yaşında G5P3A1Y3 (NSD) 35 hafta gebeliği olan hasta kanama ve ağrı şikayeti ile acil servise başvurdu. Yapılan Non-Stres testte Fetal kalp atımı alınamadı. 2li testte yaş riski:1/100 2. Düzey USG yaptırmamış. 75 gr OGTT 1.sa:193 (Dahiliye takipli, diyetle regüle) Hipotiroidi nedeniyle 25mcg Levotiroksin sodyum , önceki düşük ve obezite nedeniyle Düşük molekül ağırlıklı heparin kullanıyor. Yapılan ultrasonografi muayenesinde 35 hafta ile uyumlu gebelik, FKA (-). Plasentada dekolmanla uyumlu görünüm saptandı. Vajinal muayenede amnion ile karışık kanama izlendi. Hastanın laboratuvar bulguları: Hct:27.8 PLT:181000 WBC:16.44 Neu:%85.6 Lym:%8.8 Fibrinojen:181 Hasta CS ile doğurtuldu. Gebelikle ilgili olan hastaneye başvurusundan 3 ay önce COVID-19 enfeksiyonu geçiren hastanın eklem ağrısı dışında semptomu olmamış ve herhangi bir tedavi almamıştır. Postop 2. Günde hastanın genel durumu iyi, vitalleri stabil olarak taburcu edildi. Plasenta patoloji sonucu: -Üçlü Damar Yapısı -Retroplasental Hematom -VillözStromalHemoraji -Perivillöz Fibrin Birikimi OLGU 3: 25 Yaşında SAT'a göre 41hafta G1P0 olan hasta günü dolduğu için hastaneye başvurdu. Hastanın tıbbi özgeçmişinde bir özellik olmayıp obstetrik özgeçmişinde 2li Test Düşük Riskli, 2. Düzey Usg Normal ve Ogtt Normal Sınırlardadır. Yapılan ultrasonografi muayenesinde 3500 gram, AFI normal FKA Pozitif Tek Canlı Baş Geliş Plasenta Anteriorda ve doğal

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

görünümde saptandı. Ta:110/70 Nst: Reaktif Kontraksiyon Minimal. Yatışta alınan COVID-19 PCR testi (+). Hct:36.3 PLT:336000 WBC:9.77 Neu:%71.5 Lym:%20.1 Gebe Miad aşımı ve ilerlemeyen travay nedeniyle CS ile doğurtuldu. Postpartum takiplerinde genel durumu iyi , vitalleri stabil , oksijen saturasyonları 95 üzerinde seyreden hasta Postoperatif 4. gün taburcu edildi.

Sonuç: Literatürde enfekte olmayan kadınlarla karşılaştırıldığında COVID-19 ile enfekte olan kişilerin gebeliklerinin daha yüksek oranda preeklampsi, erken doğum, ölü doğum, düşük doğum ağırlığı ile ilişkili olduğu ve bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesi ihtiyacının arttığı gösterilmiştir. Buna karşılık gestasyonel diabet, sezeryan doğum, postpartum hemoraji veya yenidoğan ölümüyle ilişkisinin olmadığı gösterilmiştir (6). COVID-19 lu gebelerin plasental patoloji incelemelerinin yapıldığı bir çalışmada plasental fetal vasküler malperfüzyon olduğu gösterilmiş ve bunun fetal büyüme, erken doğum veya ölü doğumla ilişki olabileceği söylenmiştir(7). Bizim olgularımızda COVID-19 u orta-hafif seviyede geçiren 3 gebenin 2sinde intrauterin fetal kayıp yaşanmıştır. Yaşayan yenidoğanın ise yoğun bakım ihtiyacı olmamıştır. COVID-19 pandemi sürecinde kişilerin gebelik süresince ve doğumdan sonra yakın takibi hem anne hem bebek sağlığı açısından önem arz etmektedir. Bu süreçte öncelikli olarak koruyucu hekimlik yapmak, gebeleri hastalıktan korunma yöntemleri açısından doğru bilgilendirmek ve bilgi kirliliğinden hastaları korumaya özellikle dikkat etmek gerektiğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: COVID-19, gebe

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-021

Gebelikte Apendektomi Olan Hastaların Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Hilal Şerifoğlu¹, Sevcan Arzu ARINKAN²

¹Artvin Devlet Hastanesi

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi

Giriş - Amaç: Akut apandisit, gebelikte karşılaşılan en yaygın cerrahi sorundur. İnsidans 1/800 ila 1/1500 gebeliktir. Klasik olarak, abdominal ağrı ilk semptomdur. Ağrı periumblikal alanda başlar ve inflamatuvar süreç ilerledikçe sağ alt kadrana doğru yer değiştirir. İştahsızlık, bulantı ve kusma ağrıyı takip eder. Ateş ve lökositoz sonrasında eşlik edebilir. Ancak bazı hastalarepigastrik yanma, şişkinlik, halsizlik ve ishal gibi klasik olmayan bulgular gösterebilirler. Gebelikte sık görülen abdominal ve gastrointestinal rahatsızlıklar, büyümüş uterus kaynaklı anatomik değişiklikler ve gebelikte izlenen fizyolojik lökositoz sebebiyle tanı zorlaşmaktadır. Ayrıca, gebelerde apandiksin yer değiştirmesine bağlı ağrının lokalizasyonunun değişmeside tanı koymayı zorlaştırır. Bu zorluklar ve hastayı ameliyata alma konusundaki gecikmeler sebebiyle perforasyon genellikle 3. trimesterde izlenmektedir. Semptomların başlangıcından sonra cerrahi müdahalenin 24 saatten fazla geciktirilmesi perforasyon riskini artırmaktadır.

Yöntem - Gereçler: 2013-2021 yılları arasında hastanemiz acil servisine karın ağrısı şikayetiyle başvurmuş ve sisteme akut apandisit tanısı girilmiş 20-35 yaş arası toplam 539 gebenin kayıtları retrospektif olarak tarandı. Apendektomi ön tanısıyla ameliyata alınan iki gebeden bir tanesinde uterinrüptür bir tanesinde ise dermoid kist izlenmesi sebebiyle çalışma dışı bırakıldı. Apendektomi olan ve bilgilerine tam ulaşılan toplam 12 olgu çalışmaya dahil edildi. Tanımlayıcı istatistiksel analizler yapıldı.

Bulgular: Olguların ortalama yaşı 27,1± 3,01 yıl, gravida ise 2±1.5 tir. Gebelerin % 41,7'si (n=5) 1. trimesterde, %50'si (n=6) 2. trimesterde ve %8,3'ü (n=1) 3. trimesterdeydi. Tüm olgular acil servise karın ağrısı şikayeti ile başvurular. Olguların %91,6'sına (n=11) laparotomi yapıldı. İlk trimesterde (9. Hafta) olan bir gebede başvuru yaptığı gün yapılan ultrasondafetal kalp atımı izlenmedi. Diğer tüm olgular postoperatif dönemde obstetrik açıdan sıhhatle taburcu edildi. Hastaneye başvuru ile cerrahi uygulama arasındaki süre 6 ila 96 saat arasında değişmektedir. İlk trimesterde (7.haftada) hastaneye başvurusunun 50.saatinde ameliyata alınan bir gebe36. haftadaerken membranrüptürü ve plasenta previa tanılarıyla sezaryen ile doğurtuldu. Üçüncütrimesterde (40.hafta) olan gebe ağrı şikayetiyle acil servise başvurdu. Bu gebe 50. saatte fetaldistres sebebiyle sezaryene alındı. Perfore apandisit izlenen olguyaapendektomiyapıldı. Geri kalan 10 olguda miadında doğum gerçekleştirildi. Bir olgunun patoloji sonucu karsinoid tümör olarak raporlandı.

Sonuç: Cerrahi uygulama kararı klinik bulgular, görüntüleme sonuçları ve klinik şüphe ile verilmelidir. Müdahalede 24 saatten fazla gecikme perforasyon riskini artırır. İltihap ve feçes materyalinin intraperitoneal olarak yayılması preterm eylem ve fetal kayıp riskini artırabilir. Açık ve laparoskopik cerrahi karşılaştırıldığında; ameliyat süresi, fetal doğum ağırlığı, preterm eylem ve sezaryen ile doğum oranları benzer bulunmasına rağmen laparoskopik cerrahinin yaygın olarak tercih edilmediğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: Apendektomi, apandisit, gebelik

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-022

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatan Preterm Bebeklerin Prematüre Retinopatisi Açısından Değerlendirilmesi

Kalender Kayaş*, Şirin Güven**

* Koç Üniversitesi Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD

** İstanbul Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Acil ve Çocuk Sağlığı Hastalıkları Kliniği

Giriş-Amaç: Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinde (YDYBÜ) izlenmiş olan prematüre bebeklerde prematüre retinopatisi (ROP) sıklığının ve olası risk faktörleriyle ilişkisinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem-Gereçler: Çalışmamızda, Şubat 2010 –Şubat 2012 tarihleri arasında ≤ 32 gestasyon haftasında ve ≤ 1500 g ağırlığında doğan ve YDYBÜ’de takip edilen 72 bebek ROP insidansı ve ROP gelişimini etkileyen risk faktörleri açısından retrospektif olarak incelendi. Bebeklerin ilk ROP muayeneleri doğumdan sonraki 4-6. haftalarda indirekt oftalmoskopiyle yapıldı ve retinal vaskülarizasyon tamamlanana veya ROP gerileyene kadar takibe devam edildi. Bebekler ROP gelişenler ve gelişmeyenler olarak 2 gruba ayrılarak risk faktörleri açısından değerlendirildiler. Dokuz muhtemel risk faktörü lojistik regresyon analiziyle değerlendirildi.

Bulgular: ROP sıklığı %18,1 olarak saptandı. Risk faktörlerinin analizinde ROP gelişimi ile doğum ağırlığı, doğum şekli, inotrop desteği, surfaktan ve postnatal steroid kullanımı, devamlı pozitif havayolu basıncı (CPAP) süresi, mekanik ventilasyon süresi, serbest oksijen tedavisi süresi ve patent duktus arteriyozus (PDA) varlığı arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulundu. Lojistik regresyon analizinde ROP gelişimini ventilatörde kalma süresinin 1.1 kat ve serbest oksijen tedavisi süresinin 1.5 kat arttırdığı saptandı. Volüm garantili ventilatör modlarının kullanımının ROP riskini azaltmakla birlikte bu durumun istatistiksel açıdan anlamlı olmadığı görüldü.

Sonuç: Uzun süreli mekanik ventilatör ve serbest oksijen tedavisi alan bebeklerde ROP taramalarının daha sık ve dikkatli yapılması uygun olacaktır. Uygulanan ventilatör modları ile ROP gelişimi arasındaki ilişkiyi incelemek için daha ileri araştırmalar gerekmektedir.

Anahtar Kelime: prematürite, retinopati, risk faktörleri

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-023

**A safe and effective tool for diagnosis of congenital heart disease in neonates and infants during Covid-19 pandemic.
Video-tele-echocardiography on Whatsapp**

Nuh Yılmaz¹, Yılmaz Akbaş², Ferhat Sarı³, Çiğdem El⁴, Esra Yazarlı⁵, C. Kübra Cenkçi⁶

¹HMKU Tıp Fakültesi, Çocuk Kardiyolojisi BD.

²HMKU Tıp Fakültesi, Çocuk Nörolojisi BD.

³HMKU Tıp Fakültesi, Çocuk YB.BD.

⁴HMKU Tıp Fakültesi, Pediatri AD.

⁵HMKU Tıp Fakültesi, Pediatri AD. C.

⁶Liv Hospital Vadistanbul Hastanesi. Pediatri Servisi.

Giriş - Amaç: Yenidoğan bakımıyla ilgilenen sağlık personelinin siyanotik konjenital kalp hastalıkları konusunda giderek artan bilgi ve deneyimleri nedeniyle, 3. Basamak hastanelere mesai saatleri dışında da yoğun bir şekilde kalp hastalığı ön tanılı yenidoğan sevkleri gerçekleşmektedir. Bu durum Covid pandemisinde daha belirgin hale gelmiştir. Ülkemizde halen her hastanede yeterli sayıda çocuk kardiyolojisi uzmanı bulunmadığından, hâlihazırdaki doktorların iş yükü belirgin şekilde artmaktadır. Artan konsültasyon ihtiyacına hızlı ve etkin cevap verebilmek için yeni yöntemlere ihtiyaç duyulmaktadır. Bu çalışmada whatsapp üzerinden video-tele-ekokardiyografi görüntüleriyle yapılan uzak konsültasyonun doğruluk ve etkinliğini araştırmayı hedefledik.

Yöntem - Gereçler: Pediatri asistanlarına eğitimleri sırasında 1 ay süreyle haftada 3 saat olacak şekilde eko eğitimi verilmiştir. Eko eğitiminde temel ultrasonografi prensipleri, cihazların ortak özellikleri, standart eko pencerelerini çıkarabilme, renkli ve CW-Doppler kullanma yeterliliği kazandırılmıştır. Konjenital kalp hastalığı ön tanısı ile acil servise 112 ile getirilen hastaların, eğitilmiş asistanlar tarafından elde edilen standart eko görüntüleri, telefon kamerasıyla MPEG-4 video dosyası şeklinde kaydedilip, Whatsapp üzerinden çocuk kardiyoloğuna gönderilmiştir. Gelen görüntüler incelenerek hastanın tanısı uzaktan konmuş, önemli patolojisi olanlara aynı gün çocuk kardiyoloğu tarafından hasta başında eko yapılmıştır. Diğer hastaların ekokardiyografik incelemesi en geç bir gün sonra yapılmıştır. Her iki yöntemle elde edilen veriler segmental analize göre değerlendirilerek, teleeko tanısı, esas tanı, atlanan kalp yapıları, başlanan tedavinin doğruluğu açısından incelendi. Ayrıca görüntü elde edilme süresi, tele-tanı konma süresi, hastaneye giderek tanı konma süresi açısından da incelendi.

Bulgular: Mart 2020 – Mayıs 2021 tarihleri arasında acil servise 112 tarafından getirilen konj kalp hastalığı ön tanılı 210 yenidoğan ve infantın verileri incelendi. 32 hastaya konj. Kalp hastalığı tanısı kondu. Diğer hastalarda primer kardiyak patoloji saptanmadı. Tanı konan hastaların 11'ine PGE1 tedavisi, 9 hastaya sildenafil, diğerlerine diüretik ve destekleyici tedaviler başlandı. İzlenen minör farklar, ince PDA, PFO, biküspit aort, situs gibi hemodinamik anlamı olmayan defektlerdi. Tele eko tanı süresi ortalama 16 dk +2 sn (3dk,33sn-36dk), hastanede tanı süresi ortalama 54 dk 15 sn olarak bulundu. Teleekokardiyografi tanısı yerinde eko ile karşılaştırıldığında majör tanı ve tedavi farkı izlenmedi.

Sonuç: Pandemi döneminde daha fazla kullanılmaya başlayan Tele-tıp yöntemleri arasında tele ekokardiyografi konjenital kalp hastalarına hızlı ve güvenli ön değerlendirme imkânı sunmakta, acil hastaların tanı konma ve tedavi başlanma sürelerini kısaltmaktadır. Ülkemizde yeterli sayıda bulunmayan çocuk kardiyolojisi hekimlerini acil hastalarla kısa sürede buluşturması açısından bu yeni yöntem avantajlar sunmaktadır. Ayrıca bu yöntem görüntüyü alan kişinin görüntüyü yorumlamasına ihtiyaç duymadığı için herkes tarafından kısa bir eğitim sonrasında uygulanabilen hızlı ve etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelime: tele-ekokardiyografi, konjenital kalp hastalığı, yenidoğan

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-024

Sağlıklı bebeklerinin patolojik yenidoğan taraması sayesinde tanı alan asemptomatik anneler; 3-Metilcrotonil-CoA karboksilaz eksikliği hastalarının klinik, biyokimyasal ve moleküler özellikleri

Mehmet Cihan Balcı*, Gülden Gökçay*

*İstanbul Üniversitesi, İstanbul Tıp Fakültesi, Çocuk Beslenme ve Metabolizma BD

Giriş - Amaç: 3-Metilcrotonil-CoA karboksilaz eksikliği (3MCCD, OMIM #210200), lösin katabolizmasının, otozomal resesif geçiş özelliği gösteren, kalıtsal bir metabolik hastalıktır. Fenotip oldukça değişkendir; yenidoğan döneminde akut başlangıçlı, ölümlü sonuçlanan hastalar olabildiği gibi asemptomatik yetişkinlerde saptanabilir. Çok sayıda asemptomatik 3MCCD anne, sağlıklı bebeklerinin anormal yenidoğan taraması nedeniyle tetkikleri sırasında tanı almıştır. Çalışmamızda sağlıklı çocuklarının patolojik yenidoğan taramaları sayesinde tanı almış olan anneler de dâhil olmak üzere, 3MCCD hastalarımızın klinik, biyokimyasal ve moleküler özelliklerini değerlendirdik.

Yöntem - Gereçler: İstanbul Tıp Fakültesi Çocuk Beslenme ve Metabolizma BD poplilineğinde, 2001-2021 yılları arasında, tanı almış, tedavi ve izlemleri yapılmış 30 hastanın verileri incelenmiştir.

Bulgular: 3MCCD eksikliği olan otuz olgunun (9E, 21K) 12'sine (%40) klinik bulgular (n=10) veya aile öyküsü (n=2) nedeniyle seçici metabolik tarama sonrasında teşhis koyuldu. Olgulardan 8'i (%26) genişletilmiş yenidoğan taraması (NBS) ile tanımlandı. Daha önce tanı almamış 10 anneye (%33) sağlıklı bebeklerinin pozitif NBS sonucunu takiben teşhis koyuldu. On üç hastada tanı moleküler olarak doğrulandı. On altı (%43) olguda saptanan klinik bulgular arasında konvülsiyon (n=6), ensefalopati (n=3), hipotoni (n=1), zekâ geriliği (n=3), dikkat eksikliği-hiperaktivite bozukluğu (n=1), kas güçsüzlüğü (n=6), akut metabolik dekompanasyon (n=6) bulunmaktadır.

Sonuç: 3-MCCD'li hastaların bir kısmı hipoglisemi, ketonemi ve şiddetli metabolik asidozla seyreden akut metabolik dekompanasyon gelişebilir, bu nedenle katabolik süreç sırasında metabolik dekompanasyonu önlemek için tanı koyulması önemlidir. Çok sayıda hastanın asemptomatik olması nedeniyle 3-MCCD eksikliği tanısı için genişletilmiş yenidoğan taraması yapılması tanı şansını arttıracaktır. Patolojik yenidoğan taraması olan bebeklerin asemptomatik 3-MCCD olan annelerinin tanı alabilmesi için bu bebeklerin aile taramasının yapılması kritik öneme sahiptir.

Anahtar Kelime: 3-metilcrotonil KoA karboksilaz eksikliği, genişletilmiş yenidoğan tarama, asemptomatik, hipoglisemi, metabolik asidoz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-025

Prematür adrenarş tanılı kız olguların klinik özelliklerinin değerlendirilmesi

Mehmet Eltan¹, Zehra Yavas Abali²

¹Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi

²Marmara Üniversitesi İstanbul Pendik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Endokrinolojisi

Giriş - Amaç: Adrenarş, pubik ve aksiller kıllanma gibi klinik bulguların adrenal androjenlerin artışına bağlı olarak geliştiği fizyolojik bir durumdur. Kızlarda 8 yaşından önce gelişimi prematür adrenarş (PA) olarak adlandırılır. Serum dehidroepiandrosteron sülfat (DHEAS) düzeyinin >40 µg/dl olması biyokimyasal belirteç olarak kabul edilmektedir. Amaç, PA tanılı kız olguların klinik özelliklerinin tanımlanmasıdır.

Yöntem - Gereçler: Geriye dönük ve kesitsel olan bu çalışmaya başvuru takvim yaşları (TY) 3.6 ile 7.9 yıl arasında olan, idiyoPATİK PA'lı 118 kız dahil edildi. Konjenital adrenal hiperplazi, adrenal tümör, ekzojen androjen kullanımı öyküsü olan veya santral pubertesi başlamış olgular dahil edilmedi. Öykü, antropometri, puberte evresi, kemik yaşı (KY) ve DHEAS verileri kaydedildi. Standart deviasyon skorları (SDS) Türk çocukları kriterleri ile hesaplandı. Gestasyon haftasına göre küçük (SGA), doğum ağırlığının (DA) 10 persentil altında olması olarak kabul edildi. Vücut kitle indeksi (VKİ) 85-95p arasında olanlar "fazla tartılı", >95p olanlar ise "obezite" grubunda değerlendirildi. DHEAS >130µg/dL olması "abartılı adrenarş" olarak tanımlandı. İstatiksel analizlerde IBM SPSS 20.0 kullanıldı. Etik kurul onayı alındı.

Bulgular: Çalışma grubunun TY ortalaması 6.8±0.8 yıl (ortanca 7.0) idi. Adrenarş belirtilerinin ortaya çıkması ile başvuru arasındaki süre 5.3 ay (IQR 2.5-8.4) idi. Doğum özellikleri değerlendirildiğinde gestasyon yaşı ortanca 38 hafta ve preterm doğum oranı %16.9, düşük DA oranı ise %12.7 idi. DA SDS ortanca değeri -0.11 (IQR:-0.64 - 0.47); SGA oranı %5.1 idi. Olguların boy ve VKİ SDS ortanca değerleri sırasıyla 0.73 ve 0.78; fazla tartılı ve obezite oranları sırasıyla %16.9 ve 23.7 idi. Boy ve hedef boy SDS farkı ortanca değeri 0.75 idi. Başvuruda KY ortanca değeri 7.5 yaş, KY/TY oranı ise 1.1 saptandı. Tüm olgular meme Tanner evre I olup pubik kıllanma (PK) evresi oranları evre I %9.3, evre II %79.7, evre III %11.0 idi. PK evre I olan olguların tümünde aksillada kıllanma (AK) vardı, AK tüm olguların %22'sinde vardı. DHEAS düzeyi ortalaması 94.1±41.6 µg/dL (aralık 40.0 – 279.0) idi ve abartılı adrenarş oranı %23 idi. VKİ >85p olanlar ile olmayanlar karşılaştırıldığında KY/TY oranı arasında anlamlı fark saptandı (1.1 vs 1.0, p=0.047), diğer klinik ve laboratuvar özellikler ise benzer idi. Obezite grubunda boy SDS yüksek saptandı (1.3±1.1 vs 0.5±1.2, p=0.003). SGA grubunda klinik ve laboratuvar özellikler açısından bir fark saptanmadı. Abartılı adrenarş olgularında boy SDS ve boy-hedef boy SDS farkı anlamlı olarak yüksek (p=0.022 ve p=0.027), KY/TY oranı benzer idi. DA SDS ve DHEAS düzeyi ile diğer klinik özellikler arasında korelasyon saptanmadı. VKİ SDS ile KY/TY oranı arasında pozitif korelasyon saptandı (r=0.211, p=0.049).

Sonuç: Abartılı adrenarş olgularında boy SDS yüksek saptanırken bu durumun KY ileriliği ile ilişkisi gösterilememiştir. Prematür adrenarşta kemik yaşına etki eden en önemli özelliğin vücut kitle indeksi olduğu gösterilmiştir.

Anahtar Kelime: adrenarş, dheas, obezite

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-026

Hospitalizasyon ve doğum gerektiren COVID-19 ile enfekte gebeliklerde maternal ve fetal morbidite öngörülebilir mi?: Gözlemsel bir kohort çalışması

Sebnem Alanya Tosun¹, Kıvanç Çelikkalkan², Azime Bulut³, Alptekin Tosun⁴, Muhammet Bulut², İlknur Yavuz⁵, Gökhan Ordu¹

¹Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Giresun

²Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Giresun

³Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Giresun

⁴Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Radyoloji Anabilim Dalı, Giresun

⁵Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Anabilim Dalı, Giresun

Giriş - Amaç: Hospitalizasyon ve doğum gerektiren koronavirüs hastalığı 2019 (COVID-19) ile enfekte gebeliklerde klinik özelliklerin, maternal-neonatal sonuçların ve kötü prognoz belirteçlerinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Üçüncü basamak bir pandemi hastanesinde COVID-19 enfeksiyonu sırasında terminasyon veya doğum gerektiren gebelikler ile ilgili gözlemsel kohort çalışmasıdır. Demografik özellikler, klinik özellikler, maternal, fetal ve neonatal sonuçlar değerlendirildi. Hospitalizasyon sonrası ilk 12 saatte bakılan laboratuvar değerleri kayıt edildi. Serum belirteçleri, olası herhangi bir maternal, fetal ve/veya neonatal kötü prognozu öngörücü değerini belirlemek için analiz edildi.

Bulgular: Toplam 45 hastanın 12'sinde maternal komplikasyon mevcut iken (grup 1), 33'ünde herhangi bir maternal komplikasyon gözlenmedi (grup 2). Hastaneye yatışta ortalama lenfosit sayısı, grup 1 ve 2'de sırasıyla 1175.83 ± 362.0 ve 1735.30 ± 746.1 olarak ölçüldü ($p=0.02$). Hastaneye yatış sırasında ölçülen lenfosit sayısı, kötü maternal sonucu öngörmeye anlamlı idi, eğri altında kalan alan 0.737 (%95 CI: $0.578 - 0.897$) ve %82 duyarlılık ve %67 özgüllük ile kesim noktası 1110 mcL olarak bulundu. 45 gebenin 19'unda fetal komplikasyon mevcuttu. Alıcı işletim karakteristiği analizinde maternal laktat dehidrogenazın kötü fetal sonuçları öngörmeye anlamlı idi, eğri altında kalan alan 0.719 (%95 CI: $0.566 - 0.872$) ve %85 duyarlılık ve %60 özgüllük ile kesim noktası 213 U/L olarak bulundu.

Sonuç: Gebelik sırasında COVID-19'un seyri bazı olgularda şiddetli olabilmektedir. Hospitalizasyon gerektiren gebelerde, hastaneye ilk başvurudaki maternal lenfosit sayısı kötü maternal sonucu öngörmeye ve maternal laktat dehidrojenaz seviyesi kötü fetal sonucu öngörmeye kullanılabilir.

Anahtar Kelime: COVID-19, pandemi, gebelik, maternal morbidite, fetal morbidite, SARS-CoV-2

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-030

Covid 19 Pandemi Kapanma Döneminde Çocuk Cerrahisi Hasta Ve Ebeveynlerinin Davranışsal Özellikleri Ve Tedavi Planlanması

Olga Devrim Ayvaz¹, Ayşenur Celayir², Erkan Pehlivan³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Patoloji, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Patoloji, İstanbul, Türkiye

³İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı, Malatya, Türkiye

Giriş - Amaç: Mevcut pandemi ve ilerdeki olası pandemilerde kaynakların verimli kullanımının programlanmasında katkı sağlayacağı kanaatiyle planlanan bu çalışmada, elektif operasyonların iptal edildiği Covid 19 pandemisi kapanma döneminde polikliniğimize başvuran hasta/hasta yakınlarının davranış tutumlarının ve tanısız/girişimsel özelliklerinin belirlenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Haziran-Temmuz 2020 tarihlerinde çocuk cerrahisine başvuran/çalışmaya katılmayı kabul eden hastalarda/ebeveynlerde ileriye dönük olarak yapıldı. 25 soruluk ankette, demografik özellikleri sorgulayan ilk 16'sı hasta/ebeveyni tarafından; hasta/hasta yakını/ebeveyn davranış tutumlarını belirleyici 17-25'inci sorular (hasta ve hasta yakını gözlemlenerek) ve tanı/tedavi bölümü doktor tarafından dolduruldu. Veriler analiz edildi.

Bulgular: İki ayda polikliniğimizden çalışmaya katılan 170 hastanın 105'i(%61,8) erkek 65'i(%38,2) kızdı. Ortanca yaş 2yıl(min:1ay,max:17yıl) olup 96'sı(%56,5) iki yaş altındaydı. Ortalama anne yaşı 31,68±5,977yıl(min:18yıl,max:53yıl); ortalama baba yaşı 35,52±6,928yıl(min:20yıl,max:58yıl)'dı. Annelerin 153'ü(%90) ev hanımıydı, 17'si(%10) çalışıyordu. Babaların 134'ü(%78,8) serbest meslek, 26'sı(%15,3) kamu çalışanı, 2'si (%1,1)emekli, 8'i (%4,8)'i çalışmıyordu. Aileler en sıklıkla dört kişilik(n:54,%31.8)'ti ve hastalarımız ikinci çocuk(min:1,max:6)'du.

Hastaneye ortalama ulaşım mesafesi 18,45±13,4km(min:2km,max:65km) olup 79'u(%46,5) kendi araçlarıyla, 38'i(%22,4) diğer bir araçla (taksi/komşunun), 32'si(%18,8) otobüs, 8'i(%4,7) yürüyerek, 6'sı(%3,5) dolmuşla, 2'si(%1,2) metroyla gelmişti; 5'i(%3) birden fazla vasıta kullanmıştı.

169'u(%99,4) ebeveynleriyle gelmişti, ebeveynlerinin tümü(%99,4) maskeliydi. Ebeveynlerin %93,5'ü(n=159) maskesini doğru takmışken, %6,5'i(n=11) yanlış takmış veya konuşurken açma eğilimindeydi. Ebeveynlerinin 12'sinde(%7,1) ek korunmalardan en az biri mevcuttu, diğerlerinde yoktu. Ebeveynlerinin 40'ında(%23,5) etrafa dokunmama, örtü getirme-serme gibi ek davranışlardan en az biri mevcuttu, diğerlerinde yoktu. Hastaların 89'u(%52,4) maskesizdi; 81 maskelilerin 75'i(%92,6) doğru takmıştı.

164'ü(%96,5)'i randevu olarak gelirken, 5'i(%2,9) randevusuz doktor yönlendirmesiyle, 1'i(%0,6) randevusuz gelmişti; 8'i(%4,7) ameliyat/cerrahi girişim sonrası kontrole çağırılmıştı. 123'ünde(%72,4) kronik hastalık yoktu. 12'si(%7,1) kronik ilaç kullanmaktaydı. Hastaların %48,8'inde cerrahi patoloji saptanırken %10,5'ine genel anestezi altında cerrahi, %14'ünde poliklinikte küçük cerrahi işlem yapılmış, %21,7'sinde elektif cerrahi olması nedeniyle operasyon ileri tarihlere ertelenmişti.

Sonuç: Çalışan anne ve daha yaşlı babaların çocuklarında maske kullanımı, baba mesleğiyle hastanın maskeyi doğru kullanması, kendi aracıyla gelenlerde ek koruma yöntemi kullanımının azlığı, çocuğun yaşı büyüdükçe maske kullanımının artışı istatistiksel olarak anlamlı bulundu.

Anahtar Kelime: Covid 19, Pandemi, Çocuk, Çocuk Cerrahisi, Acil Cerrahi, Elektif Cerrahi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-031

COVID-19 Pandemisinde Sünnet İstemiyle Tek Bir Cerrahtan Randevu Alarak Başvuran Çocuklarda Tespit Edilen Konjenital Veya Edinsel Skrotal Patolojiler

Olga Devrim Ayvaz¹, Ayşenur Celayir²

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Patoloji, İstanbul, Türkiye

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Cerrahisi Kliniği, Patoloji, İstanbul, Türkiye

Giriş - Amaç: İnmemiş testis, retraktıl testis, hidrosel gibi inguinokrotal patolojiler edinsel veya konjenital olabilir; pek çok çocukta inguinokrotal bölge anomalileri fark edilmeyebilir. Bu çalışma, sünnet istemiyle tek hekimden randevu alarak başvuran çocuklarda muayene sırasında yeni veya geç tespit edilen konjenital veya edinsel skrotal patolojilerin değerlendirilmesi amacıyla yapıldı.

Yöntem - Gereçler: Ocak-Ağustos 2021 tarihlerinde 3.basamak eğitim araştırma hastanesi çocuk cerrahisi polikliniğinden tek bir hekimden randevu alarak sünnet istemiyle başvuran hastalar retrospektif olarak değerlendirildi. Muayene sırasında yeni tespit edilen skrotal patolojili olgular çalışmaya dahil edildi, daha önce tanı almış skrotal patolojisi bilinen çocuklar dahil edilmedi. Veriler 20.0 SPSS istatistik programına yüklenerek deskriptif değerleri saptandı.

Bulgular: Sekiz aylık süreçte sünnet istemiyle tek bir cerrahtan randevu alarak başvuran 150 çocuğun ortalama yaşı $7,3 \pm 37,2$ ay (min:1 ay, max:144 ay) idi. Bir yaş altındaki 33 hastanın (%22) ortalama yaşı $5,91 \pm 3,46$ ay (min:1 ay, max:11 ay), 1 yaş üstü 117 hastanın (%78) ise $4,87 \pm 2,9$ yaş (min:1 yaş, max:12 yaş) idi. Sünnet istemi en sıklıkla 1 yaş altındakilerde 1 ay ve altında (n=6, %18), 1 yaş üstündekilerde 6 yaşında (n=23, %19,7) olmuştu; 7 yaş ve üstü 32 hasta (%27,4) mevcuttu.

150 hastanın 15'inde (%10) skrotal patoloji saptandı. 7'sinde (%4,7) retraktıl testis, 6'sında (%4) inmemiş testis, 1'inde (%0,7) hidrosel tespit edilirken, 1'inde (%0,7) testis skrotuma gergin indirilmekteydi. İnmemiş testisli hastaların ortalama yaşı $6,83 \pm 2,32$ yaş (min:3 yaş, max:10 yaş), retraktıl testislilerin ise $5 \pm 3,06$ yaş (min:1 yaş, max:11 yaş) idi; hidroselli olgu ise 3 yaşındaydı.

Skrotal patoloji saptanan 15 hastada US/Doppler US yapıldı. Skrotal patolojiler 10'unda (%67) sağ tarafta, 4'ünde (%27) sol tarafta, 1'inde (%6) ise bilateral idi. 8'i (%53,33) takibe alınırken, inmemiş testis ve hidrosel tanılı 7'si (%46,67) opere edildi; diğerlerinde sünnet operasyonlarının aciliyeti olmadığı için pandemi sonrası yapılması önerildi.

Sonuç: Sünnet istemiyle başvuran olgulardan %10'unda ek bir skrotal patoloji muayenede fark edildi; %4,7'sinde operasyon gerekti. Covid 19 Pandemisi döneminde elektif operasyonlar yapılmısa dahi sünnet istemiyle başvuran tüm olguların muayene edilmesiyle ailelerin veya farklı branş hekimlerinin fark etmediği skrotal patolojiler saptanabilir.

Anahtar Kelime: Skrotal Patolojiler, Sünnet, Geç Tanı, Covid 19 Pandemisi, Çocuk

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-032

Hastanede Yatan Çocuklarda Malnütrisyon Sıklığı

Reyhan Kaya Gümüştekin¹, Nafiye Urgancı²

¹Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme Kliniği

Giriş - Amaç: Malnütrisyon çocukluk çağında morbidite ve mortalitenin önemli bir sebebidir. Malnütrisyon sıklığı hastanede yatan hastalarda, hastanede yatış süresinin uzaması ile ilişkili olarak artmaktadır. Nutrisyonel durumun hastane yatışından olumsuz etkilendiği bilinmektedir. Malnütrisyon sıklığının saptanması, hastanede yatışın nutrisyonel duruma etkileri ve hastalıklara göre malnütrisyonun dağılımının incelenmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya Ağustos 2014 ve Mayıs 2015 tarihleri arasında Şişli Hamidiye Etfal Eğitim Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları servisine yatırılan 1 ay-18 yaş arası 400 çocuk alındı. Acil servis, çocuk yoğun bakım, yenidoğan yoğun bakımda yatan hastalar ve doğum ağırlığı 2500 gr altında olan hastalar, prematür doğum öyküsü olan hastalar ve yabancı uyruklu hastalar çalışmaya dahil edilmedi.

Bulgular: Olguların 231'i (%57,8) erkek olup, yaş ortalaması 59.2±61.9 ay iken, ortalama hastanede kalış süresi 8.3±10.5 gün idi. Olguların %30,8'inde yatış sırasında akut malnütrisyon saptandı. Akut malnütrisyonun en fazla olduğu yaş grupları 6-10 yaş (%34) ve 10-18 yaş (%37,2) idi. Kronik malnütrisyon ise en fazla 0-2 yaş grubunda (%39,2) izlendi. Hastaneden çıkış sırasında ise yatan tüm çocukların % 31,5'i akut malnütrisyonlu idi, (2-6 yaş ve 10-18 yaş grubunda malnütrisyon sıklığının arttığı gözlemlendi.) Yatış ve çıkış arasında 1 ay-2 yaş grubunda ve 6-10 yaş grubunda malnütrisyon sıklığı azalmıştı. Taburculuk sırasında diğer sistem hastalıklarında malnütrisyon sıklığında değişim olmazken veya artış gözlenirken yalnızca enfeksiyon grubunda, malnütrisyon sıklığında azalma dikkat çekiciydi.

Sonuç: Çocuklarda hastaneye yatış, genel olarak çocuğun beslenme durumunu kötü yönde etkilemekle birlikte malnütrisyon sıklığını artırmaktadır. Bu konuda hastanede malnütrisyonun etkin tedavisinin sağlanması için yeni stratejilerin geliştirilmesi gereklidir.

Anahtar Kelime: Hastane malnütrisyonu, çocuk, Türkiye, nutrisyonel durum

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-033

Çocukluk Çağında Görülen Postüral Bozukluklar: Bir Olgu Nedeniyle Kifoz ve Skolyoza Genel Bir Bakış

Öğr.Üyesi Dr. Ruhan Özer

İstanbul Medipol Üniversitesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

Giriş - Amaç: Postür iskelet sisteminin doğru duruş şeklidir. Postür bozuklukları erken tanınıp önlemler alınmadığında, sadece bel ve sırt bölgesini değil iç organları da olumsuz etkileyebilir. İlerleyen yaşlarda göğüs kafesi deforme olarak kalp ve akciğerleri sıkıştırmaya başlar. Çocuğun şu anki ve gelecekteki sağlığını da olumsuz etkileyebilir.

Yöntem - Gereçler: Rutin çocuk sağlığı muayenesinde fizik bakıda duruş bozukluğu dikkat çeken hastaya torakal dorsal vertebra grafisi çekildi.

Bulgular: Olgu: MTŞ, 7,5 yaşında erkek hasta, rutin çocuk sağlığı izlemi muayenesinde zaman zaman boyun ağrısı olduğu yakınması dikkati çekti. Yaşam şekli sorgulandığında fiziksel aktivite düzeyinin düşük olduğu, antrenmanlı bir spor yapmadığı ve bilgisayar başında günde ortalama 4-5 saat geçirdiği öğrenildi. Fizik muayenesinde vücut ağırlığı: 29 kg, (90 p), boy: 130 cm, (75 p) olduğu, Adam's öne eğilme testinde skapulalar arasında seviye farkı olduğu gözlemlendi. Çekilen torakal dorsal vertebra grafisinde mid-torakal bölgede açıklığı sola bakan 10 derece skolyoz izlendi.

Sonuç: Postür bozuklukları erken tanınıp önlemler alınmadığında, sadece bel ve sırt bölgesini değil iç organları da olumsuz etkileyebilir. İlerleyen yaşlarda göğüs kafesi deforme olarak kalp ve akciğerleri sıkıştırmaya başlar. Çocuğun şu anki ve gelecekteki sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Duruş bozukluğu tanısı konulduktan sonra derecesine göre tedavi planı belirlenir. Hafif düzeyde ise duruş öğretme, spinal kontrolü sağlamak için postür egzersizleri, omurga esnekliğini artırıcı egzersizler, kuvvetlendirme egzersizleri ve solunum güçlendirme egzersizleri başlanır. Kişiye özel korseler veya cerrahi müdahale postür bozukluğunun düzeyine göre ve bir önceki adımdaki tedaviye yanıtına göre seçilecek tedavi yaklaşımlarıdır.

Anahtar Kelime: Postür bozukluğu, çocukluk çağı, egzersiz,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-034

Prematüre Bebeklerde İlginç Bir Prediksiyon Modeli: Tiroid Hormonları Ve Morbiditeler

Sinan Uslu¹, Nargiz Mirzayeva¹, Ayşegül Uslu², Evrim Kıray Baş¹, Ebru Türkoğlu Ünal¹, Ali Bülbül¹

¹ Şişli Hamidiye Etfal Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Kliniği

² Kağıthane Devlet Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Prematüre bebeklerde yaşam şansı arttıkça kaliteli yaşamı belirleyen morbiditeleri kontrol etmek büyük önem taşımaktadır. Vücutta hemen her hücre ve dokuda farklı regülatif etkileri olan tiroid hormonlarının özellikle erken neonatal dönemdeki temel morbiditelerle ilişkisini ortaya koyan çalışmalar ele alınmamıştır (1). Çalışmamızda tiroid hormonlarının neonatal morbiditelerle olan ilişkisi irdelenerek prediktif model ortaya konmaya çalışıldı.

Yöntem - Gereçler: Yenidoğan yoğun bakım ünitemizde son 5 yılda yatarak tedavi gören konjenital anomali, dismorfizm ve annesinde tiroid hastalığı olmayan ve kaybedilmeyen 37 hafta altı prematüre bebekler etik onay alındıktan sonra çalışmaya alındı. Bebeklerin ilk haftaki serbest T4 ve TSH düzeyleri ve bebeklerin morbiditeleri kayıtlardan retrospektif olarak elde edildi. Morbiditesi olan ve olmayan gruplar ortalama tiroid hormon düzeyleri açısından karşılaştırıldı. Bağımsız değişkenlerin karşılaştırmaları OneWay ANOVA ve Kruskal Wallis Testi ile alt grup karşılaştırmaları ise Mann Whitney U testi ile yapıpı Bonferroni düzeltmesi ile yorumlandı.

Bulgular: Çalışma kriterlerine uyan toplam 476 bebek değerlendirildi. Morbiditeleri olan (RDS, ROP, BPD, İVK, PDA, NEK, klinik sepsis ve kan akımı enfeksiyonu) bebeklerin olmayan bebeklere göre TSH düzeyleri arasında belirgin farklılık saptanmaz iken tüm morbiditeler için serbest T4 düzeylerinin istatistiki olarak daha düşük düzeylerde olduğu belirlendi.

Sonuç: Prematüre bebeklerde kaliteli yaşamın daha az morbiditeye sahip olmaları ile ilişkili olduğu bilinmektedir (2). Fakat bakım düzeylerinin artmasına karşı düzenlenmesi mümkün olmayan matürasyonun ve risk faktörlerinin tanımlanması dışında hangi bebeklerin bu morbiditelere maruz kalacağına dair net bir model ortaya konmamıştır. Preterm bebeklerde geçici hipotiroksinemi tanımlanmış olmasına karşı düşük tiroksin seviyelerinin patolojik sonuçlarla ilişkisi incelenmemiştir (3). Çalışmamız patolojik enflamatuar sürecin farklı prezentasyonları olarak ta tanımlanan erken neonatal morbiditelerin düşük tiroksin seviyeleri ile ilişkili olduğunu ortaya koymaktadır. Bu ilginç ve önemli sonucun preterm morbiditesi için yapılacak prediktivite çalışmalarına bir yön vereceğini umut ediyoruz.

Kaynakça:

1. Mullur R, Liu YY, Brent GA. Thyroid hormone regulation of metabolism. *Physiol Rev.* 2014;94(2):355-82. doi: 10.1152/physrev.00030.2013.
2. Vederhus BJ, Markestad T, Eide GE, Graue M, Halvorsen T. Health related quality of life after extremely preterm birth: a matched controlled cohort study. *Health Qual Life Outcomes.* 2010;8:53. Published 2010 May 23. doi:10.1186/1477-7525-8-53.
3. Consortium on Thyroid and Pregnancy—Study Group on Preterm Birth, Korevaar, T., Derakhshan, A., Taylor, P. N., Meima, M., Chen, L., Bliddal, S., Carty, D. M., Meems, M., Vaidya, B., Shields, B., Ghafoor, F., Popova, P. V., Mosso, L., Oken, E., Suvanto, E., Hisada, A., Yoshinaga, J., Brown, S. J., Bassols, J., Peeters, R. P. (2019). Association of Thyroid Function Test Abnormalities and Thyroid Autoimmunity With Preterm Birth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA*, 322(7), 632–641. <https://doi.org/10.1001/jama.2019.10931>

Anahtar Kelime: Preterm, Tiroksin, Morbiditeler

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-035

Bronkopulmoner displazi ve prematüre retinopatisinde mezenkimal kök hücre tedavisi yeni bir umut olabilir mi?

Şükran Yıldırım

Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş - Amaç: Son yıllarda, özellikle gelişmiş ülkelerde, yenidoğan bakımında antenatal steroid kullanımı, daha az ve dikkatli ventilatör kullanımı, sıkı enfeksiyon kontrol tedbirleri gibi nedenlerle aşırı preterm bebeklerin yaşam şansı artmıştır. Prematürelliğe eşlik eden çeşitli komorbiditelerde de, bronkopulmoner displazi (BPD) hariç, orta dereceli azalma görülmüştür. Bronkopulmoner displazi sıklığı ise, ülkesine göre değişmekle birlikte, sabit kalıyor, hatta artıyor gibi görünmektedir. Zaten gelişmesini tamamlayamamış ve sürfaktan, anti-oksidanlar ve proteaz inhibitörleri gibi biyokimyasal koruyuculardan bakımından yetersiz prematüre akciğerinin, doğduktan sonra da mekanik, oksidan ve inflamatuvar hasara maruz kalması sonucu, BPD ortaya çıkmaktadır. Patofizyolojik hasarın multifaktöriyel olması nedeniyle altta yatan tek bir nedenin tedavisi etkili olamamaktadır. Konvansiyonel tedaviler dışında yeni bir tedavi gerektiği açıktır. Bu noktada, çeşitli hayvan deneylerinde, BPD, prematüre retinopatisi (ROP), intra-ventriküler kanama (İVK) ve hipoksik iskemik ensefalopatide (HIE), anti-inflamatuvar, anti-apoptotik, anti-oksidatif ve anti-fibrotik etkisi gösterilen mezenkimal kök hücre (MKH) tedavisi öne çıkmaktadır. İnsanlarda da devam eden çok sayıda faz I-II çalışmaları mevcuttur. Kısa ve uzun dönemli (2 yaş) takiplerde, sonuçlar son derece ümit vadetmektedir. Çalışmalar göstermiştir ki, umbilikal kordondan elde edilen mezenkimal kök hücreleri, BPD ağırlığını, BPD'ye bağlı pulmoner hipertansiyonu, inflamasyonu ve nörogelişimsel morbidite riskini azaltmaktadır.

Şimdilik tedavi dozu, veriliş zamanı, veriliş yolu ve veriliş sıklığı ile ilgili veriler yetersizdir. Çalışmalar arasında etkinlik derecesi ile ilgili de tutarsızlıklar mevcuttur. Bununla birlikte, çalışmaların tamamında, doz ve veriliş yolu ne olursa olsun, MKH tedavisinin yan etki açısından güvenli bir tedavi olduğu belirtilmiştir.

Bu yazıda, TC. Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi'nde, MKH tedavisi uygulanan 3 preterm bebeğin erken neonatal sonuçları sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: 22.02.2021-31.05.2021 tarihleri arasında, geleneksel tedavilerle ventilatörden kurtulamadığı için intratrakeal (İT) ve intravenöz (İV) MKH tedavisi verilen, 3 preterm bebeğin klinik ve radyolojik bulguları retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bebeklerin gestasyonel yaşı sırasıyla, 28, 24 6/7, 26 2/7 hafta, doğum tartısı sırasıyla, 800, 652 ve 1070 gr idi. Her 3 bebek de, post-menstruel (PM) 36. haftalarında %30'dan fazla oksijen ve mekanik ventilatör gereksinimleri olduğundan, ağır BPD olarak değerlendirildi. Mezenkimal kök hücre tedavisi öncesi, her 3 bebekte de İV deksametazon, İV pentoksifilin, inhale budesonid, inhale salbutamol, inhale iloprost tedavileri verildi, ancak ventilatörden ayrılamadı. Aileden ve TC. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Organ, Doku Nakli ve Dializ Hizmetleri Daire Başkanlığı'ndan onam alındıktan sonra, 1. bebeğe post-natal (PN) 84. gün, PM 40. haftasında, 2. bebeğe PN 55. gün, PM 32 4/7 haftasında, 3. bebeğe PN 63. Gün, PM 35. Haftasında, 10 milyon/kg MKH uygulandı. Mezenkimal kök hücrenin, üçte ikisi İT, üçte biri İV yolla verildi. Her 3 bebeğe de, ilk tedaviden 15 gün sonra, aynı doz ve yöntemle ikinci kez tedavi verildi. İkinci kürden 20 gün sonra, her üç bebeğin de, oksijenizasyon indekslerinde (Oİ) belirgin düşme görüldü (%55, %66, %42). İlk bebek, ikinci kür MKH tedavisinden 24 gün sonra, 2. bebek 15 gün sonra, 3. bebek 21 gün sonra ekstübe edildi ve her 3 bebek de non-invazif ventilasyonla (NİV) izlenmeye başlandı. Her 3 bebek de, ekokardiografik olarak MKH tedavisi öncesi ve ilk kürden 1 hafta sonrası değerlendirildi. Pulmoner arter basınçlarında, sırasıyla %30, %33, %25 düşüş görüldü.

İlk bebeğin, MKH tedavisi öncesi prematüre retinopatisi (ROP) muayenesi, zon 2/evre 2-zon2/evre 3 iken, MKH

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

tedavisinden 1 hafta sonra zon 3/evre 1- zon 3/evre 1 olarak değerlendirildi. İkinci bebeğin MKH tedavisi öncesi ROP muayenesi her iki gözde Zon 1 evre 0 iken, 14 gün sonraki kontrolünde her iki gözde zon 3, evre 1 olarak değerlendirildi. Üçüncü bebeğin MKH tedavisi öncesi ROP muayenesi her iki gözde zon 2/evre 2, preplus (+) iken, tedavi sonrası zon 2/evre 2, preplus kaybolmuş olarak değerlendirildi. Hiçbirine ROP için invazif girişim gerekmedi.

Her 3 bebeğin de akciğer grafilerinde, MKH tedavisinden 1 ay sonra havalanmanın daha iyi olduğu, BPD bulgularında düzelme olduğu görüldü.

Sonuç: Bronkopulmoner displazi multifaktöriyel bir hastalıktır ve tek bir etkene yönelik tedavi ile düzelmemektedir. Şu an için, çok yönlü bir tedavi düşünüldüğünde, mezenkimal kök hücre tedavisi, en uygun seçenek gibi gözükmemektedir. Mezenkimal kök hücreler, doku grubu uyumu aranmadan, güvenli bir şekilde kullanılabilir. Daha önce sanılanın aksine, etkilerini yeni hücre oluşumu sağlamaktan çok, parakrin yolla gösterdikleri anlaşılmıştır. Zira engraftmanın %10-15 civarında olduğu bildirilmiştir. Tedavi etkisi, ilk günlerde başlamakta ve 1 haftadan itibaren azalmaktadır. Bu nedenle tekrarlayan dozlar (1-2 haftada 1) önerilmiştir (4 doza kadar). Literatürde, çok sayıda devam eden faz I-II çalışması bildirilmiştir. Doz önerileri, verilme zamanı ve verilme yolu ile ilgili farklılıklar mevcuttur. Genellikle, PN 14 gün-63 ay arasında, İT veya İV yolla, allojenik umbilikal kord kaynaklı MKH, 1- 25 X 10⁶ - 10⁷ hücre/kg dozlarda verilmiştir. Daha yüksek dozların ek yarar sağlamadığı ileri sürülmektedir.

Üç ağır BPD'li hastamızda, MKH tedavisi, geç dönemde, bildirilen en düşük dozda, hem İT hem İV yolla uygulanmış, ilk haftadan itibaren OI'de belirgin düşme görülmüş ve ikinci dozdan 20-25 gün sonra da entübasyondan kurtulma sağlanmıştır. En yüksek yararı ise PM 32. haftasında MKH tedavisi yaptığımız hasta görmüş, ikinci kür tedaviden 15 gün sonra ekstübe edilebilmiş ve PN 104. günde spontan solunuma geçilebilmiştir. Post-menstruel 35 ve 40. haftada MKH uygulanan diğer 2 hastamız yine ekstübe edilebilmişler, ancak uzun süre NIV'da izlenmeye devam etmişler ve ancak ev tipi ventilatör ile taburcu edilebilmişlerdir. Daha erken PM haftalarda ve PN yaşlarda, fibrozis ilerlemeden verilen MKH tedavisi, daha etkili olabilir.

Hayvan deneylerinde, MKH'nin intra-vitreal uygulanması ile neovaskularizasyonun azaldığı bildirilmiştir. Her 3 hastamızda da MKH tedavisini takiben retinal vaskularizasyon üzerinde olumlu etkiler görülmüş, MKH tedavisi öncesi, ROP için invazif girişim düşünülürken, MKH tedavisi sonrası invazif girişime gerek kalmamıştır. İntra-venöz verilen MKH'lerin, inflamasyon olan bölgelere yöneldikleri bilinmektedir. Bronkopulmoner displazisi olan bebeklerde ROP, periventriküler-lökomalazi gibi diğer morbiditelere de sık rastlandığından, tedavinin bir kısmını İV yolla vermek bir seçenek olarak değerlendirilmelidir. Ancak literatürde genellikle tek bir yol tercih edildiğinden bu konudaki veriler son derece yetersizdir.

Sonuç olarak, çok sayıda bilinmeyen olmakla birlikte, BPD'de MKH tedavisi şu an için en ümit verici tedavi olduğunu düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: bronkopulmoner displazi, prematüre retinopatisi, mezenkimal kök hücre tedavisi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-036

Febril refrakter status epileptikuslu hastada plazmaferezin etkinliği

Yasemin Çoban¹, Yılmaz Akbas², Gokcen Oz Tuncer², Alper Koker¹, Sultan Aydin Koker³

¹Hatay State Hospital, Pediatric intensive care, Hatay, TURKEY

²Hatay State Hospital, Pediatric Neurology, Hatay, TURKEY

³Hatay State Hospital, Pediatric Hematology, Hatay, TURKEY

Giriş - Amaç: Febril refrakter status epileptikus sendromu (FRSE) non- spesifik bir ateşli enfeksiyon sonrasında ortaya çıkan ve anti-epileptiklere dirençli nöbetlerle seyreden bir sendromdur. FRSE prognozu %30 mortalite, %90-100 refrakter epilepsi ve değişik derecelerde entellektüel kayıpla sonuçlanmaktadır. Kesin bir tedavisi bulunmamakla birlikte genellikle vaka bazında immunoterapi yöntemleri veya derin sinir stimülasyonu, elektrokonvülviz terapiler denenmektedir.

Vaka Taktimi: Öyküsünde 3 gündür soğuk algınlığı olan daha önce sağlam sağlıklı 4 yaşındaki kız hasta acile ateş, bilinç bulanıklığı ve nöbet ile başvurdu. Hasta ensefalit şüphesiyle çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Hastanın laboratuvar tetkiklerinde ve görüntüleme yöntemlerinde özellik yoktu. Hastada başlangıçta ensefalit düşünüldü ve tedavisi düzenlendi. Hastaya status epileptikus tedavi protokolüne göre sırasıyla; midazolam, tiyopental ve ketamin infüzyonu başlandı. Mitokondriyal patoloji açısından pridoksin ve biotin ve karnitin başlandı İdame tedavi olarak fenitoin, levetirasetam, valproik asit, karbamazepin, klozapam, fenobarbital, lakozamid ve topiramet sırasıyla eklendi Hastanın geleneksel tedaviye cevap vermemesi nedeniyle pulse-steroid tedavisi başlandı. Hastanın aralıklı olarak çekilen EEG'sinde elektriksel nöbet aktivitesinin hemisferler arası göç etmesi etyolojiyi aydınlatmak için yapılan laboratuvar ve görüntüleme tetkiklerinin normal gelmesi nedeniyle hasta FRSE kabul edilip immunoterapi tedavisine başlanmasına karar verildi. IVIG tedavisi başlandı. Hastanın kliniğinde değişiklik olmaması üzerine yatışının 9. gününde plazmaferez + IVIG kombine tedavisi başlandı. Hastanın yatışının 12. gününde EEG'de nöbet aktivitesinin belirgin azaldığı ve zemin aktivitesinin düzeldiği görülünce 9 doz plazmaferez uygulandı. Plazmaferez sonrası EEG'de elektriksel nöbet aktivitesi kayboldu ve zemin aktivitesi normale geldi. Sedatif- hipnotik ajanlar kesildi ve hasta ekstübe edildi. Takibinde hasta evine sağlıkla taburcu edildi.

Tartışma: Plazmaferez çocukluk yaş grubunda görülen refrakter status epilepticus veya süper refrakter status epileptikusta kullanılan bir yöntemdir. FRSE etiyolojisi henüz belirlenememiştir İmmünolojik olabileceği düşünülmektedir. Burada nadir görülen FRSE'lu bir hastada plazmaferez ve IVIG kombine tedavi denenmiş ve başarılı olunmuştur. Sonuç olarak FRSE düşünülen hastalarda erken dönemde plazmaferez ve IVIG tedavisinin birlikte denenebileceğini düşünmekteyiz.

Anahtar Kelime: Febril status epileptics, non-enfeksiyöz, plazmaferez, dirençli epilepsi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-037

Pediyatrik Yoğun Bakımdaki Kandida Enfeksiyonunun Retrospektif Değerlendirilmesi

Yasemin Çoban¹, Alper Köker¹

¹Hatay Devlet Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım

Giriş - Amaç: Son yıllarda nazokomiyal mantar enfeksiyonlarının sıklığında belirgin artış gözlenmektedir. Yoğun bakım ünitelerindeki yaşam destek sistemlerinin gelişmesi, invaziv işlemlerdeki artış, sitotoksik tedavilerin ve geniş spektrumlu antibiyotiklerin yaygın kullanımı, kronik hastalıklarının olması, uzun yoğun bakım yatış sürelerinin olması mantar enfeksiyonunun sıklığında artışa neden olmuştur. Bu çalışmanın amacı; Çocuk yoğunbakım biriminde, saptanan kandida enfeksiyonlarında kandida türü, tedavi yaklaşımını ve sonuçlarının değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Çalışma Mart 2018-Mart 2019 tarihleri arasında 14 yataklı 3. Basamak çocuk yoğun bakım hizmeti veren şehir hastanesinde yapılmıştır. Bu üniteye tedavi gören hastaların, kan, idrar ve balgam kültürlerindeki kandida üremeleri, etkenlerini, tedavi yaklaşımlarını, üremelerin kaçınıcı günde negatifleştiğini, mortalite üzerine etkisi retrospektif olarak incelendi.

Bulgular: Bir yıl içerisinde yoğun bakım ünitesinde toplam 176 hasta tedavi edilmiş ve bu hastaların ortalama yatış süresi 39,6±21,8 gün olarak belirlenmiştir. Bu hastaların 28'inde (%15,7) candida üremesi gözlenmiştir. Candida üremesi, kan, idrar ve trakeal aspirat kültürlerine göre sırası ile 16 (%57,1), 12 (%42,8) ve 8 (%28,5) olarak gerçekleşmiş, ayrıca 8 hastada, iki farklı anatomik bölgeden alınan örneklerde üreme gerçekleşmiş ve etkenin aynı olduğu gözlenmiştir. Çalışmada, kandidemi etkeni olarak en sık C.albicans %35,7 izole edilmiştir. Non-albicans türler içinde en çok C.tropicalis %25 izole edilirken, ikinci sıklıkta C.parapsilosis %10,7 görüldü. Tür düzeyinde isimlendirme yapılamayan kandidaların oranı ise %10,7 olmuştur. Üremesi olan 5 hastaya sistemik bulgu olmadığından antifungal tedavi başlanmadı. Bunun dışındaki hastalara şüphelenilen candida enfeksiyonlarında profilaktik olarak flukanazol yada etkene yönelik tedavi başlandı. Mortalite ise bu hastaların 6 (%21)'sında gerçekleşmiştir. Ölenlerin 5 inde mortalite nedeni olarak candida sepsisi düşünüldü. Candida türü ile mortalite arasında ilişkili saptanmadı. Ölen hastaların 2 sinde c.lusitania, 1'inde c. krusei, 1' inde c. albicans ve 1'i ise c. parapsilosis üremiştir. Üremelerin bir kısmında flukanazol, flusitozin, kaspofungin direnci görüldü. Mortal seyreden hastalardaki üremelerde antifungallere dirençli suşlardı. Ancak tüm candida suşları mycafungine duyarlıydı. Hastaların göz dibi bakıları, ekokardiografi ve batın USG'leri normal saptandı

Sonuç: Bu çalışmada uzun süre yoğun bakımda kalış, hasta üzerinde bulunan invaziv medikal aksesuarın kandida oranını arttırdığını gözlemledik. Ayrıca profilaktik antifungal tedavi uygulamasında mycafungin daha uygun tercih edilebilecek ajan olarak düşünülmüştür.

Anahtar Kelime: çocuk yoğun bakım, kandida, antifungal

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-038

Göğüs Ağrısı Olan Çocukların Annelerindeki Anksiyete Düzeyinin STAI 1-2 ve BECK Anksiyete Ölçekleriyle Değerlendirilmesi

Ahmet İbrahim Bektaşoğlu¹, Melis Akpınar Gözetici², Yelda Türkmenoğlu Esencan³, Ahmet İrdem³, Hasan Dursun³

¹Özel Medigold Sultan Hastanesi

²Sancaktepe Şehit. Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

³Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi

Giriş - Amaç: Travmatik olmayan göğüs ağrısı çocuklarda ve ergenlerde sık görülen bir semptomdur. Etiyolojisi çoğu durumda iyi huylu olmasına rağmen bu belirti, okul devamsızlığına, kişisel faaliyetlerin kısıtlanmasına ve hastaların ve ailelerinin kayda değer kaygılarına neden olması nedeniyle önemlidir. Göğüs ağrısı olan bir çocuk hastanın ebeveyninde bu medikal duruma karşı anksiyete bulguları olabilir. Literatürde, göğüs ağrısı ile başvuran hastaların ebeveynlerinin anksiyete düzeylerini değerlendiren çalışma yoktur. Çalışmamızda, göğüs ağrısı ile başvuran çocuk hastaların annelerindeki anksiyete düzeylerinin Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory (STAI)) ve Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory) ile değerlendirilmesi amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamıza Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Çocuk Kardiyoloji polikliniğine göğüs ağrısı şikayeti ile başvuran ve ek kronik ve kardiyak hastalığı olmayan 128 hasta ve ebeveyni dahil edilmiştir. Hastaların anneleriyle yüz yüze görüşme yapılarak, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri (State Trait Anxiety Inventory (STAI)) ve Beck Anksiyete Envanteri (Beck Anxiety Inventory) formları verilerek doldurulması istenmiştir. Hasta ve anneleri ile ilgili görüşmeden elde edilen bilgiler (annenin yaşı, eğitim durumu, ailede ve çocukta kalp hastalığı öyküsü, çevrede kalp hastalığı öyküsü, psikolojik travma, göğüs ağrısından önce yaşanmış önemli, stresli veya yıkıcı olay, ailenin sosyoekonomik düzeyi, fiziksel travma) olgu rapor formlarına kaydedilmiştir. Bu çalışma için Sağlık Bilimleri Üniversitesi Prof. Dr. Cemil Taşcıoğlu Şehir Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan onay alınmıştır.

Bulgular: Çalışmaya 128 hasta ve anneleri dahil edildi. STAI-1, STAI-2 ve Beck anksiyete ölçek toplam puanları ortalama değerleri sırasıyla 42,6±9,9 puan, 45,0±8,3 puan ve 14,8±9,9 puan idi. STAI1 ve STAI2 puanları birbirleriyle pozitif yönde orta derecede korele saptandı ($p=0,001$ $r=0,548$). Erkek hastaların annelerinin STAI-1, STAI-2 ve Beck anksiyete puan ortalamaları ile kız hastaların annelerinin STAI1, STAI2 ve Beck anksiyete puan ortalamaları benzer saptandı. Anne yaşı ve çocuk sayısı ile STAI-1, STAI-2 ve Beck anksiyete puanı arasında korelasyon saptanmadı. Ailede kalp hastalığı öyküsü olan/olmayanlarda, çevrede kalp hastalığı öyküsü olan/olmayanlarda, psikolojik stres öyküsü olan/olmayanlarda ve fiziksel travma öyküsü olan/olmayanlarda STAI1, STAI2 ve Beck anksiyete puanı ortalamaları açısından anlamlı fark saptanmadı. Ailelerin sosyo-ekonomik düzey grupları arasında STAI-1, STAI-2 ve Beck anksiyete puanı ortalamaları bakımından anlamlı fark saptanmadı.

Sonuç: Göğüs ağrısı olan çocuklarının annelerinin anksiyete düzeyleri yüksek bulunmuş ve bu durumu etkileyen temel faktörün annelerin sahip olduğu genel anksiyete düzeyleri ile ilişkili olduğu saptanmıştır.

Anahtar Kelime: Beck Anksiyete Envanteri, Çocuk, Durumluk ve Süreklilik Kaygı Envanteri, Ebeveyn

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-039

Çocuklarda Trakeostomi: 3. Basamak Bir Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi Deneyimi

Yasemin Yel, Merve Tatarhan, Muhterem Duyu

Prof.Dr.Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Ünitesi

Amaç: Trakeostomi, özellikle kronik mekanik ventilatör desteği gereken çocukların daha erken dönemde eve geçişlerini sağlayan ve evde bakımlarına imkan veren önemli bir tedavi yöntemidir. Pediatrik yaş grubunda trakeostomi ile ilgili yayınlar incelendiğinde, trakeostomi açılmasında zamanlama, endikasyon, uygulanan teknik, ev bakımı gibi konularda farklı yaklaşımlar olduğu görülmektedir. Trakeostomi uygulanan hastaların prognozları, yaş, eşlik eden komorbidite faktörleri, hasta anatomisi, ünitenin deneyim düzeyi, trakeostomi açılma zamanı ve kullanılan teknik ile değişmektedir. Bu çalışmada, çocuk yoğun bakım ünitemizde trakeostomi açılan hastaların hastaların, klinik özellikleri, uzun dönem izlemleri ve prognozu etkileyen faktörler retrospektif olarak değerlendirilmiştir.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamızda Mayıs 2015- Ağustos 2021 tarihleri arasında Medeniyet Üniversitesi, Prof. Dr. Süleyman Yalçın Şehir Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Ünitesinde trakeostomi açılan 1 ay-18 yaş arası hastalar geriye dönük olarak değerlendirildi. Hastaların yaş, cinsiyet, trakeostomi açılma günü, yoğun bakım yatış gün sayısı, altta yatan hastalık, evde izlem süresi, mekanik ventilatör destek durumu, evde yaşayan kişi sayısı, yaşanan bölge ve sağ kalım verileri kaydedildi.

Bulgular: Çalışmaya 60 hasta alındı. Çalışmaya alınan hastaların 40'ı (%60.0) erkek idi. Trakeostomi açılma zamanındaki medyan yaş 37 ay saptandı. Trakeostomi gerekliliği oluşturan altta yatan tanılarının dağılımında çoklu travma %30.0 (n=18) oranında ilk sırada yer almakta idi. Yoğun bakım yatışında trakeostomi açılma zamanı medyan 17 gün, yoğun bakım yatış süresi median 62 gün saptandı. Trakeostomili hastaların %30.0'u (n=18) mekanik ventilatör desteğinde eve taburculuğu sağlanırken %70.0'i (n=42) MV desteksiz ev izlemine alındı. Taburculuk sonrası evde izlem süresi medyan 886 gündü. Trakeostomili ev izlemine alınan hastaların %18.3'ünün (n=11) trakeostomisi kapatıldı. Erkek olgularda mortalite %12.5 (n=5), kız olgularda %25.0 (n=7) saptandı (p=0.02). Yaş ile sağkalım arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0.223). EMV desteğinde taburcu olan olgularda mortalite (%38.9, n=7), EMV desteği olmadan taburcu olanlara göre (% 11.9, n=5) anlamlı derecede daha yüksekti (p=0.021). Altta yatan hastalık ile sağkalım arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı. Yaşadığı bölge ile mortalite arasında anlamlı bir farklılık bulunmadı. Evde yaşayan kişi sayısı ile mortalite arasında anlamlı ilişki saptanmadı (p=0.94).

Sonuç: Evde mekanik ventilasyon uygulaması çocuk yoğun bakım yatak sayısının sınırlı olduğu ülkemizde kronik bakım hastası yükünü hafifletme açısından iyi bir seçenektir. Erken dönemde trakeostomi düşünülmesi, hastanın hem mekanik ventilatör desteğinden ayrılması, hem de daha erken dönemde çocuk yoğun bakım ünitesinden taburculuğuna olanak sağlamaktadır. Çalışmamız, çocuk hastalarda EMV destekli ya da desteksiz trakeostomili hastaların evde güvenli ve başarılı bir şekilde izlenebileceğini göstermiştir. İyi bir eğitimle, farklı sosyo-kültürel seviyelere sahip aileler tarafından kolay ve güvenli bir şekilde uygulanabilen maliyet etkin bir yöntemdir.

Anahtar Kelime: Çocuk, ev tipi mekanik ventilasyon, trakeostomi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-040

Neu-Laxova syndrome:detailed prenatal and post-mortem findings of a rare disorder

Gökhan Bolluk¹, Sema Çaypınar¹, Özge Özdemir¹, Gökalp Şenol²

¹Çam ve Sakura Şehir Hastanesi, Başakşehir, İstanbul

²Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Eskişehir

Giriş - Amaç: Herein, we report a case of Neu-Laxova syndrome(NLS) diagnosed prenatally by ultrasound examination at 22 weeks pregnant woman that is 29 years old, gravida 2 and parity 1.She had no consanguineous marriage and the first child was healthy.

Yöntem - Gereçler: Neu-Laxova syndrome(NLS)is a rare autosomal-recessive disorder characterized by a recognizable pattern of severe malformations leading to prenatal or early postnatal lethality.The prevalence of this syndrome is

Bulgular: The diagnosis of NLS may be suggested with fetal ultrasonography prenatally, and the diagnosis may also be confirmed postnatally based upon a thorough clinical evaluation and characteristic physical findings. Infants with NLS may be stillborn or develop life-threatening complications shortly after birth.Specific therapies for the treatment of NLS are symptomatic and supportive.On ultrasound examination, microcephaly, flat forehead, micrognathia, exophtalmus, intrauterine growth restriction, scalp edema with no generalized edema, corpus callosum agenesis, cerebellar hypoplasia, flexion contractures and rocker-bottom feet detected.After the diagnosis, termination of the pregnancy is offered to family and vaginal delivery was made with birth weight 380 gr.Postmortem examination confirmed the diagnosis of NLS.

Sonuç: Genetic counseling and early serial ultrasound examination should be performed at risc families.Early diagnosis of the disease may offer termination of the pregnancy as an option.

Anahtar Kelime: Neu-Laxova syndrome, prenatal diagnosis

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-041

Multisistemik inflamatuvar sendromda immatur granulositin yeri

Arif İsmet Çatak, Erhan Karaarslan

Tokat gaziosmanpaşa üniversitesi

Giriş - Amaç: Severe acute respiratory syndrome coronavirus (SARS-CoV-2) çocuklarda multisistemik inflamatuvar sendroma (MIS-C) neden olabilir. MIS-C ; SARS-COV-2 geçirdiği düşünülen çocuklarda iki ya da daha fazla organın tutulduğu, ateş şiddetli hastalık bulguları ile giden , inflamasyonun laboratuvar parametreleri ile gösterildiği hayatı tehdit eden ciddi bir hastalıktır. İnflamatuvar yanıtın aşırı artmış olduğu bu hastalıkta önemli bir inflamatuvar belirteç olan immature granulosit sayı ve yüzdesinin hastalık öncesi ve sonrası dönemde nasıl değiştiğini kontrol grubu ile karşılaştırarak incelemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Çalışmaya 01.01.2021-31.05.2021 tarihleri arasında SARS-Cov-2 enfeksiyonu geçirmiş ve semptom, fizik muayene ve laboratuvar parametreleri sonrası MIS-C tanısı alan 14 çocuk hasta ve 19 sağlıklı gönüllü dahil edildi. MIS-C tanısı alan hastalara tedavi olarak metilprednizolon, IVIG, asetilsalisilik asit tek ya da kombine olarak uygulandı. Hastaların tanı anındaki ve tedavi sonrası beyaz küre, mutlak nötrofil sayısı (MNS), immatür granülosit(IG) sayısı ve yüzdesi, sedimentasyon, C-reaktif protein(CRP), prokalsitonin düzeyleri kaydedildi. MIS-C hastalarının tedavi öncesi ve sonrası parametreleri, kontrol grubu ile karşılaştırılarak değerlendirildi.

Bulgular: MIS-C tanısı almış 14 hastanın 5'i kız 9'u erkekti. Yaş ortalamaları 5.23 ± 3.3 idi. Yaş ve cinsiyet açısından kontrol grubu ile MIS-C grubu arasında fark izlenmedi ($p=0.119$). Hasta grubunda tedavi sonrasında IG sayı ve yüzdesi, MNS CRP, sedimatasyon, prokalsitonin düzeylerinde tanı anına göre istatistiksel olarak anlamlı olarak azalma saptandı. Tedavi öncesi ve sonrasında MNS hariç tüm parametreler kontrol grubuna göre yüksek izlendi.

Sonuç: MIS-C'de IG sayı ve yüzdesi de diğer parametreler gibi tedavi sonrası azalmakta, azalmış olmasına rağmen tedavi sonrası dönemde kontrol grubuna göre yüksek izlenmektedir. Bu nedenle inflamatuvar hastalık olan MIS-C'de takip parametresi olarak kullanılabilir. MIS-C tanısı almış hastalarda IG sayısı ve yüzdesi için cut-off belirtebilmek için daha fazla hasta ile yapılmış çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Anahtar Kelime: COVID-19, MIS-C, immatur granulosit

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-043

Jinekolojik Vajinal Cerrahilerde "rescue vNOTES" Kullanımı

Arzu Bilge Tekin, Ali Abacı

Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Vajinal histerektomi jinekolojik cerrahide uygulanan en eski cerrahi yöntemlerden birisidir. Bu teknik sonradan gelişen yeni cerrahi tekniklere rağmen hala en az invazif olan yoldur ancak uterus desensusu olmayan, uterus boyutu büyük olan olgularda, ek adneksiyel patoloji olan olgularda uygulanması zorlaşmaktadır ve batin içini ve adneksleri değerlendirmek için yetersiz kalabilmektedir. Vajinal yol ile transluminal endoskopik cerrahi (vNOTES) vajinal yolun eksiklerini tamamlayan ve son zamanlarda vajinal yolun jinekolojik cerrahilerde daha uygulanabilir olmasını sağlayan bir tekniktir. Kliniğimizde "rescue vNOTES" ile vajinal histerektomi sonrası salpingo-ooferektomi yapılan iki vakanın paylaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Burada vajinal histerektomi sonrası vNOTES tekniği ile salpingo-ooferektomi gerçekleştirilen iki vaka sunulmuştur.

Bulgular: Birinci vaka 65 yaşında 4 normal doğumu ve önceden geçirilmiş kolesistektomi operasyonu olan 2. derece desensus uteri ve 3. derece sistorektosel (POPQ Ba:+2 Bp:+3 ve C:-1) nedeni ile vajinal histerektomi+ bilateral salpingo-ooferektomi ve McCall kuldoplasti kararı verilen kadın hastaya vajinal histerektomi uygulandıktan sonra vNOTES için vajinal yoldan 70 mm iç çapı olan Aleksis retractor ile eldiven port kullanılarak bilateral salpingo-ooferektomi gerçekleştirilmiştir (Figür1-2). Hastanın preoperative hemoglobini değeri 13.1 g/dL, postoperative değeri ise 10.6 g/dL ölçülmüştür. Vizüel Analog Skala (VAS) ile değerlendirilen ağrı skoru postoperatif 6. saatte 7, 24. saatte 1 olarak değerlendirilmiştir. Hastanın gaz deşarjı postoperatif 15. saatte gerçekleşmiştir. Hastane yatış süresi 2 gündür. İkinci vaka 67 yaşında 3 normal doğumu olan 3. derece sistosel 2.derece desensus (Ba:+2, C:-1) olan kadın hastaya vajinal histerektomi+ vNOTES salpingo-ooferektomi ve McCall kuldoplasti uygulanmıştır. Hastanın preoperative hemoglobini değeri 11.5g/dL, postoperative değeri ise 11.3 g/dL ölçülmüştür. Postoperatif 6. saat VAS skoru 5, 24. saat VAS skoru 1 olarak değerlendirilmiştir. Gaz deşarjı 13. Saatte gerçekleşmiştir. Hastane yatış süresi 2 gündür.

Sonuç: Genel olarak jinekoloji pratiğinde menopozda, belli yaşlar üzerinde salpingo-ooferektomi histerektomi sonrası yapılmaktadır ancak vajinal histerektomi sonrasında salpingo-ooferektomi yapılması infundibulopelvik ligamana ulaşmanın zor olması gerekli görüntünün net sağlanamaması ve operasyonda kanama riskinin artırılmaması gibi nedenlerle yapılmayabilmektedir. Vajinal yol ile adnekslerin ve genel olarak pelvic organların görüntülenmesi vNOTES ile vajinal histerektomi sonrası kullanımı kolay bir yöntem olup adnekslerin alınmasını kolaylaştırmaktadır. Vajinal operasyonlarda vNOTES eklenerek cerrahinin laparoskopi veya belki de açık operasyona gerek kalmadan tamamlanması vNOTES "rescue" yaklaşım olarak daha önce de tanımlanmıştır ve jinekoloji pratiğinde kurtarıcı ve yardımcı bir yaklaşımdır.

Anahtar Kelime: NOTES; vajinal histerektomi; vajinal cerrahi; salpingo-ooferektomi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-044

Tıbbi Uygulama Hatasına Bağlı Doğumda Hipoksik İskemik Ensefalopati Geliştiği İddia Edilen Olguların Adli Tıbbi Yönden Değerlendirilmesi

Dr. Nicel Yıldız Silahlı¹, Dr. Öğr. Üyesi Nihan Hande Akçakaya², Dr. Öğr. Üyesi Hızır Aslıyüksek³, Prof. Dr. Rıza Madazlı⁴, Tülin Tiraje Celkan⁵

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı, Adli Tıp Uzmanı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

²Nöroloji, Florence Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, İstanbul

³Adli Tıp Bölümü, Adli Tıp ve Adli Bilimler Enstitüsü, Tıp Bilimleri Anabilimdalı, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü. Perinatoloji Bilim Dalı.

⁴Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümü, Perinatoloji Bilim Dalı)

⁵Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Çocuk Hematoloji-Onkoloji Bilim Dalı, İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

Giriş - Amaç: Yenidoğan ensefalopatisi (YE), 35 hafta ve sonrasında doğan, doğum sonrası ilk 1 ay içinde ortaya çıkan nöbet, solunum depresyonu ve hipotoni ile seyreden bir tablodur. Bu olguların % 9'u mortal seyretmekte diğerleri de serebral palsi (SP) için en yüksek riskli grubu oluşturmaktadır. YE ve SP'de klasik olarak hipoksi ilk akla gelen sebeptir. Çalışmada adli sürece yansımış olan "doğumda hipoksik kaldığı" iddiası bulunan ve ölümle sonuçlanmamış tıbbi uygulama hatası davaları olgularının özelliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmada, Adli Tıp Kurumu Yedinci İhtisas Kurulu'nda 2018, 2019 ve 2020 yıllarında düzenlenen 16.714 rapor (mütalaa ve müzekkere) retrospektif olarak değerlendirilerek seçilmiş olan "doğumda hipoksik kaldığı" iddiası bulunan ve ölümle sonuçlanmamış tıbbi uygulama hatası davaları olgularının özelliklerinin ortaya konması amaçlanmıştır. Olgular doğum haftaları ve bebeğin doğuma ait bilgileri, anne ve gebeliğe ait bilgiler, doğum sonrası tıbbi takip ve incelemeleri, bebeğe ait kraniyal görüntüler, uygulanan tedaviler gibi başlıklar altında sistematik olarak dökümente edilmiştir. Kesin HİE bulgusu olanlar ve olmayanlar parametrik ve non-parametrik yöntemlerle istatistiki olarak karşılaştırılmıştır.

Bulgular: Adli Tıp Kurumu Yedinci İhtisas Kurulu'nda 2018-2020 yıllarında "doğumda hipoksik kaldığı" iddiası ile değerlendirmeye alınarak mütalaa düzenlenmiş olan toplam 130 dava dosyasının 118'inde kadın hastalıkları ve doğum uzmanlarına, 50'sinde pediatriste, 22'sinde acil hekimine, 6'sında anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanına ve 56'sında hastaneye dava açmıştır. Yenidoğanların 67'sine (% 52) doğumdan hemen sonra ya da YYBU'de resüsütasyon yapılmış ve 95'i (%73) entübe olarak izlenmişti. 92 olguda hipoksi geliştiğine dair kesin bulgu vardı. Bir dosyada idari olarak tıbbi uygulama hatası verilmişti.

Sonuç: YE etiyolojisinin çok heterojen olduğu, bu olgularda HİE bulgusu tespit edilsin ya da edilmesin beyin hasarının serebrovasküler olaylar, otoimmün ya da koagülasyon hastalıkları, enfeksiyon, gelişimsel anomaliler ve genetik metabolik hastalıklara sekonder gelişimsel problemler olduğu anlaşılmaktadır. Diğer bir deyişle; YE'li olguların yüksek oranda komorbid hastalıklar taşıdıkları, bu nedenle ailelere tıbbi bilgilendirme yaparken sadece hipoksiye vurgu yapılmaması gerektiği ortaya çıkmaktadır.

Anahtar Kelime: Hipoksik İskemik Ensefalopati, Tıbbi Uygulama Hatası

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-045

Çocuk Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Rol ve Fonksiyonlarını Uygulama Düzeylerinin Belirlenmesi

Oğuzhan KARAMAN¹, Emine İrem ABAYLI², Sema KUĞUOĞLU³

¹T.C. Sağlık Bakanlığı Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire

²Medipol Mega Hastaneler Kompleksi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi, Hemşire

³İstanbul Medipol Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü, Prof.Dr.

Giriş - Amaç: Bu araştırma; çocuk kliniğinde çalışan hemşirelerin rol ve fonksiyonlarını uygulama düzeylerini belirlemek amacı ile planlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Araştırma tanımlayıcı nitelikte olup, 2019 Temmuz – 2019 Ekim tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın evrenini (N) İstanbul Anadolu Yakası Kadın ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde Çocuk Kliniklerinde çalışan 67 hemşire, örneklemini ise (n) araştırmaya gönüllü olarak katılmayı kabul eden ve çocuk kliniklerinde çalışan 66 hemşire oluşturmuştur.

Bulgular: Araştırmaya katılmaya gönüllü olan hemşirelerin %93,9'unun kadın, %48,5'nin 19-28 yaş aralığında olduğu, %72,7'sinin lisans düzeyinde eğitim almış olduğu, %42,4'ünün 1-5 yıllık deneyime sahip olduğu, %37,9'unun Çocuk Servisinde çalışmakta olduğu ve %45'inin teorik bilgisini yeterli bulduğu saptanmıştır. Çocuk kliniklerinde çalışmakta olan 66 hemşireden %56,1'inin çalışmakta olduğu klinikten doyum almadığı, doyum alanların ise en çok "Tedavi ve Bakım" uygulamalarından doyum aldığı (%15,2) bulgulanmıştır. İncelendiğinde hemşirelerin doyum alma durumlarının rol ve işlevlerini uygulama düzeylerine etkide buldukları belirlenmiştir. Hemşirelerin rol ve fonksiyonlarını uygulama düzeylerine ilişkin veriler değerlendirildiğinde alt boyut puan ortalamalarının; Savunucu ve Karar Verici Rolü (4,35±0,58), Bakım Verici ve Sağlığı Koruyucu Rolü (4,33±0,51), Rahatlatıcı Rolü (4,26±0,65), Eğitici ve Araştırmacı Rolü (4,18±0,7), Danışmanlık Rolü (4,13±0,64), Yönetici ve Koordine Edici Rolü (4,11±0,67), Rehabilite Edici Rolü (4,04±0,97), İletişimci ve İşbirliği Rolü (3,92±0,6) olarak sıralandığı görüldü. Hemşirelerin yaşları, öğrenim durumları ve klinik deneyim süreleri alt boyutlar ile değerlendirildiğinde aralarında anlamlı bir farklılık görülmedi.

Sonuç: Hemşirelerin her bir profesyonel rolünü uygulama düzeyleri hastanede tedavi altında tutulan çocuk ve ailesinin kaliteli bakım almasında etkilidir. Hemşirelerin bireysel özellikleri, profesyonel rollerini uygulama düzeylerini olumsuz yönde etkilememelidir. Sağlık Bakanlığına bağlı, İstanbul Anadolu Yakası'ndaki iki kadın doğum ve çocuk hastanesinde gerçekleştirilen çalışma bulgularına göre, Çocuk Hemşirelerinin Rol ve İşlevlerini Uygulama Ölçeği' nin sekiz alt boyutu ile araştırmaya katılan hemşirelerin öğrenim durumları, yaşları ve deneyim süreleri karşılaştırıldığında gruplar arası anlamlı farklılık bulunmamıştır. Araştırmaya katılmaya gönüllü 66 hemşireye uygulanan veri toplama aracı ile elde edilen veriler ile yapılan bu çalışmaya benzer olarak daha büyük bir örnekleme çalışılması önerilir.

Anahtar Kelime: Hemşire, Çocuk, Rol ve Fonksiyon

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-046

Sezaryen Doğum Yapan Genç Bireyde Elengasyo Koli Varlığı

Nazlı KORKMAZ

Istanbul Bilim Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Bölümü, İstanbul, TÜRKİYE

Giriş - Amaç: Pelvis kaslar ve ligament bağ dokularının zayıflamasıyla rahim yeterli desteği alamadığı için aşağı doğru kayarak çıkıntı görüntüsü oluşturabilmektedir. Buna toplumda “rahim sarkması” ya da tıp literatüründe ki adıyla “uterus prolapsusu” denir. Rahim ağzının (serviks) vajenden görünür hale gelmesi ise “Elengasyo Koli” olarak adlandırılır. Her yaş kadında görülebildiği gibi, ileri yaş ya da fazla normal doğum sayısı gibi faktörlerle görülme sıklığı artış göstermektedir. Sarkmanın şiddetine göre belirtiler hastalar arasında farklılık göstermektedir. Rahim sarkması göstergeleri arasında; idrar kaçırma, belin alt kısmında meydana gelen ağrı, vajinadan doku görünmesi, pelvis bölgesinde ağırlık ya da çekilme hissi, kasık ağrısı, idrar yolu enfeksiyonları, cinsel fonksiyon bozuklukları ya da kabızlıktır. Az sayıda ve sezaryen doğum yapan genç kadınlarda görülmesi beklenmeyen bir durumdur.

Yöntem - Gereçler: Elengasyo Koli tanısı alan tek normal doğum öyküsü olan gebe genç hastanın verileri vaka sunumu olarak laboratuvar ve klinik açıdan değerlendirilerek sonuçları ve tedavi yaklaşımımız değerlendirildi.

Bulgular: 28 yaşında 62 kiloda 13 haftalık gebeliği olan ve daha önce sadece 1 normal doğum yapmış hasta vajinadan eline gelen kitle şikayeti ile kliniğimize başvurdu. Yapılan obstetrik muayenede hastanın rahim ağzının ıkınma olmaksızın tamamen dışarda olduğu gözlendi. İlk doğumunda 3950 gr ağırlığında iri bebek öyküsü bulunan hasta; kronik kabızlık şikayetlerinin olduğunu belirtti. Erken doğum veya düşük riski yaşamadan 37.haftada sezeryanla doğumunu yaptığımız gebemiz Pesser takılıp takibe alındı.

Sonuç: Sezaryen doğum yaptığımız genç hastada Elengasyo Koli varlığı, çok ender bir klinik durum olup böyle vakaların sadece çok sayıda normal doğum öyküsü bulunan ileri yaş gebelerde görülebileceği bilgisinin aksine genç ve az sayıda doğum öykülü gebelerde de görülebileceğini göstermesi bakımından önemlidir

Anahtar Kelime: Elengasyo Koli, sezaryen, prolapsus

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-047

Gestasyonel diyabetin enerji metabolizmasına etkisinin karnitin/açilkarnitin ve amino asit profili ile değerlendirilmesi

Saygın Abalı¹, Serdar Beken²

¹Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Çocuk Endokrinolojisi

²Acıbadem Mehmet Ali Aydınlar Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Neonatoloji

Giriş - Amaç: Gestasyonel diabetes mellituslu (GDM) anne bebekleri, antenatal hiperinsülinemi ve enerji metabolizmalarındaki farklılıklar nedeni ile doğum sonrasında sorunlar yaşayabilmektedir. Ardışık kütle spektrofotometrisi (Tandem MS/MS) ile karnitin/açilkarnitin ve amino asit profili yenidoğanlarda otuza yakın doğumsal metabolizma hastalığının tanıdığı bir yöntemdir. Yağ asidi metabolizması ve dolayısıyla enerji metabolizmasında önemli rolü olan kofaktör karnitin ve özellikle glukoz metabolizması ile ilişkili amino asitlerin düzeylerinin GDM'li anne bebeklerinde farklılıklar gösterebileceği düşünülmektedir. Bu çalışmanın amacı, GDM'nin yenidoğandaki erken postnatal karnitin/açilkarnitin ve amino asit düzeyleri ile ilişkisinin değerlendirilmesidir.

Yöntem - Gereçler: Geriye dönük ve kesitsel olarak tasarlanan bu çalışmada, hastanemizde Ocak 2016-Aralık 2019 tarihleri arasında doğan bebeklerin kayıtları incelendi. Gestasyon yaşı 37 hafta altında olanlar, çoğul gebelikler, doğumdan hemen sonra hastaneye yatışı yapılanlar ile doğumsal anomalisi olanlar çalışma dışı bırakıldı. Taburculuk öncesi genişletilmiş yenidoğan taraması için alınan ve Tandem MS/MS ile çalışılmış amino asit ve karnitin/açilkarnitin profili sonuçları kaydedildi (tüm birimler $\mu\text{mol/L}$). Patolojik değeri olan 11 bebek de çalışmaya dahil edilmedi. Çalışmaya dahil edilen bebeklerin dosyaları rastgele seçilerek anne dosyaları değerlendirildi. Meternal GDM tanısı olan 66 bebek çalışma grubunu (GDM grubu), GDM tanısı olmayan cinsiyeti, gestasyon yaşı ve doğum ağırlığı benzer, rastgele seçilmiş 186 bebek de kontrol grubunu oluşturdu. İstatiksel analizlerde IBM SPSS 20.0 kullanıldı. Etik kurul onayı alındı (ATADEK 2018-19/19).

Bulgular: GDM ve kontrol grupları arasında gestasyon yaşı (38.7 ± 0.8 ve 38.8 ± 1.0 , $p=0.245$); doğum ağırlığı standart sapma skoru (0.75 ± 1.40 ve 0.81 ± 1.43 , $p=0.879$) ve cinsiyet dağılımı (kız oranı %45.5 ve 38.2, $p=0.300$) açısından anlamlı fark saptanmadı. Sezaryen ile doğum oranı GDM grubunda anlamlı olarak yüksek bulundu (%92.4 vs 79.0, $p=0.014$). SGA (%16.7 ve 16.1) ve LGA oranları (%48.5 ve 48.4) iki grupta benzer idi. Fenilalanin, lösin/izolösin, arginin, metiyonin, glutamat ve alanin düzeyleri açısından gruplar arasında fark saptanmamıştır. Tirozin (66.4 ± 28.7 ve 81.2 ± 47.3 , $p=0.003$), valin (85.8 ± 18.9 ve 93.8 ± 24.6 , $p=0.007$), ornitin (49.1 ± 21.5 ve 56.8 ± 24.9 , $p=0.025$) ve glisin (279.9 ± 83.6 ve 308.5 ± 92.7 , $p=0.028$) düzeyleri GDM grubunda anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Grupların serbest karnitin düzeyleri sırasıyla 23.8 ± 8.7 ve 24.6 ± 8.8 ($p=0.530$) ve toplam karnitin düzeyleri ise sırasıyla 58.4 ± 18.8 ve 60.5 ± 18.0 ($p=0.441$) saptanmıştır. Açık karnitin düzeyleri bütiril karnitin (0.26 ± 0.12 ve 0.30 ± 0.17 , $p=0.022$) hariç her iki grupta benzer bulunmuştur. SGA v LGA bebekler ayrı ayrı değerlendirildiğinde bu alt gruplar arasında da GDM ve kontroller arasında karnitin düzeyleri arasında anlamlı fark saptanmamıştır.

Sonuç: Bu çalışmada, doğumsal metabolizma hastalığı olmayan zamanında doğan gestasyonel diyabetli anne bebeklerinde karnitin metabolizması açısından belirgin bir farklılık olmadığı gösterilmiştir. Valin, glisin gibi karbonhidrat metabolizmasında rolü olan amino asitlerin diyabetli anne bebeklerinde düşük bulunması, daha geniş ve prospektif çalışmalarla değerlendirilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Gestasyonel diyabet, karnitin/açilkarnitin ve amino asit profili, Tandem MS/MS, LGA, SGA

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-048

Merkezimizde 34 haftadan küçük doğan bebeklerin morbidite ve mortalite oranlarının değerlendirilmesi

İrem Yenidoğan, Yeşim Coşkun, Kalender Kayaş, Tuğba Gürsoy

Koç Üniversitesi Hastanesi

Giriş - Amaç: Doğum öncesi gebelere kortikosteroid kullanımı, sürfaktan uygulaması ve mekanik ventilatörlerin kullanımı dahil olmak üzere tedavi yönetimlerindeki ilerlemeler, preterm bebeklerin hayatta kalma oranlarını önemli ölçüde artırmıştır. Azalan ölüm oranlarına rağmen, bu bebeklerin yenidoğan yoğun bakım ünitesinde (YDYBÜ) yatışı sırasında yaşadıkları komplikasyonlar ciddi morbidite nedeni olmaya devam etmektedir. Bu çalışmada ünitemizde yatan preterm bebeklerdeki morbidite ve mortalite oranlarımızı bildirmeyi ve ülkemizdeki verilerle karşılaştırmayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Toplam 216 bebeğin dosyası retrospektif olarak incelendi. Çoklu doğumsal anomalisi olan yedi bebek çıkarıldıktan sonra 209 hasta çalışmaya alındı. Hastalarda gelişen respiratuvar distress sendromu (RDS), bronkopulmoner displazi (BPD), patent duktus arteriyozus (PDA), nekrotizan enterokolit (NEK), intraventriküler kanama (İVK), periventriküler lökomalazi (PVL), prematüre retinopatisi (ROP), sepsis ve mortalite insidansını içeren demografik ve klinik verileri toplandı ve istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Hastalarımızın ortalama gestasyon yaşı 30,5 (24-34) hafta ve ortalama doğum ağırlığı 1566,17 (480-3275) gramdı. Seksen dokuz (%43,6) bebek kız iken 120 (%57,4) bebek erkekti. RDS, BPD, hemodinamik olarak belirgin PDA ve NEK oranlarımız sırasıyla %41,6 (n=87), %12,9 (n=27), %9,6 (n=20) ve % 3,8 (n=8) idi. Hastalarımızın %21,9'unda (n=54) entübasyon ihtiyacı oldu. Evre 3-4 İVK oranımız %2,9 (n=6) iken PVL 2 hastamızda tespit edildi. Tedavi gerektiren ROP oranımız % 4,8 (n=10) idi. Toplam 28 hastamız (%12,4) sepsis tedavisi aldı. Çalışma grubunda mortalite oranımız %4,3'tü (n=9).

Sonuç: Hastanemizde doğup ünitemizde yatmış olan 34 gestasyon haftasından küçük prematüre bebeklerde morbidite oranlarımız ülkemiz ortalaması ve/veya altında olup mortalite oranımız düşüktür. Bu sonuçların merkezimizdeki hemşirelik bakımında kalifiye hemşirelerin az sayıda hastaya bakım vermesi ile ilişkili olduğunu düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: komplikasyonlar, morbidite, mortalite, prematürite

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-049

Covid-19' lu gebede tek taraflı DVT tedavisinde lokal rt-PA uygulaması: Olgu sunumu

Selda TEKİN, Özcan Hale ERİŞİR, Enes IRMAK, Nurten BAKAN

Sancaktepe Şehit Prof.Dr.İlhan Varank EAH

Giriş - Amaç: Derin Ven Trombozu(DVT) Covid-19 enfeksiyonu seyrinde kötü prognoz ve mortalite ile ilişkilidir. Erken tanı konması, uygun ve erken tedavi hayati önem taşımaktadır. Olgumuzda, 31 yaşında, Covid PCR+, solunum sıkıntısı sebebiyle 27 haftalık gebeliği acil c/s ile sonlandırılan ve yoğun bakım ünitesinde takibe başlanan hastada gelişen DVT' yi sunduk.

Yöntem - Gereçler: 31 yaşında, Covid PCR(+), 27 haftalık gebe hasta solunum sıkıntısının derinleşmesi ve NST' de de-selerasyonlar olması sebebiyle spinal anestezi ile acil c/s operasyonuna alındı. Ameliyat sonrası yoğun bakım ünitesine alınan, high flow (%100 FiO2 40 lt/dk) ve rezervuarlı maske (15 lt/dk) ile takip edilen hastanın, yaklaşık 4 saat sonrasında sağ bacağına şişlik ve siyanoz görüldü. Fizik muayenede distal nabızlar her iki ekstremitede de alınmakta idi. Yapılan Doppler USG' de Sağ AFV, FV, DFV çapında artma ve lümenlerde akut trombüsün sebep olduğu oklüzyon tespit edildi. Kalp damar cerrahisi kliniği ile konsülte edilen hastaya 2x0,8 ml subkutan DMAH ve 100 mg asetilsalisilik asit tedavisi başlandı. Eş zamanlı olarak solunum sıkıntısı artan, SpO2 değeri yüksek oksijen tedavisine ragmen 88-90 arasında izlenen hastada sitokin fırtınası düşünülüp 400 mg IL 6 inhibitörü uygulandı. DVT açısından ekstremitte çapı, rengi, ısısı ve nabızları yakın takip edilen, DMAH ve ASA ya yanıt vermeyen, sağ bacağı giderek moraran, hasta için, sistemik trombolitik tedavinin uygun olmaması(geçirilmiş c/s), lokal kateter yerleştirmenin de emboli riski nedeniyle, kalp damar cerrahisi tarafından oklüze venin içine (2 cm periferinden) lokal doku plazminojen aktivatörü (rt-PA) uygulandı. (80 mh rt-PA oklüze venin periferinden USG klavuzluğu ile) İşlem sonrası hemogram, koagülasyon testleri, fibrinojen ve d-dimer seviyeleri yakın takip edildi. Kanama komplikasyonu yaşamayan hastanın fizik muayenesinde ekstremitte renginin 4 saat sonra normale döndüğü görüldü. Yapılan Doppler USG' de de akım geçişinin başladığı tespit edildi. Lokal fibrinolitik tedaviden olumlu sonuç alan ve sitokin fırtınasından çıkıp solunum sıkıntısı düzelen hasta 10 günlük tedavi sonrası şifa ile kadın doğum servisine devredildi.

Bulgular: Artmış immobilité ve staz, DVT için önemli predispozan faktörlerdir. DVT 'nin Covid-19' a bağlı ağır pnömoniyle takip edilen gebe/ yeni doğum yapan hastalarda kötü prognozla seyrettiği bilinmektedir. Tedavi cerrahi trombektomi ya da sistemik veya lokal trombolitik ajan uygulaması ile yapılabilir. Hastanın durumuna, yarar-zarar dengesine göre uygun tedavi seçilir. Sistemik trombolitik tedavi uygulamasında kanama, anafilaksi, ateş, hipotansiyon gibi komplikasyonlar daha fazladır. Yeni geçirilmiş cerrahi girişim de, kanama riskini arttıracığından, sistemik trombolitik tedavisi için göreceli kontrendikasyondur.

Sonuç: Olgumuzda yeni geçirilmiş C/S operasyonu, DMAH ve asetil salisilik asit tedavisi sebebiyle artmış kanama riskine ilaveten, Covid-19 enfeksiyonunun sebep olabileceği DİC-hiperkoagülobilité durumları da göz önünde bulundurularak, klinik tedavi basamaklarında önerilmese de lokal rt-PA uyguladık ve başarılı sonuç aldık.

Anahtar Kelimeler: covid-19, derin ven trombozu, sezeryan

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-050

Samsun İlindeki Çocuklarda IgE Aracılı İnek Sütü Protein Alerjisi Sıklığı

Rabia Kefeli¹, Mahir İĞDE²

¹SBÜ Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²İstinye Üniversitesi Çocuk İmmünolojisi ve Alerji Hastalıkları

Giriş - Amaç: İnek sütü protein alerjisi genellikle atopinin ilk görülen klinik şeklidir. Çünkü bebek ilk kez yoğun bir şekilde yabancı alerjenlerle, inek sütü proteinlerinin vücuda alınmasıyla karşılaşır. Bu durum alerjik yürüyüşün başlangıcı olarak adlandırılır. İnek sütü protein alerjisi(İSPA) bir ya da daha fazla süt proteinine karşı oluşan immün reaksiyon olarak tanımlanır. İnek sütü protein alerjisinde üç farklı immün mekanizma rol oynamaktadır. Bunlar; a)IgE aracılı (ani tip) reaksiyonlar, b) non-IgE aracılı (IgE aracılı olmayan, hücre sel, tip 4) reaksiyonlar ve c) karma tip reaksiyonlardır. İSPA süt çocuklarında çok geniş bir yelpazede ve farklı şiddette yakınmalar oluşturabilir. İSPA ile ilgili literatürde ilimizde yapılan bir araştırma yoktur. Bu nedenle çalışmamızda: Ocak 2020 – Ocak 2021 tarihleri arasında Samsun Eğitim ve Araştırma Hastanesinde doğan yenidoğanlarıntakipleri sırasında inek sütü protein alerjisi semptomlarıaçısından sorgulayarak ve bu semptomlardan yola çıkarak IgE aracılı inek sütü protein alerjisi sıklığının ortaya konması amaçlandı.

Yöntem - Gereçler: Hastanemiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniğinde 01.01.2020-01.01.2021 tarihleri arasında doğan gönüllü ailelerin yenidoğan çocukları araştırmaya dahil edildi ve gönüllüler düzenli olarak kontrole çağrılarak inek sütü protein alerjisi semptomları açısından sorgulandı. Semptomu olan hastalara deri prick testi(DPT) uygulandı ve serumdan spesifik IgE(SplgE) bakıldı. İSPA tanısı klinik, eliminasyon diyetine cevap, DPT ve/veya SplgE pozitifliği dikkate alınarak kondu

Bulgular: Çalışmaya katılmayı kabul eden 697 erkek 553 ü kız toplam 1250 yenidoğan hasta 1 yıl boyunca kontrole çağrılarak gözlendi. 10 hastada IgE aracılı İSPA, 18hastada ise Non-IgE aracılı İSPA saptandı.3 hastada İSPAYA ek olarak yumurta alerjisi de gözlendi.Hastaların ortalama tanı yaşı 5.5 ay(2 ay-11 ay)idi. IgE pozitif olanların %60 ında tanı anında cilt bulguları; %30 unda gis semptomları %10 unda ise solunum sistemi bulguları görüldü.

Sonuç: Yapılan farklı epidemiyolojik çalışmalar incelendiğinde İSPA sıklığının %1,9-%7,5 arasında değiştiği görülmektedir. Ülkemizde bebeklerde inek sütü protein alerjisiyle ilgili yapılan çalışmaların sayısı sınırlıdır ve farklı illerde saptanan oranlar arasında da farklar görülmüştür. Adana'da yapılan Dr. Altıntaş D. ve ark çalışmasında inek sütü alerji sıklığı %1,55 olarak bulunmuştur. Zeyrek ve ark. Şanlıurfa'da yaptığı çalışmada inek sütü protein alerjisi prevalansı %0.16 olarak bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda İspa sıklığı %2.3IgE aracılı İspa sıklığı %0.83 olarak bulunmuştur. Gereksiz eliminasyon diyeti özellikle tek besin kaynağı anne sütü veya formül mama olan infantlarda malnutrisyon, beslenme bozuklukları, psikososyal problemlerle sonuçlanabileceği için İSPA tanısının doğru konulması oldukça önemlidir.

Anahtar Kelimeler: Besin alerjisi, İnek sütü protein alerjisi, spesifik IgE,

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-051

FGD4 geninde homozigot mutasyon saptanan Charcot-Marie-Tooth Hastalığı tip 4-H: İki kardeş olgu

Aycan Ünalp¹, Pelin Teke Kısa², Hilal Kırkgöz², İpek Burcu Parlak², Serdar Ceylaner³

¹SBÜ, İzmir Tıp Fakültesi, Pediatri A.B.D.

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma hastanesi, İzmir-Türkiye

³Intergen Medikal Genetik Laboratuvarı, Ankara-Türkiye

Giriş - Amaç: Charcot-Marie-Tooth disease type 4H 2 yaşından önce başlayan progresif, sensorimotor polinöropati, motor gelişim geriliği, distal kaslarda güçsüzlük ve atrofi, arefleksi, dengesiz yürüme, pes kavus, pes ekinus, ve kısa boyun gibi iskelet malformasyonlarının eşlik ettiği nadir bir hastalıktır. Biz bu yazıda geç yürüme, sık düşme ve güçsüzlük yakınmalarıyla getirilen biri kız diğeri erkek iki kardeş hastada nadir rastlanan bir herediter polinöropati nedeni olan Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip 4-H saptayarak literatüre katkı sağlamak için sunmayı uygun gördük.

Yöntem - Gereçler: Tüm ekzom tarama (WES) yöntemi ile FGD4 geni, (NM_139241.3), c.660_661insA (p.Tyr221IlefsTer6) homozigot mutasyon saptandı.

Bulgular: Olgu 1: Beş yaşında kız hasta miadında, evde doğum, kordon 40-45 dk ayrılmamış, küvöz bakımı yok. Anne-baba: 1.derece kuzen evliliği (amca çocukları). Erkek kardeşi 4 yaşında aynı hastalık mevcut. Sağlıklı

bir ablası var, bir kız kardeşi 1 aylıkken ex olmuş (nedeni bilinmiyor). Dismorfik yüz görünümü mevcut (sivri çene, düşük kulaklar, köprü burun). Nörolojik muayenede derin tendon refleksleri (DTR) alınamıyor. Yürüyor. Baş tutması 5 aylıkken başlamış, desteksiz oturması ve yürümesi geç olmuş. Göz takibi var. Kraniospinal MRI: Normal. Dha önce başka merkezlerde yapılan metabolik testleri ve PMP-22 ve SMN gen analizleri normaldi.

Genetik: FGD4 geninde homozigot c.660_661insA (p.Tyr221IlefsTer6) homozigot mutasyon mevcut, Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip 4-H ile uyumlu.

Olgu 2: Dört yaşında erkek hasta. Nörolojik muayenesinde DTR'ler alınamıyor. Yürüyor. Dismorfik yüz görünümü mevcut. Kraniospinal MRI: Normal.

Benzer klinik bulguları olan bu hastada da Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip 4-H tanısı olduğu düşünüldü.

Sonuç: Motor gelişim geriliği ve polinöropati saptanan hastalarda bilinen metabolik ve genetik testler ile tanı konulamadığında WES yönteminin kullanımı ile bu nadir hastalıkların tanısı gecikmeden konulabilir .

Ülkemizde akrabalık oranlarının yüksek olması nedeniyle nadir hastalıklar daha sık rastlanmakta olup bu hastalıkların tanısı için ileri genetik testlerin gerekli hastalara uygulanabilmesi mortalite ve morbiditeyi azaltacaktır diye düşünmekteyiz. Bilgilerimize göre Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip-4-H hastalığı ile ilgili çocuk olgu bildirimini daha önce yapılmamıştır.

Anahtar Kelime: polinöropati, çocuk, Charcot-Marie-Tooth hastalığı tip 4-H, motor reterdasyon

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-052

İzolasyon Süresi İçinde Doğum Yapan Sars-Cov-2 İle Enfekte Gebelerin İncelenmesi

Dr.Pınar Birol*, Uzm.Dr.Arzu Bilge Tekin*, Dr.Memiş Ali Mutlu*, Dr.Ali Abacı*, Prof.Dr.Niyazi Tuğ*

* Sancaktepe Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş - Amaç: Güncel metaanalizde SARS-Cov-2 ile enfekte gebelerde sezaryen oranı %72 tespit edilmiştir. Ancak çalışmalarda sezaryen oranı %52,3-95,8, vajinal doğum oranı ise %4,2-44,7 arasında değişen oranlarda bulunmaktadır. Sezaryen doğum prevalansı SARS-Cov-2 pandemi döneminde pandemi öncesi döneme göre yüksek bulunmuştur. SARS-Cov-2 enfeksiyonu olan gebelerde doğumun zamanı ve şeklinin belirlenmesinde gebenin genel sağlık durumu, eşlik eden hastalıkları ve fetüsün durumu göz önünde bulundurulmalıdır. Tüm süreçlerin yönetimi kadın doğum uzmanı, anestezi, enfeksiyon hastalıkları uzmanı ve neonatologlardan oluşan multidisipliner bir ekip ile yürütülmesi önerilmektedir. Çalışmamızdaki amacımız pandemi başlangıcından itibaren aktif olarak COVID-19 pozitif gebe bakmakta olan klinik olarak izolasyon sürecinde iken doğum yapan hastalar ile ilgili klinik izlem ve sonuçlarımızı paylaşmaktır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamıza COVID-19 pandemisinin ülkemizde başladığı gün olan 11 Mart 2020 tarihi ile 6 Eylül 2021 tarihi arasında Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisimize başvuran SARS-CoV ile enfekte olduğu Real-Time PCR testi ya da Bilgisayarlı Toraks Tomografi ile doğrulanan COVID-19 tanısının konulduğu ilk 14 günde doğum yapan gebeler dahil edilmiştir. Hastane otomasyon sistemi kullanılarak planlanan veriler geriye yönelik analiz edilmiştir. Ortalama yaş, vücut kitle indeksi (VKİ) gibi demografik veriler ve parite, doğum haftası ve doğum ağırlığı gibi doğuma yönelik veriler incelenmiştir. Doğum şekli ve doğum nedenleri, anne karnında fetal ölüm ve aynı gruptaki mortalite ve yoğun bakım oranları analiz edilmiştir. Analizlerde SPSS 20.0 versiyon programı kullanılmış, Oransal istatistiklerde Student t test, karşılaştırma analizlerinde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: 11 Mart 2020 tarihi ile 6 Eylül 2021 tarihleri arasında takip edilen SARS-CoV-2 ile enfekte 853 gebeden COVID-19 tanısının konulduğu ilk 14 günde doğum yapan 216 gebe dahil edilmiştir. Doğum yapanların ortalama yaşı 29,21±5,3, VKİ ortalaması 26,46±3,9, parite ortalaması 1±1,3, doğum haftası ortalaması 38±3,5, ortalama doğum ağırlığı 3040±743 gr olarak tespit edilmiştir. COVID-19 tanısının konulduğu ilk 14 günde doğum yapan 216 gebenin 5 (%2,3)'ünde anne karnında fetal ölüm, 7 (%3,2)'sinde preeklampsi ve 52'sinde (%24,1) en az bir komorbidite saptanmıştır. Komorbiditeler hipotroidi (%7,4, n=16), gestasyonel diyabetes mellitus (%4,2, n=9), astım (%4,2, n=9), hipertroidi (%1,9, n=4), hipertansiyon (%1,4, n=3), romatolojik hastalık (%1,4, n=3), malignite (%0,9, n=2), talasemi minör (%0,5, n=1) ve epilepsi (%0,5, n=1) olarak tespit edilmiştir. Bahsedilen romatolojik hastalıklar ise akut romatizmal ateş, FMF, Behçet iken maligniteler ise tiroid ve kolon kanserleridir. Yoğun bakım yatış oranı %13 (n=28), maternal mortalite oranı %5,6 (n=12) olarak bulunmuştur. Doğum yapan gebelerin %66,2 (n=142/216)'inin doğumu sezaryen doğum ile %33,8 (n=73/216)'i vajinal yolla gerçekleşmiştir. Doğum en sık %56,9 (n=123) spontan başlamış ve gerçekleşmiştir. Gebe hastaların %18,1 (n=39)'i maternal genel durumda bozulma nedeniyle doğumun başlatılması gereken hastalar olup, %94,9 (n=37)' unda doğum sezaryen ile gerçekleşmiştir. Anne karnında fetal ölüm olan 5 hastamızın hepsinin vajinal yolla doğurması sağlanmıştır. Oligohidramnios nedeniyle doğum indüksiyonu yapılan hasta yüzdesi %3,7(n=8) olup bu hastaların %87,5(n=7)'inin doğumu sezaryen ile gerçekleştirilmiştir. Miad aşımı nedeniyle doğumu başlatılan hasta sayısı 1(%0,5) olup vajinal yol ile doğurmuştur. 11 Mart 2020 tarihi ile 6 Eylül 2021 tarihleri arasında takip edilen SARS-CoV-2 ile enfekte olup COVID-19 tanısının konulduğu ilk 14 gününde sezaryen ile doğum yapan doğum yapan 143 gebe hastamızın sezaryen nedenleri başlıca doğumun aktif fazında gelip geçirilmiş uterin cerrahisi olması (%42,n=60/143) ve maternal genel durumda bozulma (%25,9,n=37/143) dir. Bu iki neden dışında sırasıyla fetal distress (%18,2,n=26), elektif sezaryen (%7,n=10), oligohidramnios (%4,9,n=7) ve ağır preeklampsi (%2,1,n=3) nedenleri ile de sezaryen doğum kararı alınmıştır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Sonuç: Kliniğimizdeki COVID-19 izolasyon döneminde olan gebe hastalarda gerçekleşen sezaryen doğumun en sık nedenleri geçirilmiş uterin cerrahi ve maternal genel durum bozukluğudur. Sonrasında fetal distress gelmektedir. Fetal distress COVID-19 enfeksiyonundaki maternal düşük oksijen saturasyonu nedeni ile de oluşabileceğinden sezaryen oranının pandemi esnasında artışı ile ilişkili olduğu düşünülmektedir. COVID-19 ile ilişkili olarak maternal genel durum bozulması nedeni ile gebe hastaların dörtte birinde sezaryen kararı alınmıştır, ek olarak gebe hastaların yaklaşık beşte biri fetal distress nedeni ile sezaryen doğuma alınmıştır. COVID-19 tanısının konulduğu ilk 14 günde doğum yapan gebelerin yarısından fazlasının doğumu sezaryen doğum ile gerçekleşmiştir. Ancak, COVID-19 tek başına sezaryen endikasyonu değildir. Maternal genel durumun uygun olduğu ve maternal ve fetal sezaryen endikasyonunun olmadığı durumlarda öncelik normal doğum olmalıdır.

Anahtar Kelime: COVID-19, Gebelik, SARS-CoV-2

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-053

Hastanemizdeki Covid-19'a Bağlı Anne Ölümünün İncelenmesi

Uzm.Dr.Arzu Bilge Tekin*, Dr.Pınar Birol*, Dr.Memiş Ali Mutlu*, Dr.Ali Abacı*, Prof.Dr.Niyazi Tuğ *

* Sancaktepe Prof.Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş - Amaç: Mart 2020 tarihinden itibaren ülkemiz de COVID-19 pandemisinden etkilenmiştir. Pandemi sürecinden gebe hastalar, toplumun diğer bireylerinden gebelik takibi gerekliliği yönünden, enfeksiyonun gebe hastaların immune sisteminin farklı çalışmasından dolayı farklı sonuçları olabilmesi ve enfeksiyonun fetal etkilerinin olabilmesi gibi nedenlerle farklı etkilenmiştir. Bu farklılıklar halihazırda araştırılmış ve araştırılmaya devam etmektedir. Kliniğimiz pandemi sürecinde aktif olarak gebe hasta takibi ve tedavisi yapan bir Pandemi Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğidir. Amacımız kliniğimizdeki pandemi döneminde COVID-19'a bağlı gerçekleşen anne ölümlerini araştırmak ve tartışmaktır.

Yöntem - Gereçler: Mart 2020- 6 Eylül 2021 tarihleri arasındaki hastanemize başvuran SARS-CoV ile enfekte olduğu nazofarengeal sürüntü ile ters transkripsiyon polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) testi ya da Bilgisayarlı Toraks Tomografi ile doğrulanan gebe hastaların verileri hastane otomasyon sistemi kullanılarak geriye yönelik analiz edilmiştir, ölüm ile sonuçlanan COVID-19 enfeksiyonu olan annelerin demografik ve klinik özellikleri araştırılmış ve özetlenmiştir.

Bulgular: COVID-19 pandemisi süresince kliniğimizde 853 anne COVID-19 enfeksiyonu nedeniyle takip edilmiş ve tedavisi gerçekleştirilmiştir. Ancak 13 (% 1.52) annede enfeksiyona bağlı ölüm gerçekleşmiştir. Annelerin ortalama maternal yaşı (mean±standart deviation) 31.4±6.5 ve en küçük 21 en yüksek 43 yaş idi. Üç anne 35 yaş üzerindedir. Annelerin VKİ mean±standart deviation değeri 26.2±3.6 olup 19.1 ve 30.1 aralığındaydı. İki annenin daha önce 3 doğumu, 5 annenin bir doğumu ve bir annenin iki doğumu bulunmaktaydı, beş annenin bu gebelik ilk gebeliğiydi. Annelerin hastaneye başvuru sırasında gestasyonel haftalarının ortalama standart sapma değeri 29.5±5.6 olup 18 ile 38 hafta arasında değişmekteydi. Tüm maternal ölümler COVID-19 pnömonisi ve akut solunum sıkıntısı sendromu sonucu gerçekleşmiştir. İki annede ek hastalık olarak astım bir annede hipotiroidi ve bir hastada preeklampsi mevcuttu. Altı anne hastaneye dispne, 4 anne öksürük, bir anne boğaz ağrısı, bir anne kas-eklem ağrısı ve bir anne halsizlik şikayetleri ile başvurmuştur. Tüm annelerin nazofarengeal sürüntü ile ters transkripsiyon PCR testleri pozitif idi. Dokuz anneye bilgisayarlı tomografi ile değerlendirme yapılmış ve viral pnömoni ile uyumlu bulunmuştur. Tüm annelere akciğer ultrasonu yapılmış bir anne dışında hepsinde akciğer bulgusu tespit edilmiştir, bu bulgular 9 annede belirgin akciğer tutulumu göstermiştir. Tüm annelere düşük molekül ağırlıklı heparin ve kortikosteroid tedavisi hastane yatışı süresince verilmiştir. Oniki anne maternal genel durum bozulması nedeni ile acil sezaryen kararı ile doğurtulmuştur. Bir annede abortus gerçekleşmiştir. Bir doğum ve bir abortus hariç tüm doğumlar 37 hafta altı preterm (35 haftada üç doğum ve daha küçük haftalarda 8 doğum) gerçekleşmiştir. Ortalama doğum ağırlığı 1942.4±990 gr olup 690gr ile 4080 gr aralığındadır. Tüm anneler yoğun bakım ünitesine alınmıştır, hepsine nazal oksijen verilmiş ve non-invazif mekanik ventilasyon uygulanmış, 11 anneye invazif mekanik ventilasyon uygulanmıştır. Üç anneye ekstrakorporal membran oksijenizasyonu (ECMO) uygulanmıştır. Annelerin ortalama yoğun bakımda kalış süresi 12.8±7.8 (mean±standart deviation) olup 1 ile 27 gün aralığındaydı.

Sonuç: Çalışmamız hastaneye başvuru yapan COVID-19 teşhisi olan gebe hastaları kapsamaktadır ve maternal ölüm oranı % 1.52 olarak bulunmuştur. Pandeminin başında, daha önce Çin, Amerika ve İtalya'yı kapsayan 13 çalışmayı içeren bir derlemede COVID-19'a bağlı anne ölümü olmadığından bahsedilmiştir. Çin ve Avrupa ülkelerinde yapılan diğer derleme ve çalışmalarda da COVID-19'un gebelikteki kötü sonuçları arasında maternal ölüm sayılmamıştır. Pandemi ilerledikçe anne ölümü konusunda da literatür oluşmuş ve yeni veriler ortaya çıkmıştır. Son yayınlarda COVID-19 pandemisi ile anne ölüm oranlarında artışlardan bahsedilmeye başlanmıştır. Meksika'da (197/7064) % 2.8 COVID-19'a bağlı hastanede anne ölümü bildirilmiştir. Pnömoni, obezite, immünsupresyon ve diyabetin hastanede ölümlerde olasılığı

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

artırdığından bahsedilmiştir. CDC (Centers for Disease Control and Prevention),(<https://covid.cdc.gov/covid-data-tracker/#pregnant-population>) 9 Eylül 2021 de 118267 COVID-19 tanılı gebe hastada 147 (%0.12) ölüm bildirmiştir. Ancak bu ölüm oranının hastane yatışı olan gebe hastalarda olup olmadığı yönünde bilgi bulunmamaktadır. Afrika'dan bir yayında 6 (6/103, 5.8%) anne ölümünden bahsedilmiştir bu annelerin üçünde HIV pozitifliği olduğu ve hipertansiyon, diyabet gibi komplikasyonların bulunduğu bahsedilmiş ancak üçünde herhangi bir komorbiditenin mevcut olmadığı bildirilmiştir. Bu çalışmada üç hastanın normal doğurduğu bildirilmiştir. Bizim annelerimizin bir abortus dışında tamamı sezaryen ile doğurtulmuştur, bu durum Sağlık bakanlığımızın önerileri doğrultusunda genel durumunda bozulma olan hastalarda acil doğum dolayısıyla sezaryen kararı verilmesi ve bebeğe yaşama şansı verme yönünde gerçekleşmiştir. Diğer çalışmalarda bildirilen komorbiditelerden astım bizim annelerimizden ikisinde mevcuttu ve bir annemizde pre-eklampsisi tanısı vardı, bir annemiz 40 yaş üzerinde ve iki annemiz 35 yaş üzerindediydi. Çok uluslu başka bir çalışmada COVID-19 enfeksiyonu olan ve olmayan anneler karşılaştırılmış ve enfeksiyonu olan annelerde ölüm oranı % 1.6 ve enfeksiyonu olmayan annelerden 22 kat yüksek bulunmuştur. Buradaki oran bizim verilerimizle benzerdir. Amerika'da yapılan çok merkezli bir çalışmada COVID-19'a bağlı maternal ölüm 3/240 (% 1.2) oranında tespit edilmiş ve aynı yaş-taki benzer gebe olmayan popülasyondan neredeyse 14 kat yüksek bulunduğu bahsedilmiştir. Gebelik COVID-19 enfeksiyonu için benzer gruptaki bireyler ile karşılaştırıldığında mortalite açısından risk teşkil etmektedir. Gebe hastalar için COVID-19 enfeksiyonundan korunma önerilerine uymak, gerekli tedbirlerin alınması çok büyük önem taşımaktadır.

Anahtar Kelime: covid-19, gebelik, sars-cov-2

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-055

Sars-Cov-2 İle Enfekte Gebelerin Mortalite, Oksijen İhtiyacı Ve Yoğun Bakım Yatış Oranlarında Delta Varyantın Etkisinin Araştırılması

Uzm.Dr.Arzu Bilge Tekin*, Dr.Pınar Birol*, Uzm.Dr.Osman Samet Günkaya*, Dr.Ali Abacı*, Prof.Dr.Niyazi Tuğ*

*Sancaktepe Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği

Giriş - Amaç: Koronavirüs Hastalığı - 2019 (COVID-19) lokal halk sağlığı problemi olarak başlamış olup hızla yayılarak birçok ülkeyi etkilemiş, 11 Mart'ta DSÖ tarafından pandemi olarak kabul edilmiştir. SARS-CoV-2 ile enfekte hasta sayısının artması ile birlikte, etkilenen gebe hasta sayısında da artış izlenmektedir. Gebeliğin neden olduğu immünsüpresyon, diyafram elevasyonu, artmış oksijen tüketimi ve solunum mukozasında ödem gibi çeşitli fizyolojik değişiklikler nedeniyle gebe kadınların COVID-19 salgınına karşı daha duyarlı ve hassas oldukları ortaya konmuştur. COVID-19 pnömonisinin klinik şiddeti gebe kadınlarda gebe olmayan kadınlara göre daha ciddi seyretmekte olup, oksijen ihtiyacı ve yoğun bakım ünitesine yatış oranı artmıştır. SARS-Cov-2 ile enfekte gebelerde yapılan güncel çalışmalarda yoğun bakıma yatış oranı %3 ila %10 oranında değişmektedir. Hastaneye yatış gerektiren SARS-Cov-2 ile enfekte gebelerde %28,13'ünde nazal oksijen desteği gerekmektedir. Mekanik ventilasyon ihtiyacı ise literatürde %1,6 ile %11 arasında değişen oranlarda bildirilmektedir. Ülkemizde yapılan çalışmada ise invaziv mekanik ventilasyon oranı %0,4, nazal oksijen desteği %3,2, "high-flow" oksijen desteği %0,5 olarak tespit edilmiştir. SARS-Cov-2 ile enfekte gebelerde yapılan geniş popülasyonlu çalışmalarda maternal mortalite %0,6-1,7 olarak tespit edilmiştir. SARS-Cov-2 ile enfekte olan gebelerde mortalite oranı SARS-Cov-2 ile enfekte olmayan 20-39 yaş grubundaki gebelere göre 13,6 kat daha fazla bulunmuştur. Metaanalizde pandemi öncesi dönem ile pandemi dönemi anne ölümleri karşılaştırıldığında anne ölümlerinin 1,37 kat arttığı tespit edilmiştir. COVID-19 pandemisinin başından itibaren SARS-Cov-2'nin birçok genetik varyantı oluşmuştur. Varyasyonların artan bulaşabilirlik ve hastalık şiddetinde artmaya neden olabileceği düşünülmekte olup gebelerde de hastalık şiddetine etkisi olabileceği düşünülmektedir. Sağlık Bakanlığı tarafından yapılan resmi basın açıklamalarında Haziran ayı itibarıyla Türkiye'de de delta varyantının giderek arttığı ve Ağustos ayı itibarıyla vakaların %90'nından fazlasında görüldüğü ifade edilmiştir. Çalışmamızda 1 Haziran öncesi ve sonrası olarak SARS-CoV-2 ile enfekte gebeler iki gruba ayrılarak son aylarda etkin hale gelen delta varyantının etkilerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamıza COVID-19 pandemisinin ülkemizde başladığı gün olan 11 Mart 2020 tarihi ile 6 Eylül 2021 tarihi arasında Sancaktepe İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kadın Doğum Acil Servisimize başvuran SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu Real-Time PCR testi ya da Bilgisayarlı Toraks Tomografi ile doğrulanan gebeler dahil edilmiştir. Hastane otomasyon sistemi kullanılarak elde edilen veriler retrospektif olarak analiz edilmiştir. SARS-CoV-2 ile enfekte gebeler, COVID-19 tanısı aldıkları güne göre 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve 11 Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihleri arası şeklinde iki gruba ayrılmıştır. İki grubun demografik özellikleri, komorbiditeleri, klinik özellikleri değerlendirilmiştir. Son adet tarihine göre 0 ile 13+6 olan hastalar birinci trimester, 14 ile 27+6 olan hastalar ikinci trimester ve 28 ile 42 hafta arası olan hastalar üçüncü trimester olarak tanımlanmıştır. SARS-CoV-2 ile enfekte gebelerin oksijen ihtiyaç oranları, noninvaziv mekanik ventilasyon (NIMV) ihtiyaç oranları, invaziv mekanik ventilasyon (IMV) oranları, yoğun bakım yatış oranları ve maternal mortalite oranları belirlenip 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve 11 Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihlerindeki iki grup arası karşılaştırma yapılmıştır. Analizlerde SPSS 20.0 versiyon programı kullanılmış olup, normal dağılan ve dağılmayan verilerde tanımlayıcı istatistik ortalama±standart sapma veya medyan±Interquartile aralık ile tanımlanmış. Oransal istatistiklerde Student T test, karşılaştırma analizlerinde Ki-Kare testi kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmamıza COVID-19 pandemisinin ülkemizde başladığı gün olan 11 Mart 2020 tarihi ile 6 Eylül 2021 tarihi arasında Kadın Doğum Acil Servisimize başvuran SARS-CoV-2 ile enfekte olduğu 853 gebe hasta dahil edilmiştir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

SARS-CoV-2 ile enfekte gebe sayısı, 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve 11 Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihleri arasında sırasıyla 93 ila 760'dır. Çalışmaya dahil edilen gebelerin yaş ortalaması $28,6 \pm 5,3$, VKİ ortalaması $26,1 \pm 3,7$, parite ortalaması $1,28 \pm 1,2$, gestasyonel hafta ortalaması $26,5 \pm 10$ olarak tespit edilmiştir. Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 arası gebelerin ortalama yaşı $28,5 \pm 5,4$, VKİ $26,1 \pm 3,6$, paritesi $1,3 \pm 1,2$, gestasyonel haftası $26,4 \pm 10,1$ bulunmuştur. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arası enfekte gebelerin ortalama yaşı $29,5 \pm 5$, VKİ $26,3 \pm 4$, paritesi $1,3 \pm 1,4$, gestasyonel haftası $27,7 \pm 9,5$ tespit edilmiştir. İki grup arasında maternal yaş ($p=0.413$), vücut kile indeksi ($p=0.310$), parite ($p=0.408$), gestasyonel hafta ($p=0.098$) arasında anlamlı farklılık bulunmamıştır. Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 arası gebelerin trimesterlere göre dağılımı %12,9 ($n=98$)'i ilk trimester, %30,7($n=233$)'si ikinci trimester, %56,4($n=429$)'sü üçüncü trimester şeklindedir. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arası gebelerin trimesterlere göre dağılımı %11,8 ($n=11$)'i birinci trimester, %35,5 ($n=33$)'si ikinci trimester, %52,7 ($n=49$)'sü üçüncü trimester olarak bulunmuştur. İki grup arasında fark yoktur ($p=0.637$) Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 arası gebelerin %22 ($n=167$)'sinde komorbidite saptanmış olup sırasıyla hipotroidi ($\%7,8, n=59$), astım ($\%3,7, n=28$), gestasyonel diyabet ($\%3,6, n=27$), preeklampsi ($\%2,6, n=20$), diyabetes mellitus ($\%1,2, n=9$), romatolojik hastalık ($\%1,2, n=9$), hipertansiyon ($\%1,1, n=8$), hipertiroidi ($\%0,8, n=6$), hematolojik hastalık ($\%0,4, n=3$), karaciğer hastalığı ($\%0,4, n=3$), malignite ($\%0,4, n=3$), akciğer hastalığı ($\%0,3, n=2$), ve epilepsi ($\%0,3, n=2$) dir. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arası gebelerin %25,8 ($n=24$)'sinde komorbidite saptanmış olup komorbiditeler sırasıyla hipotroidi ($\%6,5, n=6$), gestasyonel diyabet ($\%5,4, n=5$), preeklampsi ($\%4,3, n=4$), astım ($\%3,2, n=3$), karaciğer hastalığı ($\%3,2, n=3$), akciğer hastalığı ($\%2,2, n=2$), hipertansiyon ($\%2,2, n=2$), romatolojik hastalık ($\%1,1, n=1$) ve hipertiroidi ($\%1,1, n=1$) dir. İki grup arasında komorbiditeler yönünden farklılık tespit edilmemiştir ($p=0.403$). Çalışmaya dahil edilen SARS-CoV-2 ile enfekte gebelerin %15'inde nazal oksijen ihtiyacı, %6,2'sinde NIMV ihtiyacı ve %2,5'inde IMV ihtiyacı olduğu bulunmuştur. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihleri arasındaki iki grup arasındaki oksijen ihtiyaçları sırasıyla %25,8 ($n=24/93$) ve %13,7($n=104/760$) bulunmuş olup anlamlıdır ($Z = 9.547, p=0.002$). NIMV ihtiyacı sırasıyla %11,8 ($n=11/93$), %5,5 ($n=42/760$) tespit edilmiş olup iki grup arası farklılık anlamlıdır ($Z=5.647, p=0.017$). IMV ihtiyacı sırasıyla %5,4 ($n=5/93$) ve %2,1 ($n=16/760$) bulunmuş olup iki grup arası istatistiksel fark bulunmamıştır ($Z=3.692, p=0.055$). Çalışmaya dahil edilen SARS-CoV ile enfekte gebelerin yoğun bakım yatış oranı %4,2 ($n=36$)'dir. Yoğun bakıma yatanların %13,9'u 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arasında tanı alan gebelerden oluşmaktadır. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihleri arasındaki iki grubun sırasıyla yoğun bakıma yatış oranları %5,4 ($n=5$) ve %4,1 ($n=31$) tespit edilmiştir. Yoğun bakım yatış oranları iki grup arasında farklılık bulunmamıştır ($Z=0.345, p=0.557$) Çalışmaya dahil edilen SARS-CoV ile enfekte gebelerin mortalite oranı %1,5 ($n=13/853$)'dir. Maternal ölümlerin %23,1'i 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arasında tanı alan gebelerden oluşmaktadır. 1 Haziran – 6 Eylül 2021 tarihleri arası ve Mart 2020 - 31 Mayıs 2021 tarihleri arasındaki iki grubun sırasıyla maternal mortalite oranları %3,2 ($n=3$) ve %1,3 ($n=10$) tespit edilmiştir. Maternal mortalite oranları iki grup arasında oran olarak artmakla birlikte istatistiksel olarak farklı bulunmamıştır. ($Z=2.014, p=0.156$)

Sonuç: Hastanemize başvuran SARS-CoV-2 ile enfekte gebeler analiz edildiğinde nazal oksijen ihtiyacı ve noninvaziv mekanik ventilasyon ihtiyaç oranları 1 Haziran – 6 Eylül 2021 arasındaki gebelerde daha fazla ve anlamlı olarak farklı bulunmuştur. Delta varyantının hakim olduğu 1 Haziran sonrası dönemde ise maternal mortalite, yoğun bakım yatış oranları ve invaziv mekanik ventilasyon ihtiyacı oranlarında anlamlı farklılık ve artış tespit edilmemiştir. Sınırlayıcı faktör olarak çalışmaya alınan hastalarda delta varyantının PCR test sonuçlarındaki yüzdesi çalışmamız dahilinde tespit edilememiştir. Dünya sağlık örgütü global küresel izleme ve araştırmaya öncelik vermek ve nihayetinde COVID-19 pandemisine devam eden müdahaleyi bilgilendirmek için "Variants of Concern" (VOC) tanımlamıştır. Bu tanımlanan varyantlar alfa, beta, gama ve son olarak delta dır. Bu VOC'lar için kriterler bulaşıcılığın artması, virülans artışı veya klinik hastalık semptom ve durumunda değişiklik ve halk sağlığı ve sosyal önlemlerin veya mevcut teşhis, aşı ve terapötiklerin etkinliğinde azalmadır. Finlandiya'da delta varyantının yayılmasını araştıran bir yazıda bu varyantın yüksek oranda aşılama ve kişisel korunmaya dikkat edildiği halde bulaştığından ve mortalitesinden bahsedilmiştir. Amerika'dan bir çalışmada delta varyantının yüksek yoğun bakım yatış ve ölüm oranları ile ilgili olduğu, aşılama rağmen yayıldığı raporlanmış ve kişisel korunma önlemlerinin devam edilmesi gerekliliği ile beraber aşılamanın şiddetli hastalığı önlemedeki önemi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

belirtmiştir. İngiltere’ den alfa ve delta varyantlarını karşılaştıran bir çalışmada hastane yatışının ve acil başvurunun delta varyantında yüksek olduğu belirtilmiş ve her iki varyantta da aşıllı olan bireylerde hastane yatışı az izlenmiş Gebe hastalar pandemide riskli gruba girmektedir, gebe hasta grubunda aşılama ve kişisel korunma önlemlerine gerek hastalarımız gerek halk sağlığı ve gerekse sağlık sisteminin yükünü azaltmak açısından önem verilmeli desteklenmelidir.

Anahtar Kelime: COVID-19, Gebelik, SARS-CoV-2

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-056

Atopik Dermatit Tanılı Çocuk Olgularında Ebeveynler Tarafından Başvurulan Tamamlayıcı ve Alternatif Tedavi Yöntemleri

Doç. Dr. Ayşe Akbaş¹, Uzm. Dr. Zeynep Şengül Emeksiz², Prof. Dr. Müge Toyran², Doç. Dr. Ahu Yorulmaz¹, Doç. Dr. Halil İbrahim Yakut³, Uzm. Dr. Yıldız Hayran¹, Uzm. Dr. Kezban İpek Demir²

¹Ankara Şehir Hastanesi Dermatoloji Kliniği

²Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Allerji ve İmmunoloji Kliniği

³Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Atopik dermatit (AD) çocukluk çağının en sık görülen inflamatuvar deri hastalığıdır. Yaşam kalitesini önemli ölçüde etkileyen iyileşme ve relaps dönemleri ile seyreden kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Bozulmuş deri bariyeri, immun sistem disregülasyonu ve çevresel ve besin alerjenlerine karşı alerjik reaksiyonun da içinde olduğu bir dizi faktör AD gelişiminden sorumlu tutulmaktadır. AD kronik seyirli olması, düzenli cilt bakımı gerekliliği ve eşlik edebilecek alerjik hastalıklar sebebiyle hem hastaların hem de bakım verenlerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilemektedir. Bu durumun zaman zaman tedavide uyumsuzluğa, tedaviyi terk etmeye ve alternatif tedavi arayışlarına sebep olduğu gözlemlenmektedir. Bu çalışma ile AD tanılı hasta popülasyonumuzda ebeveynler tarafından başvuru yapılan tamamlayıcı ve alternatif tedavi yöntemleri (TAT), bu tedavilere başvuru sebepleri ve kullanımları sonrası olası beklenmeyen etkilerinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Mart-Eylül 2021 tarihleri arasında Dermatoloji ve Çocuk Allerji ve İmmünoloji polikliniklerine başvuran ve objektif tanı kriterleri ile AD tanısı almış 1ay-17 yaş arası çocuk hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri kaydedilmiştir. Bununla birlikte, ebeveynlerine tamamlayıcı ve alternatif tedavi kullanımlarını değerlendirmek üzere hazırlanan çalışma formu uygulanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya AD tanısıyla takip edilen 83 çocuk hasta dahil edildi. Hastaların %54,2'si erkekti. Median yaş 6,3 aydı (IQR: 4-15.8). SCORAD indeksine göre %25,4'ünde hafif, %50,8'inde orta ve %23,8'inde şiddetli hastalık saptandı. Yumurta en sık eşlik eden besin alerjisiydi ve besin alerjisi olan hastaların %43,3'ünü oluşturmaktaydı. Hastaların %68,7'sinde en az bir TAT yöntemi denendiği ve %26,7'sinin bu esnada doktor tarafından önerilen AD tedavisine ara verdiği görüldü. Çeşitli yağlar, bitkisel karışımlar, vitamin takviyeleri, tedavi taşları ve probiyotikler gibi yöntemler en sıklıkla başvuru yapılan TAT türleri idi. Ebeveynlerin en çok (%75) eş-dost-akraba ısrarı ile bu yöntemlere yöneldiği saptandı. Hastaların %13,9'u kullandıkları tamamlayıcı tedavileri başka hastalara da önerirken yine %13,9'u tamamlayıcı tedavileri başka hastalıklar için de kullanmaktaydı. %12,1 hastada TAT sırasında yan etki gözlemlendiği belirtildi. TAT yöntemlerine başvuru ve vurmamaları karşılaştırıldığında ebeveyn eğitimi seviyesi, anne çalışma durumu, ortalama aylık gelir gibi sosyodemografik özellikler açısından farklılık görülmedi.

Sonuç: TAT standart tıbbi tedavilerin dışında kalan çeşitli sağlık bakım sistemleri, uygulamaları ve ürünleri olarak tanımlanır. Özellikle kronik hastalık varlığında hastaların bu tedavilere yönelebildikleri bilinmektedir. Ülkemizde de bölgesel farklılıklar olmakla birlikte TAT kullanımı gittikçe yaygınlaşmaktadır. Gıda takviyeleri, çeşitli bitkisel karışımlar, taşlar bu amaçla en çok kullanılanlardır. Hastaların bu tür tedavi kullanımlarını çoğunlukla takip eden hekimden gizleme eğiliminde olduğu, sormadan söylemediği ve bu tedavileri uyguladığı dönemlerde hekim tarafından önerilen tedavilere ara verebildikleri günlük pratikte akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: Atopik Dermatit, Tamamlayıcı ve alternatif tedavi, Çocuk

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-057

Covid 19 Pandemisi ve Adölesanlarda İlaçla Suicid Girişimleri

Dr Aysun Boğa¹, Dr Meryem Özdemir¹, Dr Şeyma Münevver Bozdemir¹, Dr Ezgi İnaltekin¹

¹Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Covid 19, insanları biyo-psiko-sosyal olarak etkilemiştir. Çocuklarda da özellikle sosyal gereksinimlerin arttığı adölesan yaş grubu daha çok etkilenmiştir. İntihar tüm yaş gruplarında önemli bir sorundur.. Ergenler arasında en yaygın intihar girişimi yönteminin bilinçli olarak aşırı dozda ilaç alımı olduğu bildirilmiştir. [1] Bu çalışmayla Covid 19 pandemisi ile adölesan yaş grubunda ilaçla suicid girişimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Çalışma retrospektif kesitsel bir araştırmadır. Mart 2019- Ağustos 2021 arasında çocuk acile başvuru sayısı, adölesanlar ve ilaçla suicid girişimi sayısı kullanılmıştır. Pandeminin dönemleri belirlenip bu tarihler grafiklerle gösterilmiştir.

Bulgular: Covid öncesi ve sonrası acile başvuran erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran toplam hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran adölesan erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran adölesan kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran toplam adölesan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran adölesan suide erkekler arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran adölesan suide kadınlar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmuştur ($p<0,05$).

Covid öncesi ve sonrası acile başvuran toplam suide adölesan hastalar arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunamamıştır ($p>0,05$).

Sonuç: Çalışmamızda Covid-19 pandemisi sonrası adölesan kız yaş grubunda ilaçla intihar girişim oranlarında anlamlı artış olduğunu saptadık. Çocuk Acil Servisi başvuru sayılarında hem kız hem erkek çocuklarda anlamlı bir azalma ancak adölesan kızların Çocuk Acil Servisi başvuru oranlarında anlamlı bir artış gözlenirken, bu oran erkek çocuklarda artmamıştır.

Anahtar Kelime: Covid , suicid , adölesan, kız

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-058

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Tromboz – 8 Yıllık Deneyim

Güner Karatekin, Emre Dincer, Sinem Daştan Gürler, Sevilay Topcuoğlu, Handan Hakyemez Toptan, Nazmiye Nilgün Karadağ, Elif Özalkaya, Selim Sancak

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

Giriş - Amaç: Pediatrik hasta grubunda, yenidoğanlar tromboz açısından en yüksek riske sahip hasta grubudur. Bu grupta, semptomatik tromboz insidansı 100.000 canlı doğumda 5,1 iken yenidoğan yoğun bakım yatışlarında ise sıklık 2,4-6,8/1000 olarak belirtilmiştir. Tedavi önerilerine rağmen halen bu tedavilerin etkinliği konusunda randomize kontrollü çalışma yapılmamıştır. Bu çalışmada yıllık 1500 yatışı olan 63 yataklı 3. düzey yoğun bakım ünitemizde son 8 yılda takibi ve tedavisi yapılmış tromboz olgularını incelemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 2013-2021 yılları arasında servisimizde yatan tromboz olgularının demografik ve klinik özellikleri, tromboz lokalizasyonları, tromboz etkenleri ve tetkikleri dosyalarından kaydedildi.

Bulgular: İlgili dönemde 19 hastanın tromboz tanısı aldığı ve tedavi edildiği gözlemlendi. Hastaların 10'unun 32 hafta altındaydı. Median gestasyon yaşı 32 (26-40) hafta, doğum ağırlığı ise 1500 (820-3840) gr'dı.

Tromboz lokalizasyonlarında incelendiğinde sırasıyla en sık portal ven (n:4), sol alt ekstremitte (n:3)(popliteal arter n:2, sol femoral arter n:1), inferior vena cava (n:2), sinüs venozus (n:2), sağ atrium (n:2), aksiller ven (n:1), bilateral transvers sinüs (n:1), bilateral dorsalis pedis arteri (n:1), sağ femoral arter (n:1), kortikal ven (n:1) ve sağ iliak ven (n:1) gözlemlendi.

İntrakranial sinüs trombozlarının hepsinde bulgu olarak konvulziyon gözlenirken atrial trombozların tanısı genel olarak rastlantısal olarak ekokardiyografi ile konulmuştu. Bir adet olguda sağ atrial trombüsün hemodinamik kollapsa neden olduğu gözlemlendi. Ekstremitte yerleşimli trombüslerin ise hepsinin dolaşım bozukluğu ya da tıkanıklık/disfonksiyon gibi kateter komplikasyonları gelişmesi üzerine yapılan tetkiklerle saptandığı gözlemlendi. Transaminaz yüksekliği araştırılan bir olgu dışında portal ven trombozları ultrasonografi ya da ekokardiyografi ile rastlantısal olarak saptanmıştı. Portal ven trombozu ve ekstremitte trombozu olan olguların hepsinde santral kateter öyküsü vardı.

İntrakranial sinüs trombozu olan dört olgunun ikisinde asfiksi, ikisinde ise ağır intrauterin gelişim kısıtlılığı, SGA doğum ve polisitemi öyküsü mevcuttu.

Tedavi düzenlenmesi çocuk hematoloji, radyoloji ve ilgili olgularda çocuk kardiyoloji ve kalp-damar cerrahisi ile multidisipliner şekilde planlanmıştı. Etiyolojiye yönelik istenen tromboz tetkiklerinde konsülte edilen kişi ya da merkeze bağlı ciddi farklılıklar olduğu gözlemlendi.

Tedavi olarak tüm olgularda düşük molekül ağırlıklı heparin (DMAH) uygulandığı ancak bir olguda ekstremitteyi tehdit eden femoral arter trombozu nedeniyle DMAH ile yüksek doz doku plazminojen aktivatörü (alteplaz), Na nitroprussit ve pentoksifilin kombinasyonu ile başarılı tedavi sağlandığı kaydedildi.

İki olgu tromboz dışı (aort hipoplazi ve non-compaction kardiyomyopati) nedenlerle kaybedilmişti.

Sonuç: Son yıllarda neonatal dönemde tromboz konusunda ortak dil oluşturmak için rehberler oluşturulmuş olsa da; klinisyenlerin bakış açısı ve hastaların presentasyonunun geniş bir yelpazede olması nedeniyle halen takip ve tedavi konusunda merkezler arasında ciddi farklılıklar mevcuttur. Yenidoğan ve özellikle çok düşük doğum ağırlığı olan bebekler, koagülopati, kateter varlığı, sepsis ve hemodinamik instabilite gibi tromboz açısından ciddi risk faktörlerine sahiptir ve bu hasta grubunda tromboz konusunda farkındalığın artması gerekmektedir. Yenidoğan döneminde şüphe eşliğinin düşük tutulması sessiz bir kliniğe neden olabilen ya da klinik bulguları diğer yenidoğan dönemi hastalıklarınca maskeleyebilen çeşitli lokalizasyondaki trombozların tanısının daha erken konulmasına yardımcı olacaktır.

Anahtar Kelime: Yenidoğan yoğun bakım ünitesi, tromboz, anti-trombotik tedavi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-059

Hipotermi Uygulanan Hipoksik İskemik Ensefalopatili Yenidoğanların Klinik, Laboratuvar Ve Görüntüleme Bulgularının Değerlendirilmesi

Mine Özdil, Atika Çağlar

Atatürk Şehir Hastanesi, Neonatoloji Kliniği, Balıkesir, Türkiye

Giriş: Tüm dünyada önemli bir mortalite ve morbidite nedeni olan perinatal asfiksi başta hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) olmak üzere multisistemik komplikasyonlara yol açmaktadır. Orta-ağır HİE tanılı term ve terme yakın bebeklerde en etkin tedavi özellikle ilk altı saatte başlanan terapötik hipotermidir. Bu çalışmada HİE tanısıyla yatırılan ve hipotermi ile tedavi edilen 17 hastanın klinik, laboratuvar, ekokardiyografik ve nörogörüntüleme bulgularının sunulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Çalışmada Ekim 2018-Eylül 2021 tarihleri arasında Sarnat ve Sarnat sınıflamasına göre evre 2 ve 3 HİE tanısıyla yatan ve ilk altı saatte terapötik hipotermi tedavisi başlanan 17 hastanın dosyaları retrospektif olarak incelendi. Hastaların demografik verileri, evreleri, kordon kan gazı ve Apgar değerleri, yatış, 24-48 saatler arasında ve hipotermi sonlandıktan sonra kan sayımı, biyokimyasal ve koagülasyon parametreleri, konvulzasyon varlığı, amplitüd EEG (aEEG) bulguları, hipotermi yan etkileri, taburculuk nörolojik muayene bulguları not edildi. Ekokardiyografi, transfontanel ultrasonografi ve kranyal MRI bulguları incelendi.

Bulgular: Hastaların ortanca gestasyonel yaşı 38 hafta (IQR 36,5-40), doğum ağırlığı 3560 g (IQR 2970-3805), hipotermi başlangıç saati 2 (IQR 1-5), kord kan gazı pH: 7,0 (IQR 6,9-7,0), laktat: 10,6 (IQR 9,2-14,3), baz açığı: -13,0 (IQR 11,4-16,6), yatış WBC: 28800 (IQR 21695-35640) hc/mm³, CPK: 1319 (IQR 704-1871) IU/L, PT:15,9 (IQR 14,3-30,5) sn, 24-48 saat kreatinin: 0,79 ((IQR 0,75-1,11) mg/dl saptandı. Hastaların %58,8'i kız cinsiyette olup, normal vajinal yolla doğum oranı %58,8 idi, tüm olgulara akut peripartum olay eşlik etmekteydi. On bir olgu (%64,7) evre 2, altı olgu ise evre 3 HİE tanılıydı. Hipotermi sonlandıktan sonra bakılan üre ve trombosit değerlerinde anlamlı fark saptandı (p<0.05). Klinik konvulzasyonu olan altı hastaya antiepileptik tedavi başlandı, sekiz hastada (%47) aEEG'de patolojik bulgu görüldü. Kranyal MRI çekilme ortanca günü 8 (IQR 5-10) olup, dört hastada iskemi ile uyumlu bulgu, bir hastada ise retroserebellar hemoraji saptandı. Ekokardiyografik incelemede ise iki hastada ağır pulmoner hipertansiyon, yedi hastada ise hafif-orta pulmoner hipertansiyon saptandı. Hipotermi yan etkileri sırasıyla trombositopeni, bradikardi ve subkutan yağ nekrozuydu. İki hasta exitus olurken, taburculukta üç hastada anormal nörolojik muayene saptandı.

Sonuç: Ölüm, serebral palsy ve uzun dönem ciddi gelişimsel hasarlara yol açabilen hipoksik iskemik ensefalopatinin bilinen en etkili tedavisi hipotermidir. Bu çalışmada ilimizde hipotermi tedavisi yapabilen üçüncü basamak tek merkezin 3 yıllık deneyimi, hastaların özellikleri, bulguları ve kısa dönem sonuçları sunulmuştur. Kriterleri karşılayan HİE tanılı hastaların, nakil sırasında kontrollü pasif hipotermi uygulanarak, hipotermi merkezine uygun koşullarda en kısa sürede nakli sağlanmalıdır.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-060

Erken ve Geç Dönem Adölesan Gebelik Sonuçları: 3. Basamak Araştırma Hastanesi Deneyimi

Murat Gözüküçük

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Adölesan gebelik, genellikle 13-19 yaşları arasındaki hamilelik olarak tanımlanır ve dünya çapında kadınların yaklaşık %25'inde görülür. Türkiye'yle ilgili 2014 yılında Birleşmiş Milletler Nüfus Fonu dünya nüfusunun durumu raporunda her yıl gerçekleşen evliliklerin üçte birinin 18 yaş altında olduğu ve her yıl 18 yaş altı 91.000 kadının anne olduğu bildirilmiştir. Yine aynı çalışmada kaba doğum hızının her 1000 kadın başına 28 doğum olduğu da rapor edilmiştir. Adölesan gebelikler ve doğumlar sadece kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili değildirler, aynı zamanda düşük eğitim düzeyi, düşük sosyoekonomik durum, bozulmuş aile yapısı ve artmış kişisel sağlık masrafları ile de ilişkilidirler. Literatürde adölesan gebelik ve doğumların düşük doğum ağırlığı, ölü doğum, preterm eylem, maternal anemi, postpartum depresyon, eklampsi, maternal ölüm ve postneonatal ölüm gibi kötü obstetrik sonuçlarla ilişkili olduğu görülmektedir. Bu çalışmada amacımız kliniğimizdeki erken ve geç dönem adölesan gebelik sonuçlarını değerlendirmektir.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2015 ve Ocak 2020 tarihleri arasında kliniğimizde doğum yapan 19yaş ve altındaki hastalar tarandı. Hastaların doğum şekli, doğum kilosu, doğum yaptığı hafta, sezaryen endikasyonları, gebelik komplikasyonları, sistemik hastalıkları ve yenidoğan sonuçları kaydedildi. Hastalar kendi arasında erken (<17 yaş) ve geç adölesan (17-19 yaş) olarak iki gruba ayrıldı ve neonatal ve obstetrik sonuçlar karşılaştırıldı. Kayıtlarda eksik bilgisi bulunan hastalar çalışma dışı bırakıldı. İstatistiksel analiz, Windows için SPSS, sürüm 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, ABD) kullanılarak yapıldı. Sayısal değişkenlerin dağılımı Kolmogorov-Smirnov testi ile, gruplar arası varyansların karşılaştırılması Levene testi ile değerlendirildi. İki grubun sayısal değişkenleri arasındaki farklar parametrik yöntem olarak t-testi ve parametrik olmayan bir test olarak Mann-Whitney U testi kullanılarak analiz edildi. Kategorik değişkenler ki-kare testi kullanılarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Çalışmanın yapıldığı tarihler arasında toplam 8134 doğumun 685'i (%8,42) adölesan hastalardı. Adölesan gebelerin 47'si 17 yaş altı, 638'i 17-19 yaşları arasındaydı. 685 hastanın 174'ü (%) çeşitli nedenlerle sezaryen ile doğum yapmıştı, bu dönemde kliniğimizdeki toplam sezaryen oranı ise % 42,0 (3416/8134) idi. Primer sezaryen oranı toplamda %15,6 (1265 hasta) iken adölesan gebeliklerde % 20,8 (142 hasta) idi (Tablo 1). Primer sezaryen oranı adölesan gebelerde daha yüksekken (%20,8 vs %15,1, p<0,001), doğum şekline bakıldığında adölesan gebelerin vajinal doğum oranının anlamlı olarak yüksek olduğu görülmekteydi [511 (%74,6) vs 4207 (%56,5), p<0,001]. Adölesan gebelerde yapılan sezaryenlerde en sık endikasyon fetal distress ve geçirilmiş sezaryen olmasıydı. Preterm doğumlar erken adölesan gebelerde anlamlı olarak daha fazlaydı. Erken ve geç adölesan dönemde obstetrik ve neonatal sonuçlar açısından anlamlı fark bulunmuyordu (Tablo 2). 685 hastanın 96'sinde (%14,0) doğum sonrası yenidoğan yoğun bakım gerekti. Çalışma sürecinde adölesan gebelerde maternal ciddi morbidite ve mortalite gözlenmedi.

Tablo 1. Adölesan ve diğer gebelerin doğum şekli ve primer sezaryen oranları

	≤19 yaş	>19 yaş	Toplam	P
Vajinal Doğum	511 (%74,6)	4207 (%56,5)	4718 (%58)	
Sezaryen	174 (%25,4)	3242 (%43,5)	3416 (%42)	<0,001
Eski C/S	32	2119	2151	
Diğer	142	1123	1265	
Toplam Doğum	685 (%100)	7449 (%100)	8134 (%100)	
Primer sezaryen oranı	%20,8	%15,1	%15,6	<0,001

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Tablo 2. Erken ve Geç Adölesan dönemdeki gebeliklerin obstetrik ve neonatal sonuçları

	Erken Adölesan (<17 yaş) n=47	Geç Adölesan (17-19 yaş) n=638	P
Gravida	0 (0-3)	0 (0-3)	0.917
Parite	0 (0-1)	0 (0-1)	0.787
Doğum	47	638	0.744
Vajinal	36 (%76.6)	475 (%74.5)	
Sezaryen	11 (%23.4)	163 (%25.5)	
Primer Sezaryen Oranı	%17.0	%25.5	0.085
Sezaryen endikasyonları			
Eski C/S	3 (%27.3)	29 (%17.8)	
Fetal Distress	3 (%27.3)	48 (%29.5)	
CPD	1 (%9.1)	26 (%15.8)	0.939
Makat	2 (%18.1)	22 (%13.5)	
Prezentasyon	1 (%9.1)	13 (%7.6)	
İlerlemeyen Eylem	1 (%9.1)	26 (%15.8)	
Diğer			
Doğum Haftası			
<37	8 (%17)	59 (%9.2)	
37-41	39 (%83)	516 (%80.9)	0.025
>41	-	63 (%9.9)	
Doğum Kilosu	2957.12±490.14	3064.69±471.19	0.697
5' Apgar	10 (0-10)	10 (0-10)	0.427
Gebelik Komplikasyonları			
GDM	-	2	
Preeklampsi-Eklempsi	-	5	
Dekolman	1	1	
IUGR	1	4	
IUEX	1	3	
Diğer	-	6	
Doğum öncesi Hemoglobin	11.62±1.60	11.65±1.40	0.081
Yenidoğan Yoğun bakım	7 (%14.9)	88 (%13.8)	0.745

Sonuç: Adölesan gebelerde pelvis immatüritesi nedeniyle uzamış doğum eylemi ve sezaryen doğum için riskin arttığı bildirilse de, son yapılan çalışmalarda adölesan gebelerde vajinal doğum ve sezaryen oranlarının yetişkin gebelere göre benzer oranlarda görüldüğü gösterilmiştir. Bunun aksine bizim çalışmamızda adölesan gebelerde yetişkinlere göre sezaryen oranlarının anlamlı olarak daha düşük olduğunu belirledik. Ancak, primer sezaryen oranlarına bakıldığında adölesanlarda oranın daha yüksek olduğu görülmüştür. Yapılan çalışmalarda adölesan gebelerin erişkin gebelere oranla sigara ve alkol tüketim oranlarının fazla olması nedeni ile yeni doğanlarda düşük doğum ağırlığı ve sağlık problemleri yüksek oranda gözlenmektedir. Adölesan yaş grubunda gerçekleşen düşük doğum ağırlığı ile yaş grubu arasında herhangi bir ilişkinin bulunmadığını iddia eden çalışmalar da mevcuttur. Bizim çalışmamızda adölesan grup gebelerde ortalama doğum ağırlığının normal sınırlarda olduğu görülürken, erken ve geç adölesan gebelerde doğum ağırlığı açısından fark olmadığı dikkati çekmiştir. Sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımının bizim popülasyonda yüksek olmaması doğum kilosunun etkilenmemesinin nedeni olarak düşündüğümüz bir sebeptir. Erken adölesan dönemde geç döneme göre preterm doğumun daha fazla olması bu dönemdeki gebelerin antenatal vizitlerinin yeterli olmaması nedeniyle olabilir. Bu çalışmada antenatal takip sayılarının belirlenmemesi nedeniyle bu durum ancak speküle edilebilir. Pelvisin immatür olması da preterm doğumlar ile ilgili olabilir. Sonuç olarak adölesan gebeliklerde erken ve geç dönemde obstetrik ve neonatal sonuçlar açısından belirgin fark olmasa da adölesan gebelikleri önlemek toplumsal sorumluluklardan biridir.

Anahtar Kelime: Adölesan gebelik, Sezaryen, Vajinal Doğum

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-061

Refleksoloji Uygulaması Ve Diğer Nonfarmakolojik Analjezik Yöntemlerin Yenidoğanlarda Ağrı Ve Fizyolojik Parametrelere Etkisinin İncelenmesi: Randomize Kontrollü Çalışma

Mahmut Caner US

Haseki Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Yaşamının ilk günlerini hastanede geçiren yenidoğanlar ağrılı girişimlerle karşılaştıklarında ağrı ve stres yaşarlar. Analjezi uygulanmadan birçok ağrılı girişime maruz kalabilirler. Ağrılı girişimler ve stres verici olumsuz ortam bebeklerin klinik seyrini etkilemektedir. Çalışmamızda ağrılı girişimler sırasında Refleksoloji (ayak tabanı masajı) uygulaması ile diğer nonfarmakolojik analjezik yöntemlerin ağrı üzerine etkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Topuk kanı ve venöz kan alımı sırasında her bir çalışma grubunda (Refleksoloji 30, kanguru bakımı 30, %24 sükröz solüsyon 30, Klasik müzik 30) 120, her bir kontrol grubunda ise 30 bebek olmak üzere toplam 300 term sağlıklı yenidoğan randomize edilerek çalışmaya dahil. Hasta verileri hasta kayıtlarından not edildi. İşlem öncesi, sırası ve sonrası vital bulgular ve ağlama süresi Girişimsel İzlem Formu, ağrı puanlandırması ise NIPS Formu ile, uygulanan yöntemin ne olduğunu bilmeyen 2 ayrı gözlemci tarafından toplandı

Veriler incelendiğinde gruplar arasında gestasyon haftası, doğum tartısı, cinsiyet ve 5. dakika APGAR skorları arasında anlamlı bir farklılık görülmedi. Topuk kanı alımı sırasında ağlama sürelerine incelendiğinde tüm grupların kontrol grubuna göre daha kısa süre ağladığı (

Refleksoloji uygulamasının yenidoğanların en sık karşılaştıkları ağrılı girişim olan topuk kanı alımı sırasında ağrının azaltılması, ağlama sürelerinin kısaltılması ve özellikle kalp tepe atımı ortalamaları üzerine anlamlı olumlu etkileri olduğu gösterildi. Venöz kan alımı sırasında etkisi gösterilemese de topuk kanı alımı sırasında en etkili yöntemin sükröz solüsyonu olduğu ve bunu hem ağrı skorları hem de ağlama süreleri açısından refleksoloji uygulamasının takip ettiği gösterildi. Ağrılı girişimlerin uzun dönem olumsuz sonuçları düşünüldüğünde basit, ucuz ve kısa sürede uygulanabilen refleksoloji uygulamasının topuk kanı alımı sırasında uygulanabilir nonfarmakolojik yöntemler arasında düşünülebileceği kanısına varılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Ağrı, Yenidoğan, Refleksoloji, Ayak tabanı masajı, Topuk kanı alınması

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-062

Primer İmmün Yetmezlikli Çocuklarda Tanımlayıcı Öykü Özelliklerinin Araştırılması

Fadime Ceyda Eldeniz¹, İsmail Reislı²

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

²Çocuk Alerji ve İmmünoloji Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

Amaç: Çalışmanın amacı; PİY tanısında kullanılan 10 uyarıcı işaretin tanıda yeterli olup olmadığını belirlemek, PİY erken tanısı için uyarıcı olabilecek bu 10 uyarıcı işarete eklenebilecek başka işaretlerin olma olasılığını araştırmak ve literatüre katkı sağlamaktır.

Yöntem: Bu çalışma Haziran 2020 ile Aralık 2020 tarihleri arasında prospektif olarak gerçekleştirilmiştir. Çalışmaya, Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Çocuk Alerji ve İmmünoloji Polikliniğinde takipli primer veya sekonder immün yetmezlik tanılı 162 hastanın aileleri alınmıştır. Bu ailelere Jeffrey Model Vakfı'nın geliştirdiği PİY uyarıcı işaretlerini içeren sorularla birlikte özgeçmiş ve soygeçmiş özelliklerini içeren sorulardan oluşan bir anket uygulanmıştır. Aynı anket tanımlanmış bir primer/sekonder immün yetmezliği olmayan (sağlıklı) 200 çocuğun ailesine uygulanmış ve böylece kontrol grubu oluşturulmuştur. İstatistiksel analizler için SPSS programı kullanıldı ve $p < 0,05$ olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Katılımcıların 98'i (% 27,1) PİY, 64'ü (% 17,7) SİY grubunda yer alırken; kontrol grubu 200 (% 55,2) katılımcıdan oluşuyordu. PİY grubunun (3.36 ± 1.65) ve SİY grubunun JMF puanları (3.72 ± 1.12); kontrol grubunun JMF puanından (0.34 ± 0.61) anlamlı derecede yüksekti, $p < 0,05$. JMF uyarıcı işaretleri değerlendirildiğinde, literatürden farklı olarak, intravenöz antibiyotik gereksinimi (%82,7) ve yılda ikiden fazla alt solunum yolu enfeksiyonu geçirme öyküsünden (%64,3) sonra üçüncü uyarıcı işaret olarak etkisiz veya iki aydan daha uzun süreli oral antibiyotik kullanımı bulunmuştur (%45,9). JMF 'in 10 uyarıcı işaretine ilave olarak bizim PİY grubumuzda, SİY ve kontrol gruplarına göre ebeveyn akrabalığı, BCG aşısı sonra lenfadenopati ve ailede tüberküloz öyküsünü istatistiksel olarak anlamlı bulduk.

Sonuç: PİY'lerin erken tanısında JMF uyarıcı işaretleri önemlidir. Ancak değişik toplumlarda ek uyarıcı işaretlerine gereksinim olduğu kanaatindeyiz. Çalışmamıza göre PİY ile ilişkili JMF işaretlerine ek olarak ebeveyn akrabalığı, BCG aşısı sonra lenfadenopati ve ailede tüberküloz öyküsünün de uyarıcı işaret olabileceğini düşünüyoruz.

Anahtar Kelimeler: Primer İmmün Yetmezlik, 10 Uyarıcı İşaret, Çocuk

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-063

Gebelik Haftasına Göre Düşük Doğum Ağırlığına Sahip Bebeklerde Taburculuk Sırasında Ekstraüterin Büyümenin Değerlendirilmesi

Şule Ayas¹, Nuriye Emiroğlu²

¹Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

²Neonatoloji Anabilimdalı, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Konya, Türkiye

Amaç: Ekstraüterin büyüme geriliği (EUBG), yetersiz beslenme, morbiditeler, endokrin anormallikler ve tedaviler de dahil olmak üzere genetik ve çevresel faktörlerin etkileşiminden kaynaklanabilir. Bu çalışmada amaç, kliniğimizde yatan SGA (gebelik haftasına göre düşük doğum ağırlığı) bebeklerin büyümeleri, beslenme şekilleri, morbiditeleri ve büyüme geriliğinin insidansının belirlenmesi olup, taburculukta EUBG sıklığını belirleyen perinatal değişkenlerin, klinik uygulamaların ve yenidoğan hastalıklarının bu sonuç üzerine etkisini değerlendirebilmektir.

Hastalar ve Yöntemler: Çalışmaya Mayıs 2020 tarihinden itibaren, SGA olarak doğan ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitimize ilk 24 saat içinde yatışı yapıp, taburcu edilebilmiş 100 SGA bebek dahil edildi. Hastalar preterm ve term SGA olarak iki gruba ayrıldı. Her iki grup arasında EUBG'ne neden olabilecek prenatal, natal ve postnatal etkenler incelendi. İstatistiksel analizler için SPSS 25.0 programı kullanıldı. $p < 0,05$ olması anlamlı kabul edildi.

Bulgular: Çalışmamızda preterm SGA (n:74) insidansı term SGA'lara (n:26) oranla daha yüksekti (%74). Doğumda asimetric SGA olma oranı da preterm SGA'larda daha fazla idi (%62,2). Cinsiyetin SGA üzerine etkisi yoktu ($p > 0,05$). Anne yaşı ortalaması preterm SGA'larda daha yüksekti. Prenatal risk faktörleri arasında preeklampsi ve hipertansiyon preterm bebeklerde daha fazla idi ($p < 0,01$). Solunum desteği uygulamaları [surfaktan, entübasyon, NCPAP (Nazal continuous positive airway pressure), oksijen] preterm bebeklerde daha yüksekti. Yatış esnasında morbiditeler açısından; Patent duktus arteriyozus (PDA), intra ventriküler kanama (İVK), nekrotizan enterekolit (NEK), prematür retinopatisi (ROP), bronko pulmoner displazi (BPD) gelişmesinde term ve preterm SGA'lar arasında fark yoktu. Ancak preterm bebeklerde daha yüksek oranda hastane enfeksiyonu görüldü ($p < 0,05$). Tam enteral beslemeye (TEB) kadar olan sürede beslenme şekilleri açısından istatistiksel olarak anlamlı fark yoktu. Ancak term bebeklerin anne sütü ile beslenme oranı daha yüksekti (%45,8). TPN (total parenteral nutrisyon) desteği ise daha çok preterm SGA'lara verilmişti (%55,4). Taburculuktaki beslenme şeklinde ise anne sütü ile besleme hem preterm SGA hem de term SGA'larda oransal olarak daha yüksekti. Mama ile beslenme oranları ise her iki grup arasında benzerdi. Doğumdan TEB'e kadar olan sürede preterm ve term bebeklerde ortalama günlük kilo artışları arasında anlamlı bir farklılık yoktu ($p > 0,05$). Ancak taburculukta preterm bebeklerin kilo, boy ve baş çevresi artışları term bebeklere göre istatistiksel olarak anlamlı daha yüksekti.

Sonuç: Erken enteral beslenmeye odaklanmak, yeterli intravenöz protein ve lipid desteğiyle enerji alımını artırmak, erken minimal enteral beslenme (MEB) başlamak ve gerektiğinde anne sütü güçlendiricisi kullanmak gibi beslenme protokolleri ile SGA bebeklerin doğum sonrası büyüme modelinin iyileştirilmesi, EUBG insidansını azaltması ve nihayetinde bebeklik ve erken çocukluk döneminde büyüme ve nörogelişmeyi iyileştirmesi sağlanabilir. Yeterli beslenme ve daha iyi kilo alımı ile SGA bebekler daha erken taburcu edilebilir.

Anahtar Kelimeler: SGA, EUBG, beslenme ve büyüme

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-064

Nonketotik Hiperglisinemi tanılı Yedi Hastanın Klinik, Laboratuvar, Genetik ve Uzun Dönem Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Sevil Dorum¹, Pelin Teke Kısa², Salih Çağrı Çakır³

¹SBÜ Bursa Yüksek İhtisas EAH, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bölümü

²SBÜ Dr. Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi EAH, Çocuk Beslenme ve Metabolizma Bölümü

³SBÜ Samsun EAH, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş - Amaç: Nonketotik hiperglisinemi (NKH), mitokondriyal glisin parçalayıcı enzim kompleksinin aktivite eksikliğine bağlı olarak glisin yıkımında bozukluk sonucu ortaya çıkan otozomal resesif geçişli bir kalıtsal metabolizma hastalığıdır. Bu çalışmada NKH tanısı alan yedi hastanın klinik, laboratuvar, genetik özellikleri ve uzun dönem sonuçlarının değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

Yöntem - Gereçler: Mayıs 2017- Mayıs 2021 arasında NKH tanısı almış olan yedi hasta retrospektif olarak çalışmaya alınmıştır. Tüm hastaların başvuru yaşı, şikayeti, cinsiyeti, akrabalık durumu, kan ve beyin omurilik sıvısı (BOS) glisin düzeyleri, beyin MR bulguları, genetik özellikleri ve son klinik takip sonuçları kaydedilmiştir.

Bulgular: Yedi NKH tanılı hastanın 5 tanesi yenidoğan döneminde bulgu verirken 2 hasta 1 yaş ve 8 yaş gibi daha büyük yaşlarda başvurmuştu. Çalışmaya alınan 6 ailenin 4'ünün arasında akraba evliliği vardı. Erkek/kadın oranı: 3/4 idi. Tüm hastaların başvurusunda hipotoni mevcuttu ve 3 hasta da dirençli nöbet ile başvurmuştu. 2 hastada hıçkırık şikayeti tariflenmişti. Hastaların kan glisin ortalaması 1030 ± 436 $\mu\text{mol/l}$, BOS glisin ortalaması 176 ± 109 $\mu\text{mol/l}$, BOS/kan glisin oranı ortalaması $0,15 \pm 0,077$ idi. Yedi hastanın 6 tanesinin tanısı genetik tanı ile doğrulandı. 4 hastada GLDC, 2 hastada AMT geninde mutasyon saptandı, 1 hastanın genetik analizi henüz sonuçlanmadı. 5 hastanın beyin MRI görüntülemesi yapıldı. 2 hastada normal, 3 hastada serebral atrofi ve korpus kallosum incelme olarak gözlendi. 5 hastaya MR spektroskopisi yapıldı ancak hiçbirinde glisin pikine rastlanmadı. NKH tanılı hastalarımızın tümü hayatta olup, tümü sodyum benzoat, deksametazon tedavilerini almaktadır. AMT gen mutasyonu olan 2 hasta folinik asit, GLDC mutasyonu olan 4 hasta piridoksin tedavilerini almaktadır. Üç hasta glisin içermeyen düşük proteinli diyet alırken 4 hasta ketojenik diyet tedavisi almaktadır. Hastaların nöbetleri kontrol altında olup çocuk beslenme ve metabolizma polikliniklerinden takip edilmektedirler.

Sonuç: Nonketotik hiperglisinemi (NKH) sıklıkla yenidoğan döneminde hipotoni, solunum arresti, nöbet geçirme ve hıçkırık atakları ile prezente olabilir. Ancak ileriki yaşlarda da dirençli nöbet ve hipotoni varlığında NKH akılda tutulmalıdır. Tanı için BOS/kan glisin oranı oldukça patognomik olup, biyokimyasal olarak tanısı kolayca konabilmektedir.

Anahtar Kelime: Hipotoni, hıçkırık, nöbet, glisin

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-065

Kemik İliği Donörlerinde Kök Hücre Miktarının Yaş ve Cinsiyete Göre Değişimi

Selime Aydogdu¹, Başak Adaklı Aksoy²

¹SBÜ. Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

²Çocuk hematoloji ve Onkoloji Uzmanı, Altınbaş Ünicveristesı Tıp Fakültesi Hastanesi, MedikalPark Bahçelievler Çocuk Kemik İliği Transplantasyon Ünitesi

Giriş - Amaç: Hematopoitik kök hücre nakli (HKHN) çeşitli benign hematolojik ve malign hematolojik – onkolojik hastalıklar, primer immün yetmezlikler ve bazı doğuştan gelen metabolizma bozuklukları için küratif tedavi seçeneği haline gelmiştir.HKHN Otolog ve allojeneik kök hücre nakli olarak başlıca 2 gruba ayrılır. Otolog kök hücre nakli için genellikle $>2.5 \times 10^6 / \text{kg}$ CD 34+ kök hücre yeterlidir. Allogeneik kök hücre nakli için $>6 \times 10^6 / \text{kg}$ CD 34+ kök hücre gereklidir. Hematopoitik kök hücre kaynakları kemik iliği, periferik kök hücre ve kordon kanıdır. Periferik kandan elde edilen kök hücreler sağlıklı donörden alınacaksa normal şartlarda periferde yeterli CD34 kök hücre bulunmayacağından G-CSF ile uyarılma gereklidir. Uyarılma ile 100 kata kadar artış elde edilir. Kemik iliği kaynaklı kök hücreler, kemik iliği yetmezlikleri gibi bazı hastalıklarda hala birinci seçenektir, yine graft versus host hastalığı riskini azaltmak için bilinçli bir seçim olabilir. Onsekiz yaş altı sağlıklı donörlerde G-CSF kullanımı uygun olmadığından bunlarda kök hücre kaynağı olarak kemik iliği tercih edilmektedir.

2014-2020 yılları arasında merkezimizde gerçekleştirmiş olduğumuz 454 naklin 135'inde(%29.7) kemik iliği kaynaklı kök hücre kullanıldı. Bu çalışmada kemik iliği kaynaklı kök hücre miktarlarının donör yaşı ve cinsiyeti ile bağlantısını araştırmayı hedefledik. Özellikle alıcı yaşı büyük, donör yaşı küçük olduğu durumlarda yeterli düzeyde CD34 pozitif kök hücre toplanması konusunda endişe duyulması doğaldır. Bu endişeden yola çıkarak 135 sağlıklı donörün (72 kadın, 63 erkek) minimum ve maksimum CD34 pozitif kök hücreleri için yaş grubu ve cinsiyete göre sınıflamasını yaparak, ortalama CD34 pozitif kök hücreleri tahmin etmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Altınbaş Üniversitesi Tıp Fakültesi Medical Park Bahçelievler Hastanesi Pediatrik Hematoloji-Onkoloji ve Transplantasyon Ünitesinde 2014-2020 yılları arasında 454 nakilden 135'i(%29.7) kemik iliği kaynaklı kök hücre kullanılarak gerçekleştirildi. Kemik iliği ürünü ameliyathane koşullarında toplandı. 72'si kız 63'ü erkek olan bu donörlerin yaş ortalaması 11 idi. 129 donörden kemik iliği ve 6 donörden kemik iliği+kordon kanı kullanılarak nakil işlemi gerçekleştirildi. Verilere retrospektif olarak kişilerin veya yasal sorumlularının izni ile bilgisayar kayıtlarından ulaşıldı. Verilerin değerlendirilmesinde IBM SSPS Statistic programı kullanılarak, kategorik veriler ile mean, median, chi-square korelasyon test analizleri yapıldı.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Bulgular

Tablo 1: Yaş gruplarına göre ortalama kan değerleri ve CD34 kök hücre miktarları

Donör Yaş Aralığı	Hasta Sayısı	CD34 (mikrolitre)	TNC*	Lökosit (K/ul.)	Lenfosit (K/ul.)	Monosit (K/ul.)	Nötrofil (K/ul.)
0-23 ay	21	685.03	1.79	11.72	6.91	0.76	3.78
24 ay-11 yıl	61	504.79	3.42	8.84	3.55	0.63	4.30
12-20 yaş	35	289.45	4.83	7.06	2.30	0.52	4.06
>20 yıl	18	251.55	5.42	7.82	2.47	0.54	4.44
Toplam	135	436.65	3.80	8.69	3.61	0.61	4.18

*TNC: Total çekirdekli hücre

Tablo 2: Cinsiyete göre CD34 kök hücre miktarları

	Donör Cinsiyeti	n	Ortalama	Std. deviasyon
CD34 miktarı	Kız	72	422.9690	236.71106
	Erkek	63	466.3965	243.82733
	Toplam	135		

p>0.05

Tablo 3. CD 34 miktarları açısından yaş gruplarının karşılaştırılması

(A) Yaş Aralığı: 0-23 ay:1 24ay-11.yas:2 12-20.yas:3 >20.yas:4	(B) Yaş Aralığı: 0-23 ay:1 24ay-11.yas:2 12-20.yas:3 >20.yas:4	Ortalama Fark (A- B)	Std. sapma	p	Alt sınır	Üst sınır
1	3	180.24110	67.49545	.077	-12.7039	373.1861
	4	395.57486*	71.21097	.000	194.9263	596.2234
	4	433.48143*	68.50891	.000	238.2732	628.6896
2	1	-180.24110	67.49545	.077	-373.1861	12.7039
	3	215.33376*	38.06587	.000	112.0698	318.5978
	4	253.24033*	32.73345	.000	163.2256	343.2551
3	1	-395.57486*	71.21097	.000	-596.2234	-194.9263
	2	-215.33376*	38.06587	.000	-318.5978	-112.0698
	4	37.90657*	39.83522	.922	-71.1691	146.9822
4	1	-433.48143*	68.50891	.000	-628.6896	-238.2732
	2	-253.24033*	32.73345	.000	-343.2551	-163.2256
	3	-37.90657*	39.83522	.922	-146.9822	71.1691

p<0.05

CD 34(mikrolitre) verisi >444 mikrolitre ve <444 mikrolitre olarak 2 gruba incelenmiş ve yaş grupları birbiri ile karşılaştırılmıştır. Buna göre 0-23 ay ile diğer yaş grupları arasında mikrolitredeki kök hücre miktarı karşılaştırıldığında belirgin farklılık saptanmıştır (P<0.05).

Kemik iliği donörleri 0-23 ay, 2-11 yaş, 12-20 yaş ve 20 yaş üstü olarak 4 gruba ayrıldı. Tablo 1 de yaş gruplarına göre saptadığımız kemik iliği kaynaklı CD34 kök hücre miktarları görülmektedir. Hiçbir yaş grubu için erkek ve kadın donörler arasında CD34+ hücreleri açısından anlamlı bir fark saptanmadı(Tablo 2). Mikrolitre başına maksimum CD34+ kök hücreye göre en yüksek değer 0-2 yaş grubunda saptandı (Tablo 3).

Sonuç: Toplanan CD34 pozitif hücre toplam miktarlarının yaş gruplarına göre miktarlarını değerlendirdiğimizde yaş küçüldükçe ortalama CD34 pozitif hücre sayısının önemli ölçüde arttığını saptadık. CD34 sayısının 12 yaşından sonra zalmaya başladığını ve ileri yaşlarda devam ettiğini gördük. Aynı yaş grubu içinde de CD34 miktarları arasında farklılıklar saptandı. Tüm donörlerin sağlıklı olmalarına ve tam kan sayımları tamamen normal olmasına ve aynı zamanda kök hücre toplama işleminin 5 yıldır aynı deneyimli ekip tarafından genel anestezi altında aynı ekipman (Bioaccess) ve antikoagülasyon yöntemi kullanılarak gerçekleştirilmesine rağmen CD34 pozitif sayımları arasında farklılıklar olduğunu gözlemledik Kök hücre toplama yönteminden kaynaklanabilecek farklılıkların minimum olduğunu düşünüyoruz. Kemik iliğinden toplama sırasında CD34+ hücrelerinin sayılması mümkündür, ancak bu zaman ve para gerektirir ve bazan tüm ürünün CD34 miktarını doğru yansıtmayabilir. Toplam CD34 pozitif hücre sayımı her zaman akış sitometri yöntemi ile yapılır (BD FACSCalibur, BFD Biosciences, ABD). Verici için ürün hacmi 20 ml/kg'ı geçmeyecek şekilde toplanmaktadır. Elde ettiğimiz verileri değerlendirerek CD 34 açısından zengin ve miktar olarak daha az kök hücre ürünü elde edebilmeyi amaçlıyoruz

Anahtar Kelime: Kök hücre nakli, çocuk, kemik iliği donörü

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-067

Bozuk Para Yutan Çocukların Radyografik Yabancı Cisim Taramasında Abdominal Direkt Grafilerin Bulunması Gerekli mi?

Doç. Dr. Ayşe Seçil Ekşioğlu¹, Dr. Ayşe Gözde Tufan², Dr. Gülseren Evirgen Şahin³

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Radyoloji Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Sami Ulus E.A.H. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr. Sami Ulus E.A.H. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Çocuk Gastroenteroloji Bölümü

Giriş - Amaç: Yutma yoluyla bozuk paranın sindirim sistemine girmesi çocukluk çağında sık karşılaşılan bir durum olup önemli bir sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Acil servise yabancı cisim yutma şüphesi ile gelen çocukta pratikte ilk yapılan işlem burun deliklerinden anüse kadar uzanan radyografik yabancı cisim taramasıdır. Bu tarama torakal grafi yanısıra abdominal radyografileri de içermektedir.

Bu çalışmanın amacı bozuk para yuttuğu bilinen ya da şüphelenilen çocuklarda radyografik yabancı cisim taramasının torakal grafi yanısıra abdominal grafileri de içermesinin hastanın takip ve tedavisinde anlamlı katkısı olup olmadığını araştırmaktır.

Yöntem - Gereçler: Ocak 2014-Ocak 2019 tarihleri arasında hastanemize yabancı cisim yutma yakınmasıyla başvuran ve bozuk para yuttuğu anlaşılan çocuk olgular geriye dönük olarak değerlendirildi. Çocukların hikayeleri, başvuru yakınmaları, bozuk paranın sindirim sisteminde bulunduğu bölge, boyutu, sayısı, tedavi yaklaşımları ve klinik sonuçlar incelendi. Veriler tanımlayıcı-tanımlayıcı istatistik yöntemi ile değerlendirildi.

Bulgular: Çalışmaya alınan 54 olgunun 30'u erkek (%56), 24'ü kız çocuğu (%44) ve yaşları 7 ay ile 14 yaş arasında değişmekte olup ortalama yaş 3,5'tu. Değerlendirmeye alınan çocukların %75'i beş yaş altındaydı. İnceleme ile yutma öyküsü arasında geçen zaman ortalama 4 saattir. Çocukların 21'inde bozuk para özofagus düzeyinde; 33'ünde ise özofagus distalinde saptandı. Yutma zamanı ile paranın bulunduğu düzey arasında bir pozitif korelasyon bulunamadı. Aynı şekilde para boyutu ile paranın ulaştığı düzey arasında da korelasyon tespit edilemedi.

Özofagus düzeyinde para saptanan çocuklarda en sık bulgu kusma olup bunu salya artışı izlemekteydi. Özofagus distalinde yabancı cisim tespit edilenler ise sıklıkla asemptomatikti. Özofagusta yabancı cisim tespit edilen 21 vakadan 19'u semptomatik 2'si asemptomatik olup semptomatik grubun 20'sine asemptomatik grubun da yine 1'ine endoskopik müdahale gerekti. Özofagus distalinde yerleşen 33 vakanın 24'ü asemptomatik 9'u semptomatik olup sadece semptomatik olan gruptan 1 vaka endoskopiye ihtiyaç gösterdi.

Sonuç: Bozuk para yutma öyküsü olan çocuklarda radyografik tarama grafilerinde abdominal grafilerin yer alması hastanın ele alınmasında anlamlı katkı sağlamamakta olup gereksiz radyasyon dozuna neden olmaktadır. Burun deliklerinden gastrik fundusa kadar olan mesafenin taranması endoskopiye ihtiyaç gösterebilecek olguların yüksek doğrulukla belirlenmesi için yeterli görünmektedir.

Anahtar Kelime: çocuk, yabancı cisim yutulması, bozuk para, sindirim sistemi, radyografi, endoskopi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-068

Gebelikte İdiopatik Hiperinsulinemik Hipoglisemi Atakları Yönetimi (Olgu Sunumu)

Nilüfer Akgün¹, Murat Gözüküçük¹, Yusuf Üstün¹

¹Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniği, Ankara, Türkiye

Giriş - Amaç: Diyabetes Mellitusu olmayan gebelerde ani başlayan hipoglisemi ayırıcı tanılarında insulinoza, gebeliğin akut yağlı karaciğeri, malaria, pankreas adacık hücresi büyümesi ile giden nesidioblastosis, otozomal dominant kalıtılan, ergenlik veya yetişkinlikte başlayan insülin tirozin kinaz alanındaki bir yanlış anlamalı mutasyon Arg1174Gln ile bağlantılı geç ailesel hiperinsulinemik hipoglisemi sendromu (1), insulinoza ve paratroid adenomu ve ön hipofiz bez adenomları ile giden MEN1 sendromu yer alabilir (2). Hiperinsulinemi gebelikte insülin ölçümünün standart klinik değerlendirmelerin bir parçası olmaması nedeniyle gebelik komplikasyonlarındaki rolü yeterince bilinmemektedir (3). Endojen hiperinsulinemiye bağlı gelişen hipoglisemi atakları erişkinlikte oldukça nadir olup hipoglisemi ataklarının ancak %5'ini meydana getirir (4). Hipoglisemiye bağlı en sık görülen klinik bulgular bilinç kaybı ve nörolojik semptomlardır. Gebelikte insülin metabolizmasındaki anormallikler gestasyonel diyabet (GD), hipertansif bozukluklar, uyku apneleri, kardiyomyopati, ve laktasyon başarısızlığı ve doğum komplikasyonları dahil olmak üzere birçok maternal ve neonatal komplikasyon riskini artırır (2). Somastotin tedavisi Cushing hastalığı ve akromegali, bariatrik cerrahi sonrası hiperinsulinemik hipoglisemi atakları ve insulinoza tedavisinde kullanılabilir (5). Somastotin ile gebelikte fizyolojik insülin rezistansına bağlı gelişen yüksek insülin seviyelerine rağmen kan şekerinin yükselmesine neden olur (4). Sürekli glikoz monitorizasyonu (SGM), kan glikoz seviyelerini sürekli olarak izlemek için bir araçtır ve birkaç gün boyunca 24 saatten fazla doğrudan yemeklerden önce ve sonra glikoz konsantrasyonlarının ölçümü amacıyla kullanılır. Bu şekilde SGM ile düzenli ölçümlerle tanımlanamayan tokluk hipoglisemisi ve asemptomatik hipoglisemi ortaya çıkarabilir. Bu olgu sunumundaki amacımız gebeliğin ikinci trimesterinde tekrarlayan hipoglisemi atakları ile başvuran hastada, ayırıcı tanının yapılması, hipogliseminin önlenmesi için Somastotin tedavisi ile maternal kan glukoz değişiklikleri yönetimi ve tedavinin fetal ve neonatal sürece etkilerini özetlemektir.

Yöntem - Gereçler: Olgu Sunumu

Bulgular: 23 yaşında, primigravid, ek hastalığı bulunmayan hasta olan 19. gebelik haftasında baş dönmesi ve hipoglisemi atağı ile hastanemize başvurdu. Hastanın boyu 150 cm, kilosu 65 kg BKİ 28.8 kg / m² idi. Hastanın yatış kan şekeri 29 gr/dl, insülin 7.4 mIU/L, C peptid: 1,63 ng / L, anti insülin ab negatif (5,04 gr / dl), ketone 0.1 Mmol / L idi. Hastanın karaciğer ve böbrek fonksiyon testleri, elektrolitleri ve ön hipofiz bez hormon değerleri normal olarak değerlendirildi. Kan şekeri düzeyleri takibi için yatırılan hastada ağır hipoglisemi atakları olup dış merkezde yapılan üst batin MRG ve endosonografisinde pankreasının normal olarak saptandığı anamnezden öğrenildi. Hastane yatışı sırasında hastanın özellikle yemeklerden sonra tekrarlayan semptomatik hipoglisemi atakları yaşadığı görüldü. Hastaya hipoglisemi semptomlarının azaltılması amacıyla sık sık, düşük glisemik indeksli karbonhidrat içeriğine sahip, kompleks karbonhidratlara dayalı bir diyet uygulandı. Hastanın diyete rağmen nedeni bilinmeyen hiperinsulinemik hipoglisemi atakları devam etmesi üzerine; tedavisinin planlanması endokrinoloji ve kadın hastalıklarının beraber değerlendirildiği konsey kararı ile belirlendi. Buna göre hastanın hospitalizasyonuna, sürekli kan şekeri takibi, hipoglisemik ataklarının günde 4 kereden fazla olması kan şekerlerinin 40 mg / dl aşağısında seyretmesi nedeniyle hastaya devamlı %10 dekstrozun 30 cc / saat sürekli intravenöz (IV) infüzyonuna karar verildi. Bu amaçla damar yolu problemlerinden dolayı hastaya subclavian katater takılmasına ve kısa etkili Somastotin 3*100 mcg subcutan tedavisinin başlanmasına karar verildi. 24. haftada hipoglisemi atakları devam eden hastaya Somastotin ile tedaviye ek olarak Prednol 16 mg ve proton pompa inhibitörü 1*1 eklenmesine karar verildi. Hastanın takiplerinde postprandial hipoglisemi atakları azalması kan şekerlerinin 80-200 mg / dl arasında seyretmesi ancak özellikle sabah açlık hipoglisemilerininin devam etmesi üzerine subkutan kullanıma

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

göre kullanım kolaylığı ve uzun etkisi nedeniyle Somastotin 10 mg im ve Prednol tablet 12 mg tedavisine karar verildi. Bu tedavi ile hipoglisemik ataklar nerdeyse tamamen engellendi. Hastaneye yattığı süre boyunca kadın hastalıkları ve doğum tarafından ikinci trimesterde günlük fetal kalp atımı, 26 hafta ve sonrası ise günlük biofizik skorlama ile takibi düzenlendi. 33. haftada Somastotin ve Prednol tedavisine bağlı maternal kan şekerlerinin postprandial 250 gr/ dl üzerine çıkması ve insulin ihtiyacı meydana gelmesi üzerine hastanın Somastotin ve prednol tedavisinin kesilerek haftalık kontrollerinin takibine karar verildi. Hastanın gebelik başlangıç kilosunu 65 kg termde 75 kg BKİ 33,3 kg / m² idi. Hastanın 37 hafta 2 günlük iken şiddetli hipoglisemi (kan şekeri 39 gr/dl) ataklarının tekrar başlaması, bebeğin terme ulaşması, annenin doğumla ilgili yoğun anksiyetesi nedeniyle spinal anestezi altında 3320 gram tek canlı kız bebek sezaryen ile doğurtuldu. Yenidoğanda herhangi bir malformasyon izlenmedi. Ancak doğum sonrası geçici takipne ve hipoglisemi bulguları nedeniyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Takiplerinde solunum sıkıntısı düzelen ve hipoglisemi atakları devam etmeyen yenidoğan postpartum 5. Günde şifa ile taburculuğuna karar verildi. Sezaryen sonrasında hastada hastanın hipoglisemi atakları izlenmedi (Açlık kan şekerleri 76-88gr/dl, tokluk kan şekerleri (120-138 gr / dl) . Postpartum dönemde hastaya olası etyolojiyi araştırmak için pankreatik alanda gelişebilecek odak lezyonu saptamak amacıyla Üç Fazlı spiral BT planlandı.

Sonuç: Hamilelik, plasental büyüme hormonu, insan plasental laktojeni ve kortikotropin salgılatıcı hormonun plasental varyantı (ACTH ve kortizol üretimi yoluyla), TNF-alfa ve leptinin artan ekspresyonu ile hormonal değişiklikler yoluyla artan bir insülin direncine yol açmaktadır. İnsülin direncini artıran bu değişiklikler hipoglisemiye girmeyi engeller ve zararlı etkilerine karşı koruyucu bir mekanizma görevi görmektedir (6). Hiperinsulinemik hipoglisemi gebeliğin genel semptomları klinik ile karışabileceğinden, teşhis koymakta zorlanıla bilinir. Etkilenen hastalarda açlık hiperinsülinemisi, tokluk hipoglisemisi, bozulmuş insülin klirensi ve insülin direncine ve yüksek serum insülin-C-peptid oranları gözlenir (1). Gebelikte oluşan bu patolojik hiperinsülinemi birden fazla yolla, neonatal dönemde ani ölüm, fetal büyüme anormallikleri, nörolojik bozukluklar ve endotel disfonksiyonu ile bağlantılı olarak fetal gelişim üzerinde kapsamlı etkilere sahiptir (2). Somastotin gebelik sırasında endojen hiperinsülinizmi kontrol etmede etkili olarak kullanılan bir ajandır. Somastotin dozu başlangıçta infüzyon ile 1000 mcg'a kadar çıkıp gebelik ilerledikçe kan şekeri değerlerine göre uzun etkili ve dozajı düşürülerek kullanıla bilinir(4). Ayrıca hamilelik sırasında insülin direnci veya plasental büyüme hormonunu düzeyi gibi fizyolojik değişiklikleri Somastotin etkilememektedir. Bugüne kadar yapılan hayvan çalışmalarında ilaca bağlı anomaliler görülse de insan çalışmalarında fetüsün hamilelik boyunca Somastotine maruz kalması herhangi bir malformasyona neden olmaz (4). Fetal gelişimi etkilemediği ve hiperinsülinemik hipoglisemi durumunda hipoglisemi ataklarının önlenmesinde tedavide güvenle düşünülebilir (4). Kaynaklar 1- (Hojlund K, Hansen T, Lajer M, Henriksen JE, Levin K, Lindholm J, Pedersen O, Beck-Nielsen H (2004) A novel syndrome of autosomal-dominant hyperinsulinemic hypoglycemia linked to a mutation in the human insulin receptor gene. *Diabetes* 53:1592–1598) 2- Morton, A. (2021). Hypoglycaemia in non-diabetic pregnancy. *Obstetric Medicine*, 1753495X211032787. 3- Dobrindt, E. M., Mogl, M., Goetzki, P. E., Pratschke, J., & Dukaczewska, A. K. (2021). Insulinoma in pregnancy (a case presentation and systematic review of the literature). *Rare tumors*, 13, 2036361320986647. 4- Boulanger, C., Vezzosi, D., Bennet, A., Lorenzini, F., Fauvel, J., & Caron, P. (2004). Normal pregnancy in a woman with nesidioblastosis treated with somatostatin analog octreotide. *Journal of Endocrinological Investigation*, 27(5), 465-470. 5- (Muthunayake, S. U., Feldt-Rasmussen, U., & Ringholm, L. (2021). Off-label treatment with Pasireotide and use of continuous glucose monitoring in late familial hyperinsulinemic hypoglycemia: a case report. *Acta Diabetologica*, 1-3.) 6- Syed, S., & George, A. (2021). A Case of Improvement of Insulinoma Symptoms in Pregnancy. *Journal of the Endocrine Society*, 5(Suppl 1), A985.

Anahtar Kelime: İdiopatik hiperinsulinemi, hipoglisemi, gebelik, Somastotin

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-069

Çok Preterm Bebeklerde Akut Böbrek Hasarı Sıklığı ve Risk Faktörleri

Ömer Güran, Özlem Şahin.

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

Giriş - Amaç: Prematürel hipertansiyon, kronik böbrek hastalığı ve son dönem böbrek yetmezliği gibi olumsuz renal sonuçlarla yakından ilişkilidir. Bu çalışmamızda, 32. gebelik haftasından önce doğmuş prematüre bebeklerde modifiye AKIN kriterlerini kullanarak Akut Böbrek Hasarı (ABH) insidansını ve risk faktörlerini belirlemeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: 2019-2020 yılları arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesine yatmış, gebelik haftası 32'den küçük bebekler retrospektif olarak incelendi. Bir haftadan önce ölen, genetik sendromu veya major organ anormalileri olan bebekler çalışmaya alınmadı. Bebeklerin kreatinin değerleri ile birlikte antenatal risk faktörleri, doğum ve doğum sonrası klinik durumları kaydedildi. Kreatinin değerleri, bazal değerden 0.3mg/dl veya daha fazla yada %150'den fazla artış gösterdiyse ABH olarak kabul edildi.

Bulgular: Çalışmaya dahil edilen 118 bebeğin %59'u kız olup ortalama doğum tartısı ve gebelik haftaları sırasıyla 1099±380gr (Aralık: 450-1950gr) ve 28.2±2.6 hafta (23-32) idi. Hastaların 19'unda (%16) akut böbrek hasarı saptanmış olup diğer bebeklerle kıyaslandığında daha küçük gebelik haftasında ve doğum ağırlıklarında oldukları görüldü (sırasıyla 26.5±2.3 vs 28.5±2.5 hafta, 948±351 vs 1128±380gr) (p değerleri 0.03 ve 0.047). Gruplar arasında antenatal steroid kullanımı, cinsiyet ve çoğul gebelik oranları açısından fark yoktu. Akut böbrek hasarı olan ve olmayanlar karşılaştırıldığında; tedavi gerektiren hemodinamik önemli PDA (%83 vs %36), Evre 2-3 NEK (%26 vs %6), Evre 3 intra ventriküler ve parenkimal kanama (%33 vs %4), mekanik ventilatörde kalış süresi (median 14 vs 3 gün), 1 dozdan fazla surfaktan uygulanması (%47 vs %15), kümülatif inotrop gün sayısı (9 vs 0) ve exitus oranları (%21 vs %5) diğer bebeklerden anlamlı olarak yüksek saptandı.

Sonuç: Nefrogenezis tamamlanmadan doğan prematüre bebekler ABH'na özellikle duyarlıdır. Hemodinamik değişiklikler, bozulmuş sıvı dengesi, hipoksi, kullanılan nefrotoksik ilaçlar akut böbrek hasarı gelişimine yol açabilmektedir. Çalışmamızda akut böbrek hasarının çok preterm bebeklerde sık görüldüğü, diğer morbiditelerle ve yüksek mortalite ile ilişkili olduğu gösterilmiştir. Bu bebeklerin uzun dönem sonuçları ile ilgili çalışmalara ihtiyaç vardır.

Anahtar Kelime: Çok Preterm İnfant, Akut Böbrek Hasarı, Kreatinin

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-070

Oocyte cryopreservation before bone marrow transplant in a young woman with thalassemia major: A case report

Gülnaz Şahin¹, Ferruh Acet¹, Nilufer Çalımlıoğlu¹, Ege Nazan Tavmergen Göker¹, Erol Tavmergen¹

¹ Ege University Family Planning and Infertility Research and Practice Center, Izmir, Turkey

Giriş - Amaç: Allogeneic hematopoietic stem cell transplantation (HSCT) is currently the only curative treatment method for thalassemia major patients of which the most common procedure is the transplantation from an HLA-identical sibling donor. Myeloablative conditioning regimens and graft-versus-host disease (GVHD) prophylaxis is needed before performing HSCT. These regimens include cytotoxic drugs which may have an impact on the gonads and associates with risk of premature ovarian failure and infertility. Before these treatment modalities, in appropriate patients, fertility preservation options should be discussed.

Yöntem - Gereçler: Case report: Herein, we report a case who underwent an oocyte cryopreservation procedure for fertility preservation before HSCT from an HLA-identical sibling for thalassemia major.

Bulgular: A 19-year-old female patient diagnosed with Beta-thalassemia major was referred to our university IVF center for counseling fertility preservation options before the planned BMT from her HLA-identical brother. After a detailed discussion, the patient agreed for having oocyte freezing before the planned BMT. Ovarian stimulation was initiated within the early follicular phase of the menstrual cycle. After 8 days of stimulation with recombinant FSH and aromatase inhibitor, a peak estradiol level of 801 pg/ml, and dominant follicles of 17-20 mm diameters were observed. Transvaginal oocyte retrieval was performed 36 hours after ovulation trigger under IV anesthesia. A total of 25 mature oocytes were vitrified successfully for future use.

Sonuç: Premature gonadal failure and infertility are the long-term consequence of HSCT and negatively impact the quality of life. Infertility is a common problem, which occurs in approximately 60% of patients undergoing HSCT for thalassemia. Discussing fertility preservation strategies before HSCT, especially in those who have time for the related procedures is crucial. Gamete, embryo, and gonadal tissue cryopreservation are available methods for fertility preservation. Of those, oocyte cryopreservation is one of the established methods for post-pubertal females and requires approximately two weeks of ovarian stimulation. In conclusion, for young women who are planned for HSCT for thalassemia, oocyte cryopreservation is an option and should be discussed with all interested patients.

Anahtar Kelime: Thalassemia major, hematopoietic stem cell transplantation, fertility preservation, oocyte cryopreservation

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-071

Pediyatrik Nörolojik Hastalıklarda, Terapötik Plazma Değişimi

Gürkan ATAY¹, Fatih Varol²

¹SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

²SBÜ Sancaktepe Prof.Dr.İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

Giriş - Amaç: Terapötik plazma değişimi (TPD), bir hastalığa bağlı olarak oluşan ve morbiditeye neden olan patojenik materyal veya bileşenleri ortadan kaldırmak amacıyla uygulanan bir tedavi yöntemidir. Çeşitli nörolojik, hematolojik, renal ve otoimmün hastalıklarda uygulanmaktadır. TPD'nin etkinliği, hastanın değişen plazma hacmi, patojenik materyalin dağılımı, sentez hızı ile ilişkilidir. Standart endikasyonlar Amerikan Aferez Derneği (ASFA) tarafından standart endikasyonlar belirlenmiş olup tavsiye niteliğindedir ve bağlayıcı değildir. Bu çalışma, pediyatrik otoimmün hastalıklarda Terapötik plazma değişimi (TPD) endikasyonlarını, etkinliğini, güvenilirliğini ve komplikasyonlarını belirlemek amacıyla yapılmıştır.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmaya Ocak 2017-Ekim 2020 tarihleri arasında çocuk yoğun bakım ünitesinde yatan ve nörolojik hastalıklar nedeniyle terapötik plazma değişimi yapılan 8'i (%53.3) kız ve 7'si (%46.7) erkek olmak üzere toplam 15 çocuk hasta alınmıştır.

Bulgular: Çocukların yaşları 6 ile 237 ay arasında değişmekte olup ortalama yaşları 59,16±185,16 aydır. Hastaların nörolojik TPE endikasyonları sıklık sırası ile ,otoimmün ensafalit (%60, n=9) Guillain-Barre Sendromu (GBS) (%33.3, n =5) ve Akut Demiyelinizan Ensefalomyelit (%6.7,n=1) idi. Hastalara ortalama 4 seans TPD(en az 2, en fazla 9 seans) uygulandı. TPD çift lümenli santral venöz geçici hemodiyaliz kateteri takılarak gerçekleştirildi. Venöz erişim için en fazla internal juguler ven kullanıldı(%53.3, n=8). Hiçbir hastada işlem sırasında TPD ile ilgili yan etki görülmedi. Beş GBS hastasının yoğun bakım ünitesinden servise devri sırasında Tıbbi Araştırma Konseyi ölçeğine göre kas gücü değerlendirildi(2). iki hastada skorun 0'dan 3'e, üç hastada 1'den 5'e yükseldiği saptandı. Ensefalit tanısı alan hastaların 8'inde akut faz reaktanlarında gerileme ve nörolojik değerlendirmede iyileşme görülürken, hastaların birinde septik şoka bağlı ölüm gerçekleşti.

Sonuç: Çocukların yaşları 6 ile 237 ay arasında değişmekte olup ortalama yaşları 59,16±185,16 aydır. Hastaların nörolojik TPE endikasyonları sıklık sırası ile ,otoimmün ensafalit (%60, n=9) Guillain-Barre Sendromu (GBS) (%33.3, n =5) ve Akut Demiyelinizan Ensefalomyelit (%6.7,n=1) idi. Hastalara ortalama 4 seans TPD(en az 2, en fazla 9 seans) uygulandı. TPD çift lümenli santral venöz geçici hemodiyaliz kateteri takılarak gerçekleştirildi. Venöz erişim için en fazla internal juguler ven kullanıldı(%53.3, n=8). Hiçbir hastada işlem sırasında TPD ile ilgili yan etki görülmedi. Beş GBS hastasının yoğun bakım ünitesinden servise devri sırasında Tıbbi Araştırma Konseyi ölçeğine göre kas gücü değerlendirildi(2). iki hastada skorun 0'dan 3'e, üç hastada 1'den 5'e yükseldiği saptandı. Ensefalit tanısı alan hastaların 8'inde akut faz reaktanlarında gerileme ve nörolojik değerlendirmede iyileşme görülürken, hastaların birinde septik şoka bağlı ölüm gerçekleşti.

Anahtar Kelime: Terapötik plazma değişimi, çocuk, nörolojik

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-072

Hemodinamik anlamlı patent duktus arteriozus saptanan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde perinatal risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Özlem Şahin, Funda Yavanoğlu Atay

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

Giriş: Prematüre bebeklerde patent duktus arteriozus (PDA) görülme sıklığı doğum ağırlığı ve gestasyon haftası ile ters orantılıdır. PDA çok düşük ağırlıklı bebeklerin bir kısmında kendiliğinden kapanırken, çoğu bebeğin tedaviye ihtiyacı olmaktadır. Bu çalışmada çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerde hemodinamik anlamlı patent duktus arteriozus (hsPDA) için perinatal risk faktörlerini gözden geçirmeyi amaçladık.

Metod: Çalışmaya 2016-2020 yılları arasında hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören <32 hf ve <1500 gr olan hastalar retrospektif olarak alındı. Hasta verilerine hasta dosyalarından ulaşıldı. Konjenital kalp anomalisi ve major konjenital anomalisi olan hastalar ve ekokardiyografi çekilmeden kaybedilen hastalar çalışmaya alınmadı. PDA nedeniyle tedavi almayan ve PDA saptanmayan hastalar ile hsPDA saptanan ve tedavi alan hastalar istatistiksel olarak karşılaştırıldı.

Bulgular: Toplam 382 hastanın verilerine ulaşıldı. 163 hasta hsPDA nedeniyle tedavi aldı. 219 hasta da ekokardiyografide PDA saptanmadı veya PDA nedeniyle tedavi verilmedi. Her iki grup karşılaştırıldığında ortalama doğum ağırlıkları hsPDA da 896.2 ± 274.5 , PDA olmayan grupta 1055.08 ± 309.45 ($p < 0.05$); ortalama gestasyon haftası sırasıyla $26,6 \pm 2,5$ ve $28,7 \pm 3,6$ olarak bulundu ($p < 0.05$). Koriyoamniotit, gestasyonel diabetes mellitus, preeklampsi açısından gruplar arasında farklılık saptanmadı. Antenatal steroid uygulanmayan ve intauterin gelişme geriliği olan hastalarda HsPDA anlamlı olarak daha fazla saptandı ($p < 0.05$).

Sonuç: Prematüre bebeklerde PDA için en iyi bilinen iki risk faktörü doğum ağırlığı ve doğum haftasının düşük olmasıdır. Perinatal risk faktörleri halen literatürde tartışmalıdır. Biz çalışmamızda intrauterin gelişme geriliği ve antenatal steroid yokluğunun hsPDA için risk faktörü olduğunu göstermiş olduk.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-074

Doğumhanede Solunum Desteği Uygulanması Yenidoğan Yoğunbakım Ünitesine Yatışları Azaltabilir mi?

Derya ÇOLAK , Özlem ŞAHİN

S.B.Ü Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Neonatoloji Kliniği

Amaç: Yenidoğanın geçici takipnesi (YGT), doğum sonrası solunum sıkıntılarının en sık görülen nedenlerinden biridir. Birçok yenidoğanda "gecikmiş geçiş dönemi" olarak adlandırılan doğumdan sonra birkaç saat süren fetal akciğer sıvısının temizlenmesinin gecikmesine bağlı kısa süreli takipne görülebilir. Bu hastalara devamlı pozitif basınç (CPAP) desteği uygulanmasının yenidoğan yoğun bakım ünitesine (YDYBÜ) yatışı ve ileri merkeze sevkleri azalttığı gösterilmiştir. Bu çalışmada doğum salonunda solunum sıkıntısı nedeniyle CPAP veya oksijen desteği uygulanması ile hastaneye yatış oranlarının değerlendirilmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Bu retrospektif çalışmada 01.02.2019-01.11.2019 tarihleri arasında Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kadın Hastalıkları ve Doğum Kliniğinde doğan, postnatal dönemde solunum sıkıntısı bulguları olup doğum salonunda oluşturulan "Ara Yoğun Bakım" odasında oksijen veya CPAP desteği uygulanan bebekler dahil edildi. Solunum sıkıntısı bulguları gerileyip anne yanına verilen sağlıklı yenidoğanlar ile solunum sıkıntısı bulgularında düzelme olmayarak YDYBÜ'ne yatırılan hastaların demografik özellikleri ve hastaneye yatış oranları değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma süresinde doğup ara yoğun bakım ünitesinde izlenen 960 bebek değerlendirildi. Bu bebeklerin 795'i (%82.8) YGT veya "gecikmiş geçiş dönemi" nedeniyle izlenmişti. Bu bebeklerin 553'ünün (%69.5) solunum sıkıntısı bulguları gerileyip anne yanına verildiği, 205'inin (%25.8) YDYBÜ'ne yatırıldığı ve 37'sinin (%4.7) YDYBÜ'de yer olmadığı için başka merkezlere sevk edildiği görüldü. Bebeklerin ara yoğun bakım ünitesinde ortalama izlenme süresi $4.1 \pm 3,5$ (1-22) saat olarak saptandı. Ara yoğun bakım ünitesinde izlenen diğer bebeklerin (n=165, %17.2) tanıları ise indirekt hiperbilirubinemi, prematürite, hipoglisemi, sepsis, konjenital pnömoni, dehidratasyon, aspirasyon şüphesi, konvülziyon, kardiyak ve santral sinir sistemi malformasyonları idi. Bu bebeklerin %58.8'i (n=97) YDYBÜ'ne yatırıldı, %26'sı (n=43) klinik bulguları düzeldiği için anne yanına verildi ve %15.2'si (n=25) hastanemiz YDYBÜ'de yer olmadığı için başka merkezlere sevk edildi. Solunum sıkıntısı dışı nedenlerle ara yoğun bakım ünitesinde izlenen bebeklerin yatış oranlarının ve hastane dışı sevk oranlarının anlamlı olarak daha yüksek olduğu görüldü ($p<0.05$ ve $p<0.05$).

Sonuç: Solunum sıkıntısı olan yenidoğan bebeklere doğum salonunda erken dönemde ortalama 4 saatlik noninvaziv solunum desteği uygulaması ile hastaneye yatış oranlarının azaltılabileceğini, anne ile bebeğinin ayrı kalmasının engellenebileceğini, yüksek doğum sayılı ünitelerde oluşturulacak bu tarzdaki "Ara Yoğun Bakım" birimlerinin YDYBÜ yataklarının akılcı kullanımını sağlayıp, hastane dışı sevkleri azaltıp, anne bebek birlikteliğini arttıracaklarını öngörmekteyiz.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-075

İntraventricüler kanama saptanan çok düşük doğum ağırlıklı bebeklerin perinatal risk faktörlerinin değerlendirilmesi

Funda Yavanoğlu Atay, Sevinç Kalın

SBÜ Ümraniye Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş: Prematüre bebeklerde beyin hasarının en sık nedeni intraventricüler kanamalardır (İVK). Papile sınıflamasına göre İVK lar 4 evreye ayrılmaktadır. Evre 3 ve 4 kanama saptanan bebeklerin yalaşık %60'ında serebral palsy gelişmektedir. Bu çalışmada ileri evre intrakraniyal kanama saptanan çok düşük doğum ağırlıklı hastaların perinatal risk faktörlerini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: 2016-2018 tarihleri arasında hastanemiz yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatarak tedavi gören <32 hafta ve <1500 gr olan hastalar çalışmaya alındı. Major konjenital anomalisi ve faktör eksikliği olan hastalar çalışma dışı bırakıldı. Hastaların verilerine hasta dosyalarından ulaşıldı. Transkraniyal ultrasonografi ilk 72 saat içinde ve 1. haftada deneyimli çocuk radyologu tarafından hasta başında uygulandı. Çalışmaya ilk 72 saat ve 1. haftadaki transkraniyal ultrasonografi bulguları dahil edildi. Evre 1 ve 2 kanaması olan hastalar düşük evre İVK, evre 3 ve 4 kanaması olan hastalar ileri evre İVK olarak gruplandırıldı.

Bulgular: Retrospektif olarak planlanan çalışmamıza toplam 133 hasta dahil edildi. İleri evre İVK saptanan hastaların ortalama doğum ağırlığı (806±317 ve 1001±270) ve ortalama gestasyonel haftaları (24,01±2,4 ve 27,6±2,5) düşük evre İVK saptanan hastalardan anlamlı olarak daha düşük bulundu (p<0.05). Düşük doğum ağırlıklı hastalarda normal spontan vajinal doğumda sezaryen doğuma göre ileri evre İVK daha çok saptansa da istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmadı. Annede gestasyonel diyabet, uzamış membran rüptürü, intruterin gelişme geriliği, koryomanitit varlığı ileri evre İVK için risk faktörü olarak değerlendirilmedi. Preeklampatik annelerin düşük doğum ağırlıklı bebeklerinde ileri evre İVK görülme oranı diğer hastalara göre daha yüksek bulundu (p<0.05). Antenatal steroid uygulanan annelerin bebeklerinde ileri evre İVK anlamlı olarak düşük bulundu (p=0.02).

Sonuç: Prematüre bebeklerde intraventricüler kanama morbiditeyi etkileyen önemli bir faktördür. Perinatal dönemde birçok risk faktörü bulunmasına rağmen en önemli faktörün antenatal steroidlerin uygulanması olduğunu düşünmekteyiz.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-076

Adölesanda Masif Transfüzyon İhtiyacı Doğuran Akut Anormal Uterin Kanama

Asist. Dr. Aybüke Kevser Abasıyanık, Asist. Dr. Erhan Yangır, Doç.Dr.Funda Akpınar, Prof.Dr. Yusuf Üstün

Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Adölesan dönemde sıkça karşılaşılan, kimi zaman hayati risk oluşturabilen akut anormal uterin kanamalı bir vakaya yaklaşım üzerinden bu olgularda ultrasonografik endometrial kalınlık takibinin önemini vurgulamayı amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Olgumuz; Elmadağ İlçe Devlet Hastanesi'ne 2 haftadır devam eden günde 10 ped değiştirmesine sebep olan yoğun vajinal kanama şikayetiyle başvuran 16 yaşında bir adölesandır. Menarş yaşı 13 olan olgumuzun önceki siklusları düzenlidir. Başvurudaki hemoglobin (hb) değeri 5.2g/dL saptanması üzerine hastanemiz çocuk acil servisine sevk edilmiştir.

Bulgular:



Hastanemizdeki başvurusunda genel durumu orta, tansiyon: 90/55mmHg, nabız:110 atım/dk, betahcg negatif ve hb değeri 4.5g/dL olması üzerine çocuk yoğun bakıma yatışı yapılarak Microgynon tablet (0,15 mg levonorgestrel ve 0,03 mg etinilestradiol) 4*1 po ve Ponstan tablet (500 mg mefenamik asit) 2*1 po başlanmıştır, çocuk hematoloji önerisi ile 10cc/kg eritrosit süspansiyonu verilmiştir. Yapılan ultrasonografide endometrium çift duvar kalınlığı(eçdk) 4mm ölçülmüş, yatışının 2. Gününde yapılan kontrol ultrasonografide eçdk: 6,5mm ve hb: 8,9 g/dL olarak izlenmiştir. Kanaması azalan hastada tedavi aynı dozda devam ederken yatışın 5. Gününde tekrar masif kanaması (Resim.1) ve hb düşüşü (6,9 g/dL) olmuştur. Yatışı süresince olgumuza toplamda 10 ünite eritrosit süspansiyonu, 2 gram fibrinojen ve taze donmuş plazma replasmanı yapılmıştır. Olgunun masif kanamasının 2. Kez olması üzerine kadın hastalıkları ve doğum biriminin de dahil olduğu konseye sunulmasına karar verilmiştir. Konseyde değerlendirilen hastada eçdk: 9mm ölçülmüş, kalınlaşan endometriumun stabilizasyonu için progesteron replasmanı tedaviye eklenmiş, tedrici olarak microgynon tedavi dozu azaltılmış, sonrasında 21 günlük idame tedavisi (1*1) ile endometrial stabilizasyon sağlanarak yeniden gelişebilecek bir estrogen kırılma kanaması önlenmiştir. Olgunun siklus kanaması idame tedavisi bitiminde ve normal miktarda olmuş, mens bitiminde kontrol hb: 12,5g/dL olarak izlenmiştir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Sonuç: Adölesanlarda hipotalamo-hipofizier-ovarian aksın immatürasyonu nedeniyle anovulasyona bağlı siklus düzensizlikleri ve anormal uterin kanama sık bir bulgudur. Karşılanmamış östrojenin varlığında endometriyum, son derece frajil, vasküler ve stromal destekten yoksundur. Bu nedenle düzensiz ve yoğun kanama paterni oluşur. Hormonal tedavide hedeflenen öncelikle östrojen ile endometrial proliferasyonu uyararak endometrial kanama odaklarını durdurmak, sonrasında progesteron ile endometrial stabiliteyi sağlamaktır. Bu etki monofazik KOK ile sağlanmaktadır. Olgumuzda da Microgynon kullanılmıştır. KOK içeriğindeki etinilestradiol, doğal estrojene kıyasla 75-1000 kat daha potenttir, bu nedenle yüksek doz verilen KOK tedavisinde fizyolojik beklentiden daha hızlı bir endometrial kalınlaşma oluşabilmektedir. Kalınlaşan endometriumu desteklemek için tedavi süresince aralıklı ultrason takibi önemlidir.

Anahtar Kelime anormal uterin kanama , adölesan , ultrason , KOK

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-077

Proteus sendromu, wilm's tümörü, pulmoner stenoz birlikteliği olan nadir bir olgu.

Pınar Karadeniz¹, H. Murat Mutuş², Şenol Bekmez³, Nuh Yılmaz⁴, Selami Sözübir⁵, Tülin Tiraje Celkan⁶,

¹Liv Hospital Vadistanbul, Pediatri Kliniği.

²İstinye Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Cerrahisi A.D.

³Liv Hospital Vadistanbul, Ortopedi Kliniği.

⁴Liv Hospital Vadistanbul Çocuk Kardiyolojisi Kliniği.

⁵Liv Hospital Vadistanbul, Çocuk Cerrahisi Kliniği.

⁶Liv Hospital Vadistanbul, Çocuk Hematolojisi ve Onkolojisi Kliniği

Giriş - Amaç: Proteus sendromu, iskelet sistemi, cilt, adipöz doku ve santral sinir sisteminde progressif segmental aşırı büyümeyle karakterize çok nadir bir hastalıktır. Hastalık herhangi bir kalıtım özelliği göstermediğinden sporadik kabul edilir. Literatürde toplamda 100' den az vaka olduğu belirtilmiştir. Tanısı lezyonların mozaik özelliği, sporadik olması ve progressif özellik göstermesi kriterlerinin üçünün birlikte bulunması ile konur. Birçok tümörle birlikteliği gösterilmiş olan bu sendromda miyokarda lipomatöz değişiklikler mevcut bulunmuştur. Komplikasyonlar arasında pulmoner tromboemboli en korkulan akut komplikasyondur. Wilm's tümörü ile birlikteliği bilirse de pulmoner arter stenozu daha önce bildirilmemiştir. Amacımız çok nadir görülen bir sendrom olan bu sendromun Wilm's tm ve pulmoner stenoz ile birlikte görüldüğü bir olgu sunmaktır.

Olgu sunumu: 2,5 yaşında kız olgu. Asimetrik ekstremitte hipertrofisi nedeniyle ortopedik operasyon öncesi pediatrik değerlendirme amacıyla incelendi. Fizik muayenede atipik yüz görünümü, solukluk, tüm vücut sağ tarafında gövdenin hepsini kaplayan kapiller hemanjiom, ayaklarında dev parmaklar ve ekstremitte anomalileri gözlemlendi. Sol alt ekstremitte 3 cm daha uzun, sol distal femur ve distal tibiada varus deformitesi, bilateral alt ekstremitelerde yumuşak doku hipertrofisine bağlı şişlik+, VA: 16 kg, Boy: 78 cm, VKI: 26.3 kg/m², SS: 22/dk, KTA: 155 /dak, pulmoner odakta 2/6 derece sistolik üfürüm duyuldu. Batında ele gelen kitle, organomegali yoktu. Hemogramda hipokrom-mikrositer anemi, B12 ve D vitamini düzeylerinde düşüklük saptandı. Immunglobulin D dışında diğer immunglobulin düzeyleri normal bulundu. Batın USG'de sol böbrekte 28x12mm ve 12x10 mm 'lik iki adet hipoekoik kitle, Batın MRG de aynı bulgular saptandı. Kranial MRG'da belirgin patoloji izlenmedi. Toraks BT'de sol akciğer üst lob apikoposterior ve alt lob mediobazal-posterobazal segmentlerde subsegmenter atelektazi alanları, sağ ana bronşta darlık izlendi. EKO' da pulmoner kapak düzeyinden başlayan darlık gradient max:30 mmHg alındı. Diğer kalp yapıları normal izlendi. Hastaya parsiyel nefrektomi ile birlikte tm eksizyonu yapıldı. Patolojik değerlendirme Wilm's tm olarak yorumlandı. Hastaya vincristin ve actinomisin-d kemo-terapisi planlandı. Sol alt ekstremitteye epifizyodez uygulandı. Hasta mevcut bulgularla komplikasyonsuz taburcu edildi.

Tartışma: Proteus sendromu iskelet sisteminde daha çok postnatal başlangıçlı, orantısız bir aşırı büyüme ile kendini gösterir. Sıklığı normal popülasyonda < 1/1000.000 olarak belirtilmektedir. Mortalitesi 20 yaşına kadar %25 olarak bildirilmiştir. İlk bulgusu 1.5 yaş civarında belirginleşen asimetrik aşırı büyümedir. En sık el ve ayaklarda olsa da vücudun herhangi bir bölgesinde ortaya çıkabilir. Serebriform konnektif doku nevusleri, lineer verrüköz epidermal nevüsler, adipöz disregülasyon ilave özellikleridir. Diğer klinik manifestasyonları kütanöz kapiller veya lenfatik malformasyonlar, visseral organomegali, tümörler (en sık menenjioma), over kistadenomu, meme kanseri, paratiroid adenomu, mezotelyoma, Wilm's tm'leridir. Akciğerde büllöz lezyonlar, fasyal fenotip değişiklikleri de sık görülmektedir. Hastamızda Proteus sendromunun bilinen klinik bulgularından ekstremitte anomalileri, anormal fasyal fenotip, dev kapiller hemanjiom ve wilm's tümörü mevcuttu. Ayrıca kalpte valvüler pulmoner stenoz saptandı. Olgumuz Proteus sendromuna valvüler pul-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

moner stenozun eşlik ettiği ilk vaka olması bakımından önemli bulunmuştur.

Sonuç: Proteus sendromu, malign tümörlerle birlikte görülmesi, bir çok sistemi (santral sinir sistemi, akciğer, kardiyovasküler, uzun kemikler, visseral organlar vb..) etkilemesi, mortalitesinin bulunması nedeniyle hemihipertrofi ayırıcı tanısında akla gelmesi gereken bir klinik durumdur. Bu hastaların multidisipliner yaklaşımla ele alınması, tanı ve tedavinin birlikte planlanması uygun olacaktır.

Anahtar Kelime: proteus sendromu, Wilm's tümörü, kapiller hemanjiyom, hemihipertrofi, pulmoner stenoz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-078

Covid-19 Pandemisinin Çocuk Hastalarda Korozif Madde Alımına Etkisinin Değerlendirilmesi

Özlem Kalaycık Şengül¹, Muharrem Çiçek², Ersin Sayar¹, Günsel Kutluk¹

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş - Amaç: Korozif maddelerin içilmesi, gelişmekte olan ülkelerde ciddi bir halk sağlığı sorunudur ve çocukluk yaş grubunda kaza ile olurken, ergenlikte genellikle intihar amacı ile görülmektedir. Sıklıkla ev içi temas şeklinde olup; kolayca erişilebilen, etiketsiz, güvenli olmayan kaplardan veya ebeveyn tarafından temizlik ürünlerinin su şişesine konulması ve rengi berrak olması nedeniyle su zannedilerek içilmesi şeklinde görülmektedir. Korozif maddelerin içilmesi sonucunda özofagus ve mide hasarları gelişebilmekte ve öncesinde tamamen sağlıklı bir çocukta ciddi morbidite ve mortaliteye neden olabilmektedir. Mart 2020'den beri hala kontrol altına alınamamış COVID-19 pandemisinde çocukların ve ebeveynlerin evde kalma süresinin ve temizlik malzeme kullanımının artması ile korozif madde alımlarının artabileceği düşünülmüştür. Bu nedenle çalışmamızda, COVID-19 pandemisinin çocuk hastalarda korozif madde alımına etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Hastanemiz çocuk acil servisine 01.01.2020-31.05.2020 tarihleri arasında korozif madde içilmesi nedeni ile başvuran 0-18 yaş grubu hastalar çalışmaya dahil edilmiştir. Hastane kayıtlarından hastaların demografik verileri ile çocuk acile başvuru saatleri, içilen korozif maddenin türü ve endoskopi bulguları retrospektif olarak değerlendirilmiştir. Başvuru saatleri 00:00'dan başlayarak sekiz saatlik üç farklı zaman diliminde incelenmiştir. Ülkemizde ilk vakanın görüldüğü 11 Mart 2020 tarihinden öncesindeki 2,5 aylık sürenin pandemi öncesi dönem (PÖD) ve tam zamanlı sokağa çıkma yasaklarının olduğu 2,5 aylık sürenin pandemi sonrası dönem (PSD) olarak iki gruba ayrılması ve bu iki grubun karşılaştırılması planlanmıştır.

Bulgular: Çalışmaya alınan toplam 174 hastanın 90'ı (%51,7) kızdı ve 113'ünü (%64,9) 2 yaş altı çocuklar oluşturmaktaydı. Seksen iki hasta (%47,1) hasta PÖD'de başvurmuş olup pandemi sonrasında 92 (%52,9) hasta başvurdu. İki dönemde de kızların daha fazla olduğu görüldü. Her iki grup cinsiyet ve yaş açısından kıyaslandığında iki grup arasında istatistiksel anlamlı fark bulunmadı. Çalışma kapsamında en sık içilen korozif madde çamaşır suyu olup (n:71; %40,8), hem PÖD (n:30; %36,6) hem de PSD'de (n:41; %44,6) en fazla alınan korozif madde türü olarak saptanmıştır. İki grup arasında istatistiksel anlamlı fark saptanmasa da PSD'de çamaşır suyu içen hastaların yüzdesindeki artış dikkat çekmiştir. Acil servise başvuru zamanları değerlendirildiğinde en sık 16:00-23:59 zaman diliminde olduğu görülmüştür (n:103; %59,1). İki grup ayrı olarak değerlendirildiğinde PÖD'de başvuruların %59,8'i, PSD'de %58,7'si bu zaman diliminde olduğu görülmüştür. Toplamda 99 (%56,9) hastaya endoskopik inceleme yapılmış olup PÖD'deki 55 hastanın %45,5'inde, PSD'deki 44 hastanın %58,7'sinde endoskopi bulguları normal olarak raporlanmıştır.

Sonuç: Ülkemizde alınan pandemi kararları doğrultusunda yüzyüze eğitime ara verilmesi, sokağa çıkma yasakları ve benzeri kurallar doğrultusunda hem yetişkinler hem de çocuklar evlerinde daha çok vakit geçirir olmuşlardır. En sık korozif alımının ev içi temaslara olduğu ve pandemi nedeniyle evlerde temizlik ürünlerinin kullanımının arttığı bilinmektedir. Buna rağmen çalışmamızda korozif madde içiminin pandemi döneminde belirgin artışa yol açmadığı saptanmıştır. Ek olarak korozif madde alımının akşam saatlerinde daha sık olduğu, iki yaş altı çocukların daha çok risk altında olduğu ve hastaların çoğunun endoskopi bulgularının normal olduğu görülmüştür. Ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde, korozif madde içiminin engellenmesine yönelik tedbirlerin alınması, çocukların erişemeyeceği yerlerde saklanması, korozif madde içilmesi durumunda acilen en yakın sağlık kuruluşuna başvurulması konusunda toplum bilinçlendirilmeli ve ailelere bu konuda eğitimler verilmelidir.

Anahtar Kelime: Covid-19, pandemi, korozif madde, çocuk.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-079

Akut Karın Ağrısı Ayırıcı Tanısında Epiploik Apandisit: Çocuk Olgu

Muharrem Çiçek¹, Şeyma Özpinar¹, Sümeyra Doğan², Özlem Kalaycık Şengül³

¹Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

²Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

³Kanuni Sultan Süleyman Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Kliniği, İstanbul

Giriş - Amaç: Epiploik apandisit (EA), kolonu saran periton tarafından oluşturulmuş içi yağ dolu keseciklerin spontan torsiyonu veya venöz trombozu sonucu oluşan, çoğunlukla kendi kendini sınırlayan, iyi huylu inflamatuvar/iskemik bir bozukluktur. Klinik olarak, akut alt karın ağrısının daha yaygın nedenlerinden olan akut apandisiti veya akut divertikülit taklit edebilmektedir. Nadir olması ve spesifik olmayan klinik bulgular nedeniyle EA'nın klinik tanısı zordur, ancak akut karın ağrısının araştırılmasında abdominal bilgisayarlı tomografinin (BT) artan kullanımıyla literatürde artan sayıda EA vaka bildirilmeye başlanmıştır. Çalışmamızda, akut karın ağrısının önemli bir ayırıcı tanısı olarak konservatif tedavi edilen çocuk olgu üzerinden EA'ya dikkat çekmeyi amaçladık.

Yöntem - Gereçler: Bu çalışmada EA nedeni ile takip ve tedavi edilen bir olgu sunulmaktadır.

Bulgular: On altı yaşında erkek hasta, üç gündür ishal (4 kez/gün) ve epigastrik bölgede şiddetli karın ağrısı ile çocuk gastroenteroloji polikliniğimize başvurdu. Hastanın özgeçmiş ve soygeçmişinde herhangi bir özellik yoktu. Fizik muayenesinde kan basıncı 120/75 mmHg, kalp hızı 80/dk, solunum sayısı 13/dk, ateşi 37,7 °C idi ve epigastrik bölgede daha belirgin olmak üzere batın sağ alt kadranda ve epigastrik bölgede hassasiyet mevcuttu. Vücut ağırlığı 95 kg (>97 p), boy 168 cm (25 p) ve boya göre tartı %158 ölçüldü. Laboratuvar bulgularında lökosit (8856/ μ L), hemoglobin (14,8 g/dL), trombosit (237000/ μ L), CRP (116 mg/dL), amilaz (117 U/L) ve lipaz (1786 U/L) saptandı. Diğer laboratuvar bulguları normal sınırlar içerisindeydi. Akut pankreatit ön tanısıyla çekilen abdomen ultrasonografide (USG) grade 1 hepatosteatoz görüldü. Yatırılarak izleme alınan hastanın oral alımı kesildi, intravenöz (iv) hidrasyon ve pantoprazol başlandı. Çekilen abdomen BT'de hepatosteatoz, çekum duvarı kalınlaşmış, sağ alt kadranda mezenterik yerleşimli birkaç adet lenfadenopati, yağ nekrozu benzeri alanlar ve 26x17 mm boyutlarında epiploik apandisit ile uyumlu lezyonlar izlendi. Hastaya epiploik apandisit öntanısı ile seftriakson iv başlandı ve beslenmesi açıldı. Seftriaksona bağlı ürtikeryal döküntüleri olması üzerine antibiyoterapisi ampisilin/sulbaktam ve amikasin ile değiştirildi. Tedavisinin ikinci gününde karın ağrısı azalan hastanın oral alımı kademeli olarak arttırıldı. Yedi günlük antibiyoterapi sonrası klinik ve laboratuvar bulguları düzelen hasta taburcu edildi. Altı aylık aralıklı izleminde karın ağrısı tekrarlamadı ve amilaz ve lipaz değerleri normal aralıkta saptandı.

Sonuç: Sigmoid kolonda ve ileoçekal bölgede daha fazla sayıda izlenmekle birlikte tüm kolonda 50-100 kadar olan epiploik çıkıntılarının kan dolaşımı kolik arter dallarından sağlanmaktadır. Kan akımının zayıf olması ve serbest hareketlerini sağlayan pediküllü yapıları nedeniyle torsiyona ve infarkta kolaylıkla maruz kalabilmekte ve ani başlangıçlı bölgesel karın ağrısına neden olabilmektedirler. Akut karın tablosuna neden olmasına rağmen tedavisinin cerrahi olmaması nedeniyle EA için doğru ve hızlı tanı hastaları gereksiz ameliyatlardan korumak için çok önemlidir. USG ve BT ile EA tanısı doğru ve güvenilir bir şekilde konulabilir. Sonuç olarak; nadir görülen ve sadece konservatif tedavi ile düzelen bir hastalık olması sebebiyle, yanlış tanı ve gereksiz cerrahi girişimler uygulanabilecek bu durumu önlemek için akut batın ayırıcı tanısında EA akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: Epiploik apandisit, karın ağrısı, çocuk olgu

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-080

Tubulointertisyel Nefrit ve Üveit Olgularımızın Değerlendirilmesi

Elif Benderlioğlu¹, Umut Selda Bayrakçı²

¹Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, Ankara

²Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi, Çocuk Nefroloji Kliniği, Ankara

Amaç: Tubulointertisyel nefrit (TİN) göreceli olarak vasküler ve glomerüler alan korunurken tubulointertisyel alanda hasar olmasıyla karakterizedir (1).

TİN çocuklarda akut böbrek hasarının nadir bir nedenidir (2). Çok daha nadir olarak böbrek hasarına üveal inflamasyonun da eşlik etmesine tubulointertisyel nefrit ve üveit (TİNU) denmektedir (3). TİNU böbrek fonksiyon bozukluğu saptanmadan 2 ay öncesinde görülebildiği gibi izlemde de ortaya çıkabilmektedir (4).

Çoğu vakada etiyoloji aydınlatılamamaktadır. En sık neden ilaçlar olarak görülmektedir (1).

Her ne kadar akut TİN klasik triadı ateş, döküntü ve artralji olarak görülse de klinikte sıklıkla iştahsızlık, yorgunluk, bulantı, kusma, kilo kaybı gibi nonspesifik bulgularla ortaya çıkar. Böbrek kapsül gerilmesine bağlı yan ağrısı da sık bulgularındandır (1,3).

Bu çalışmada pediatrik yaş grubunda TİN ve TİNU ile gelen hastaların özelliklerinin anlaşılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Hastanemiz büyük çocuk servisinde son 1 yılda farklı sebeplerle yatan 804 hastanın bilgileri retrospektif olarak taranmıştır. Klinik ve laboratuvar sonuçlarına göre TİN tanısı alan toplam 16 hastanın özelliklerinin değerlendirildiği tanımlayıcı bir çalışma yapılmıştır.

Bulgular: Toplam 16 hastanın 7'si kız, ortanca yaş $15\pm 2,8$ olarak bulundu. Olgulardan 6'sına böbrek biyopsisi yapıldı ve TİN ile uyumlu bulgular saptandı. Ortalama başvuru serum kreatinin düzeyi $1,68\pm 0,77$ mg/dl saptanmıştır. İzlemde bulgularda gerileme olması nedeniyle tüm olgulara tanısal amaçlı biyopsi yapılmamıştır. Olgularımızda en sık görülen semptomlar iştahsızlık, yorgunluk ve yan ağrısıdır. 3 olguda ateş, 2 olguda ise poliüri görülmüştür. Altı olguda eşlik eden anterior üveit saptanmıştır. Üveit olgularının 4'ü erkektir. Üç olgu dışında hepsinde ilaç, bitkisel ürün veya enerji içeceği kullanımı öyküsü alınmıştır. İlaç kullanımında en sık analjezik, ikinci sıklıkta antibiyotik kullanımı mevcuttur. 2 olgu ise üveit tanısı aldıktan sonra bakılan tetkiklerle TİN tanısı almıştır. Olgulardan 10'u hidrasyon ile iyileşirken, 3'ünde IV pulse steroid verilirken, 1'inde oral metilprednizolon başlandı.

Sonuç: Çalışmamız genel olarak literatürle uyumlu şekilde ilaç ilişkili ve nonspesifik bulgularla gelen TİN olgularını saptamıştır. Literatürden farklı olarak TİN ve TİNU olgularımız daha çok erkektir.

Nadir gibi görülse de akılcı olmayan ilaç kullanımı sonrası ortaya çıkabilen akut böbrek yetmezliğini tanımak, zamanında müdahale edebilmek önemlidir. İzlemde de ortaya çıkabilecek TİNU gibi eşlik edebilecek durumlar da akılda tutulmalıdır.

Kaynaklar

1. Kliegman R, Stanton B, Geme JS, (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 21rd edition. Philadelphia, PA: Elsevier;2019.
2. Roy S at all. Acute tubulointerstitial nephritis in children– a retrospective case series in a UK tertiary paediatric centre. BMC Nephrology. 2020; 21:17
3. Jahnuainen T. at all. Clinical outcome and occurrence of uveitis in children with idiopathic tubulointerstitial nephritis. Pediatr Nephrol.2011; 26:291–299.
4. Lopes BO. at all. Tubulointerstitial nephritis and uveitis syndrome: Case series and literatüre review. Case Rep Ophthalmol Med. 2021;20

S-081

The Comparison of Delivery Modes Regarding Their Effects on Oxidative Stress and Early Neonatal Period

N.Coskun. T.Imdadoglu. E.Adiyeye. Ş.Coskun. N.Bakan. Ş.Güven.Ö.Erel

Introduction: Newborns are more sensitive to the harmful effects of reactive oxygen (O₂) radicals due to their limited antioxidant production. Despite the well-known adverse effects of oxidative stress (OS) on the mother, fetus, and newborn, the effects of the type of delivery on the OS experienced by both mother and child are still not clear

In our study, we aimed to compare oxidative stress factors in newborns in different birth models.

Material and Method: A total of 90 healthy women who encountering uneventful pregnancies and their babies were included in the study. The participants were divided into three groups according their mode of delivery: Group 1 (n=31): Elective caesarian section (C/S) under general anesthesia; Group 2 (n=30): Elective C/S under spinal anesthesia; Group 3 (n=29): spontaneous vaginal delivery (VD). The serum samples were obtained from umbilical cord blood after birth. IMA, dynamic thiol-disulfide homeostasis (native-thiol level, total-thiol level, disulfide level, disulfide /native thiol ratio, disulfide /total thiol ratio, native thiol / total thiol ratio), catalase level and short-term neonatal outcome were compared between groups.

Results: The IMA level was significantly lower in spontaneous VD group when compared to C/S under general and spinal anesthesia groups (0.70±0.05 versus 0.75±0.06 and 0.71±0.08, respectively, p=0,002). First minute Apgar scores were significantly lower in general anesthesia group. Other neonatal characteristics were similar between groups. No differences between delivery modes groups in terms of dynamic thiol-disulfide homeostasis, catalase levels were found.

Conclusion: Ischemia-modified albumin levels in umbilical cord blood were influenced by the way of delivery and the levels were lower in VD group. This finding might support that spontaneous VD have beneficial effects on the neonate and cause less OS than elective C/S.

(under spinal or under general anesthesia).

Keyword, Oxidative stress marker, catalase levels, ischemia-modified albumin, vaginal delivery, cesarean delivery, neonate

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-082

Üçüncü Basamak Bir Sağlık Kuruluşunda İzlenen Hipoksik İskemik Ensefalopatili Olgular, Risk Faktörleri Ve Kısa Dönem Sonuçları

Berna Saygın Hekimoğlu, Filiz Aktürk Acar

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Amaç: Hipoksik iskemik ensefalopati (HİE) yenidoğan mortalite ve morbiditesinin en önemli nedenlerinden biridir. Bu çalışmada HİE tanısıyla takip edilen yenidoğanların etyolojik, klinik, laboratuvar özellikleri ve mortalite oranlarının belirlenmesi amaçlandı.

Gereç ve Yöntem: Ocak 2018- Ağustos 2021 tarihleri arasında Trabzon Kanuni Eğitim ve Araştırma Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde izlenen 45 HİE tanılı yenidoğanın verileri retrospektif olarak değerlendirildi.

Bulgular: Çalışma dönemimiz içerisinde 45 olguya HİE tanısı konuldu. Hastanemizde asfiksi tanısı alan bebeklerin oranı ortalama 1000 canlı doğumda 3 olarak saptandı. Olguların ortalama gebelik haftası 38.2 ± 3.3 hafta (27-41), ortalama doğum ağırlığı $2958,1 \pm 625.4$ gr (970-4041) idi. Olguların 22'si (%48.9) hastanemizde, 20'i (%44.4) başka bir hastanede, 3'ü (%6.7) evde doğmuştu. 25'i (%55.6) erkek, 20'i (%44.4) kız idi. Dokuz olgu (%20) preterm, 36 olgu (%80) term idi. Olguların 24'ü (%53.3) spontan vajinal yol, 21'i (%46.7) sezeryan ve 2'si (%4.4) forseps-vakum uygulanarak dünyaya gelmişti. 41(%91.1) olguya doğumda resüsitasyon uygulanmıştı. Olguların 6'sı (%13.3) evre I, 28'i (%62.2) evre II ve 11'i (%24.4) evre III olarak değerlendirildi. Otuz yedi (%82.2) olguya hipotermi tedavisi uygulandı. Olguların %95.6'ına (n:43) mekanik ventilasyon desteği verildi. Yirmi yedi bebekte (%60) yaşamın ilk 72 saatinde konvülsiyon gözlemlendi. En sık görülen laboratuvar bulgusu asidoz ve trombositopeni idi. Yıllara göre HİE oranı incelendiğinde en yüksek tanının 2020 yılında konulduğu tespit edildi (%35.6). Mortalite oranı %20 olarak saptandı. Mortalite ve pH arasında anlamlı bir korelasyon tespit edildi (p:0.004, r: 0.421).

Sonuç: HİE bölgemizin önemli bir sağlık sorunudur. Özellikle COVID-19 pandemi döneminde daha fazla olmak üzere gebelerin takiplerini aksatması, evde doğumların artması, gebe ve personel eğitimlerinin yapılamamış olması HİE görülme sıklığını artırmıştır. Eğitimlerin artırılması ile HİE görülme oranında önemli derecede azalma olacağını düşünmekteyiz.

Anahtar Kelimeler: Hipoksik iskemik ensefalopati, asfiksi, yenidoğan.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-084

Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi'nde Retrospektif Hasta Verilerimiz ve Kateter Uygulamaları ile Enfeksiyon Oranlarının Karşılaştırılması

Özge Eren¹, Muhammet Bulut²

¹Giresun Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Giresun

²Giresun Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı, Giresun

Amaç: Bu çalışma Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi (YYBÜ)'nde takip edilen hastalarımızın verilerini sunmak ve uygulanan çeşitli kateter uygulamaları ile enfeksiyon oranlarımızın karşılaştırılması amacıyla gerçekleştirilmiştir.

Yöntem: Retrospektif olarak yapılan çalışmanın evrenine 2017-2020 yıllarında Giresun Üniversitesi Kadın Doğum ve Çocuk Hastanesi YYBÜ'nde tedavi gören ve kateterizasyon (periferik, umbilikal, Periferik santral venöz, diğer santral kateterler) uygulanan yenidoğanlar dahil edildi. Örneklemeye yöntemine gidilmeksizin bu tarihler arasında YYBÜ'nde tedavisi süresince kateterizasyon uygulanan ve enfeksiyon gelişen toplam 407 yenidoğan çalışmaya dahil edilmiştir.

Bulgular: Çalışmamıza dahil edilen yenidoğanların %51,1'i kız olup %77,1'i sezeryan ile doğmuştu. Bebeklerin doğum haftası 36.08±3,52 hafta, doğum kilosu 2.731±881,81 gram idi. YYBÜ'ne yatış nedenleri arasında %39,3 (n=134) ile Yenidoğan Geçici Takipnesi (TTN) en sık neden olup, bunu %22,6' sını prematürite ve %22,1' i (n=90) ile respiratuar distress sendrom (RDS) izledi. Yenidoğanların %45,7'si ilk 24 saat içerisinde anne sütü aldı. Yenidoğanların %28,5' ine endotrakeal entübasyon uygulanmış olup, entübe kalış günleri 4.46±4,42 gün idi. Taşipne ve inlemeli solunum %62 ile en sık görülen, %45 ile taşikardi ikinci ve %37 ile beslenme intoleransı üçüncü en sık görülen bulguydu. Gebelerimizin %21,6'sında riskli gebelik vardı. Vakalarımızın %32,7'sinde EKO sonucunda patoloji saptanmış olup %11,3 ile en çok patent foramen ovale (PFO) görülmüştür. Ayrıca yapılan MR, USG tetkikleri sonucunda %5,4'ünde patolojik bulgulara rastlanmış olup %2,2'sinde hemoroji bulgusuna rastlanmıştır. Yenidoğanların %80,1'ine periferik damar yolu, %4,4'üne umbilikal arter / ven kateteri, %10,3'üne picc kateter, %0,5'ine diğer santral kateter uygulaması yapılmıştır. İnvaziv girişim uygulanan yenidoğanlardan alınan kültür sonuçlarında %10,3 (n=42)'ünde üreme saptanmış olup, %23,8 olgu (n=10) ile en fazla üreyen patojen Coagulase-negative staphylococci idi, ikinci en sık üreme %21,42 (n=9) ile Klebsiella pneumoniae ve üçüncü en sık üreme %19,1 (n=8) ile Escherichia coli üremesi oldu. Uygulanan girişim ile kültür üremesi arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki saptandı (p<0.05). Picc kateter uygulamasında kültür sonucunda %11,9'unda (5/42) üreme saptanırken, venöz umbilikal kateterizasyon uygulanan hastaların %36,8' inde (n=7/19) üreme saptandı.

Sonuç: Periferik damaryolunun; sık değişim nedeniyle özellikle bakım kaynaklı sepsis ve zaman/maliyet kaynaklı dezavantajları, umbilikal ven/arter kateterlerinin ise sıklıkla kateter sepsisi ve trombus nedeniyle daha az tercih nedeni olmaları kaçınılmazdır. Uzun süre yatış gerektiren yenidoğanlarda endikasyon dahilinde picc kateterlerin tercih edilmesi başta katetere bağlı sepsisler olmak üzere diğer bakım kaynaklı sepsislerin azaltılmasında etkin olacaktır.

Anahtar Kelimeler: Yenidoğan, kateter, enfeksiyon, sepsis

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-085

Çocuklarda Renal Biyopsi Komplikasyonları ile İğne Boyutu ve Geçiş Sayısının İlişkisi

Mehmet Coşkun¹, Betül Demircan², Nida Dinçel³

¹.S.B.Ü. Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

².S.B.Ü. Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

³.S.B.Ü. Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji

Amaç: Bu çalışmada, böbrek biyopsisi yapılan pediatrik olgularda komplikasyon varlığı ile kullanılan iğne çapı ve iğne giriş sayısı arasındaki ilişki araştırılmıştır.

Yöntem: 2018-2021 yılları arasında, böbrek parankim hastalığı ön tanısıyla ultrasonografi (US) rehberliğinde kalın iğne böbrek biyopsisi yapılan çocuklar çalışma kapsamına alındı (n:87). Kitle nedeniyle biyopsi yapılan olgular (n:3), gerçek zamanlı US kullanılmadan biyopsi yapılan olgular çalışmadan çıkarıldı (n:1).

Biyopsi, US rehberliğinde, lokal anestezi altında, yarı otomatik 16 veya 18 Gauge iğne ile yapıldı. İğneler rastgele seçildi. Dört yaş altı olgularda lineer (5-13mHz), dört yaş üstü olgularda konveks (2-6mHz) prob kullanıldı. Prob sterilizasyonu steril eldiven ile sağlandı. Transfüzyon veya girişim gerektiren kanama, ölüm majör komplikasyon olarak kabul edildi.

İğne kalınlığı ile komplikasyon ilişkisi Fisher-Exact testiyle, giriş sayısı ile komplikasyon varlığı Ki-kare testiyle kıyaslandı.

Bulgular: Çalışmaya alınan 87 çocuğun 54'ü erkek, 33'ü kızdı. Ortalama yaş 9,9 (±4,6) idi. Olguların 29 (%33,3) 'unda minör kanama izlendi. Majör kanama hiçbir olguda görülmedi. Kanama dışında komplikasyon yoktu. Olguların tamamında yeterli örnekleme sağlandı.

Biyopsi 25 olguda 18G iğne ile, 62 olguda 16G iğne ile yapıldı. 15 olguda 1 giriş, 50 olguda 2 giriş, 16 olguda 3 giriş ve 6 olguda 4 giriş yapıldı.

Kanama izlenen 29 olgunun 23'ünde 16G, 6'sında 18G iğne kullanıldı. İğne kalınlığı ile komplikasyon varlığı arasında istatistiksel anlamlı ilişki görülmedi (p= 0,233). Geçiş sayısı 1'den 4'e komplikasyon oranları sırasıyla şöyleydi; %6,7, %26, %75 ve %50. Geçiş sayısı ile komplikasyon gelişimi arasında yüksek istatistiksel ilişki saptandı (p<0,001).

Sonuç: Çocuklarda böbrek biyopsisi US rehberliği yapılmalıdır. Komplikasyonları engellemek için geçiş sayısı düşük tutulmalıdır.

Anahtar kelimeler: İğne, kanama, komplikasyon, böbrek biyopsisi, tru-cut

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-086

Tuvalet Eğitimi Alan Çocuklarda İşeme Hızı ve İşenen İdrar Miktarının Rezidü İdrar Miktarı ile İlişkisi

Betül Demircan Coşkun¹, Aslı Kantar², Derya Özmen², Nida Dinçel²

¹S.B.U Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları

²S.B.U Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Nefroloji

Amaç: Çocuklarda alt üriner sistem disfonksiyonu (AÜSD), anatomik ve nörolojik anomalileri olmayan hastalarda görülen sebebi net açıklanamayan fonksiyonel bir işeme bozukluğu olup, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonlarının en sık sebebidir. AÜSD mesanenin dolum veya boşaltım fonksiyonlarına ait bozukluklar zinciri olup, bunların arasında en sık olanı da mesanenin tam boşaltılamaması yani rezidü idrar kalmasıdır. Bu çalışmada tuvalet eğitimi alan çocuklarda işeme hızı ve işenen idrar miktarının rezidü idrar miktarı ile ilişkinin değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tuvalet eğitimi tamamlamış, tekrarlayan idrar yolu enfeksiyonu etiyolojisine yönelik non-invaziv bir tanı yöntemi olan üroflovetri yapılmış hastalar çalışmaya alındı. Üroflovetri verilerinden işeme hızı, işenen idrar miktarı ve rezidü idrar miktarı kayıt edildi. İşeme hızına göre olgular yaşına göre düşük işeme hızı olanlar ve normal işeme hızı olanlar olarak gruplandırıldı. Olguların yaşlarına göre mesane kapasitesi hesaplanarak beklenen mesane kapasitesi elde edildi. İşenen idrar miktarı, beklenen mesane kapasitesine göre az, normal ve fazla olarak gruplandı. Rezidü idrar ise var ve yok olarak sınıflandırıldı.

Bulgular : Gruplar kendi içlerinde yaş, cinsiyet, işeme disfonksiyonu öyküsü varlığı açısından karşılaştırıldı ve benzer bulundu. İşeme hızı ile işenen idrar miktarı ve rezidü arasında anlamlı ilişki bulunmadı. İşenen idrar miktarı az olan olgularda rezidü idrar varlığı ile anlamlı ilişki bulundu ($p < 0.005$).

Sonuç : İşenen idrar miktarı az olan olgularda rezidü idrar varlığı ile anlamlı ilişki bulunmuş olması, aşırı aktif mesaneli olgularda tanıda gecikme nedeni ile sekonder olarak disfonksiyonel işeme gelişmiş olduğunu göstermektedir.

Anahtar kelimeler: İşeme Hızı, İşenen İdrar Miktarı, Rezidü İdrar

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-087

İdrar Kaçırma Şikayeti Olan Çocuklarda Rezidü İdrar Miktarının Tayininde Kullanılan Ultrasonografi ve Bladder-Scan Ultrason Yöntemlerinin Karşılaştırılması

Yunus Yaşar

S.B.U Dr Behçet Uz Çocuk Hastalıkları ve Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi Radyoloji

Amaç: İdrar kaçırma çocuk yaş grubunda ciddi bir sorun olup, üroloji poliklinik başvurularının %40'ını oluşturmaktadır. Tanısal tetkikler arasında en önemlisi rezidü bakılmasıdır. Çalışmamızda idrar kaçırma şikayeti ile başvuran çocuklarda işeme sonrası rezidü idrar miktarının tayininde kullanılan ultrasonografi ve bladder-scan ultrason yöntemlerinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.

Yöntem: Rezidü değerlendirmesi için radyolojiden ultrasonografi istenir veya klinikte varsa bladder-scan ultrason (kablolu el ultrasonu) ile işeme sonrası rezidü bakılır. Çalışmada hastalara aynı gün içerisinde 1 kez ultrasonografi ile 1 kez de bladder-scan ultrason ile rezidü bakıldı. Ölçümler, hastalara idrara sıkışmaları için iki ölçüm öncesinde de aynı miktarda sıvı içirilerek ve tek radyoloji uzmanı tarafından yapıldı. İki yöntemle tespit edilen volümler arasında fark yoksa veya fark beklenen mesane kapasitesinin %10'undan az ise ölçümler uyumlu olarak, fark beklenen mesane kapasitesinin %10'undan fazla ise uyumsuz olarak nitelendirildi.

Bulgular : Çalışmaya toplam 76 olgu alındı. Hastalar 5-10 yaş arası olanlar 1.grup (n= 27), 10 yaş ve üstü olanlar 2. grup (n=49) olarak ikiye ayrıldı. 1.grupta %55.5 hastada (15/27) ölçümler uyumlu iken, 2. grupta %95.9 hastada (47/49) ölçümler uyumlu saptandı. 2. grupta uyum oranının yüksek olup, 1. grupta ise belirgin farklı ve düşük olması yaş grubu arasındaki tetkike uyum davranışına bağlandı. Ancak 1.grupta az hasta olmasının da sonucu etkileyebileceği, hasta sayısının daha fazla tutulacağı ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu gösterdi.

Sonuç : Bladder-Scan Ultrason kablolu, el ultrasonu şeklinde mobil bir alet olup, uygulanması ultrasonografiye göre çok daha kolay ve hızlıdır. Çalışmamızda 2. grupta uyumun %95'in üstünde olması bu pratik yöntemin özellikle 10 yaş ve üstü çocuklarda tercih edilebilirliğini ortaya koymaktadır.

Anahtar kelimeler: İdrar Kaçırma, Rezidü İdrar, Ultrasonografi, Bladder-Scan Ultrason

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

S-088

Protective Effects of Dichloroacetic acid on Endometrial Injury and Ovarian Reserve in an Experimental Rat Model of Diabetes Mellitus

Halil Gursoy Pala*, Emel Ebru Pala**, Burcu Artunc Ulkumen***, Oytun Erbas****

* University of Health Sciences, Tepecik Training and Research Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Division of Perinatology, İzmir, Turkey

** University of Health Sciences, Tepecik Training and Research Hospital, Department of Pathology, İzmir, Turkey

*** Manisa Celal Bayar University, Hafsa Sultan Hospital, Department of Obstetrics and Gynecology, Manisa, Turkey

**** Demiroglu Bilim University, Department of Physiology, Istanbul, Turkey

Aim: To study (1) ovarian and endometrial damage caused by the hyperglycemia and (2) the effects of dichloroacetic acid (DCA) on follicular reserve and endometrial damage in streptozocin induced diabetic rats.

Methods: This study consisted 24 rats randomly separated into three groups. A diabetes model was achieved in 16 rats experimentally, and normoglycemic eight rats were assigned as control group (Group-1). The rats with diabetes were randomly separated to two groups: 1 ml/kg/day intraperitoneal 0,9% NaCl was given to eight rats as diabetic vehicle (Group-2) and 10 mg/kg/day DCA was given to other eight rats as DCA treated group (Group-3). Hysterectomy with bilateral oophorectomy was performed for histopathological evaluation and blood samples were collected after four weeks. **Results:** Diabetes caused ovarian and endometrial damage ($p<0.0001$). Pentraxin-3 (PTX-3), lactic acid and Transforming Growth Factor- β (TGF- β) were higher (respectively, $p<0.05$, $p<0.05$, $p<0.0001$), whereas Anti-Mullerian Hormone (AMH) was lower in diabetic rats ($p<0.05$). These findings reflected the diabetic damage in the genital tract and diminished ovarian reserve occurred via fibrosis, severe inflammation and oxidative stress. DCA improved the histopathological fibrosis and degeneration in the ovaries and endometrium ($p<0.05$). There was a concomitant decrease of TGF- β and lactic acid levels with DCA treatment ($p<0.05$). DCA also improved ovarian reserve with higher AMH levels ($p<0.05$).

Conclusions: The several unfavoured changes in the endometrium and ovaries due to diabetes have been determined in this present study. DCA might provide the continuity of the endometrial cycle, physiological endometrial structure, ovarian follicular growth, oocyte maturation, physiological ovarian function by decreasing the lactate levels via inhibiting pyruvate dehydrogenase kinase enzyme.

Key words: Diabetes Mellitus, Ovarian Function/Menstrual Disorders, Reproductive Endocrinology and Infertility

II. ULUSLARARASI
ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

POSTER SUNUMLAR

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-1

Yürüme Güçlüğü ile Getirilen Çocuk Olguda Spinal Tümör

Adem Karabulak¹, Zehra Esra Önal¹, Ayşe Özlem Balık², Çağatay Nuhoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Kliniği, İstanbul

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Radyoloji Kliniği, İstanbul

Giriş - Amaç: Bu olguda spinal lezyonların ayırıcı tanıda akılda tutulması gerektiği amaçlanmıştır.

Yöntem - Gereçler: Primer Malign santral sinir sistemi tümörleri hematolojik malignitelerden sonra en sık görülen çocukluk çağı tümörleridir. Bu tümörler lokal invazyon, komşu yapılara bası ve kitle etkisi ile intrakraniyal basıncı artırabildikleri gibi BOS akımında obstrüksiyona yol açarak hidrosefaliye sebep olabilirler.

Bulgular: On iki yıl 10 aylık bilinen kronik hastalık öyküsü olmayan kız hasta, üç aydır yürüme güçlüğü, son bir buçuk aydır sağ gözde mediale kayma, eğilirken zorlanma, postür bozukluğu ve bilateral uyluk ve dizde ağrı şikayetleri ile kliniğimize getirildi. Sistemik muayenesinde Glasgow koma skoru 15, bilinç açık, oryante koopere, bilateral alt ekstremitte kas kuvveti 5/5, duyu muayenesi normal, sağ gözde pasif halde mediale kayma, sol gözde hareketle dışa bakış kısıtlılığı mevcuttu. Göz dibi ve görme alanı muayenesinde bilateral sağda grade 4, solda grade 3 optik disk kabarıklığı ve siliklik görüldü. Sağda görme alanında total depresyon soldan nazal step izlendi. Kontrastsız beyin bilgisayarlı tomografisinde ventriküler sistemde yaygın dilatasyon görünümü izlendi. Hasta beyinde kitle, psödötümör serebri, akut romatizmal ateş ve kore ayırıcı tanıları düşünülerek interne edildi. Kan tetkiklerinde lökosit 6850 /mL, ANA negatif, anti-dsDNA

Sonuç: Santral sinir sistemi ilişkin semptomların varlığında özellikle alt ekstremitte veya üst ekstremitte güçsüzlük, yürüme bozukluğu, sırt ve bel ağrısı, semptomların varlığında kranial MR görüntülemelerle yetinilmemesi, spinal MR görüntülemeyle ayırıcı tanıda önemli yeri olan spinal lezyonların gözden kaçırılmamasını sağlayacaktır.

Anahtar Kelime: Malignite, Spinal, Yürüme güçlüğü

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-2

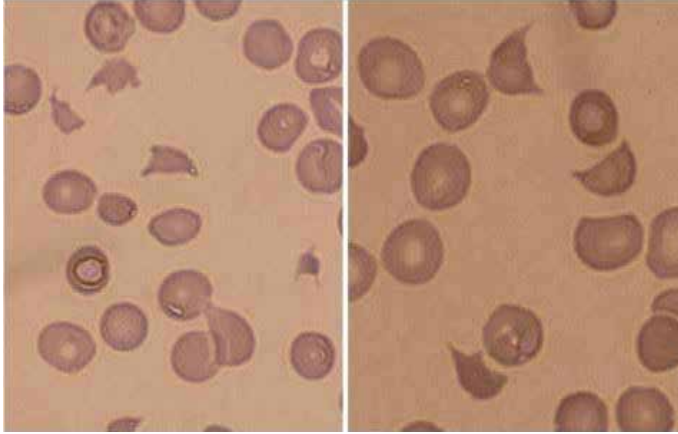
Hemolitik Üremik Sendrom Olgu Sunumu

Dr.Beril Buse Abacı, Uzm.Dr.Özge Gücüyeter, Uzm.Dr.Sıla Yılmaz, Prof.Dr.Şirin Güven
Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank E.A.H

Giriş - Amaç: Bebek ve çocuklarda akut böbrek yetmezliğinin en sık nedenlerinden biri olan hemolitik üremik sendrom; mikroanjiopatik hemolitik anemi, trombositopeni ve akut nefropati ile tanımlanan bir klinik tablodur. Trombotik mikroanjiopati sonucu böbrek başta olmak üzere çok sayıda doku ve organ etkilenir. Sıklıkla enterohemorajik E.coli'nin neden olduğu gastroenterit ya da üst solunum yolu enfeksiyonunu izler.Vakamız son zamanlarda artan hüs vakalarına dikkat çekmek amacıyla sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız olgu sunumudur.

Bulgular



Özgeçmişinde özellik olmayan; 3 gündür ishali devam eden 30 aylık kız hasta ishalinde mukus ve kan görülmesi şikayetiyle genel durumu düşkün ve orta dehidrate olarak başvurdu.Fizik muayenesinde barsak sesleri artmış,solunum ve kardiyak sistem muayenesi doğal, vital bulguları stabildi.Gaitada transferrin ve hb sonucu pozitif. Hastaya idame iv sıvı tedavisi, probiyotik desteği, iv metronidazol ve iv seftriakson tedavisi başlandı. Aldığı çıkardığı takibi, tansiyon ve vital bulgu takibine başlandı.Yatışının 7.gününde kontrol tetkiklerinde laboratuvarında hb :8.2 plt:65000 TİT te protein: + nitrin: - eritrosit: +++, lökosit: + . Kompleman c3-c4 ve diğer tetkikleri normal izlendi. Atipik HÜS açısından gönderilen ADAMTS 13 aktivitesi normaldi. Periferik yaymasında fragmante eritrositler izlendi. İntravasküler hemoliz ile uyumlu görüldü.Ön tanıda HÜS düşünüldü. Tansiyonun 95 persentilin üzerinde seyretmesi üzerine hastaya antihipertansif olarak amlodipin başlandı Anemisi derinleşerek transfuzyon ihtiyacı olan, elektrolit imbalansı gelişen hasta; olası diyaliz ihtiyacı ve idrar çıkışının yakın izlemi için çocuk yoğun bakıma transfer edildi. Kontrol kan tetkiklerinde hb:9.4 plt:223000 olan genel durumu iyi, vitalleri stabil hasta çocuk nefroloji takibine yönlendirilerek taburcu edildi.

Sonuç: Yeni geçirilmiş gastroenterit veya üst solunum yolu enfeksiyonu öyküsü olan hastalarda azotemi, ateş ve hematolojik anormallikler varsa HÜS akla gelmelidir. HÜS olgularında sıvı, elektrolit, asit-baz dengesinin yakın izlem ve tedavisi, hipertansiyonun kontrolü,beslenme desteğinin sağlanması ve erken dönemde diyalize başlanması gibi temel destek tedavileri uygulanır.

Anahtar Kelime: hemolitik üremik sendrom

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-3

İnfant Dönemde Eoznofilik Kolit Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu

Büşra Demirci, Tuğçe Özbilgiç Demiröz, Halil İbrahim Yakut, Selim Dereci, Emine Dibek Mısırlıoğlu
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları, Genel Pediatri, Ankara
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Alerji Ve İmmunoloji Ana Bilim Dalı, Ankara
Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Gastroenteroloji Anabilim Dalı, Ankara

Giriş: Eozinofilik gastrointestinal sistem hastalıkları kusma, karın ağrısı, ishal ve gastrointestinal kanama ile prezente olurlar. Bu hastalıklar immun aracılı kronik inflamatuvar hastalıklar grubundadır ve besin alerjileri ile yakından ilişkilidir.

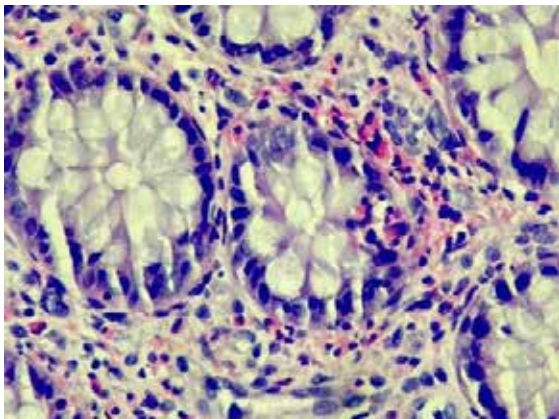
Olgu: Miadında 3300 gr olarak doğan kız hasta 45 günlükken başlayan kanlı ve sulu dışkılama şikayeti nedeniyle 4,5 aylıkken kliniğimize başvurdu. Sadece anne sütü ile beslenen hasta ilk bulgularının başladığı zaman başvurduğu sağlık merkezinde gıda alerjisi ön tanısı nedeniyle annenin diyetinden inek sütü, yumurta, kuruyemiş eliminasyonu yaptığı öğrenildi. Ancak dışkı kıvamında ve sıklığında değişiklik olmadığı öğrenildi.

Bulgular: Kliniğimize başvurusunda yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil, sistem muayeneleri normaldi. Vücut ağırlığı 6080 gr (25-50P), boyu 68 cm (75-90 p) olarak ölçüldü.

Laboratuar tetkiklerinde hemoglobin 7,4 g/dL, beyaz küre sayısı 12.750 /mm³, eozinofil sayısı 2610 /mm³ olarak saptanan hastanın kan periferik yayması %20 eozinofili dışında normal olarak değerlendirildi. Gıda alerjisi açısından yumurta akı, süt, buğday, yer fıstığı ve soya fasülyesi için gönderilen spesifik IgE değerleri normal aralıkta sonuçlandı. Yapılan deri prick testinde alerjen ajan saptanmadı. Gaita tetkiklerinden gizli kan testi pozitif sonuçlanan hastanın gaita direk bakısı, parazit incelemesi ve gaita kültürü patoloji saptanmadı.

Kolonoskopide tüm kolon boyunca yamasal tarzda kanamalı, erode mukozal lezyonlar izlendi. Transvers kolonda birkaç adet ortası soluk, etrafı hiperemik, sirküler, milimetrik "target" benzeri lezyonlar görüldü. Kolon mukozası frajil olarak değerlendirildi. İnen kolonda nodülerite izlendi. Alınan biyopsi örneklerinin patolojik incelemesinde inen kolon ve rektum mukozasına ait kesitlerde lamina propriada yer yer epiteli atake eden belirgin eozinofil artışı izlendi. İnen kolon mukozasında bir büyük büyütme alanında 40-45, rektum mukozasında 30-35 eozinofil varlığı ve fokal hemoraji odakları izlendi. Patoloji görüntüleri Resim-1'de gösterilmiştir.

Hastanın sonuçları değerlendirilerek anne sütü kesildi ve amino asit bazlı hipo allerjenik mama ile beslemeye başlandı. Diyet değişikliği sonrasında kanlı dışkılama tekrarlamadı. Dışkı sıklığının, kıvamının normale döndüğü takiplerde gözlemlendi.



II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Tartışma: Son yıllarda yapılan araştırmalarda, annelerinin diyetinden alerjen proteinlerin çıkarılmasıyla düzelmeyen, yalnızca anne sütü ile beslenme varlığında eozinofilik kolit geliştiren bir infant alt grubu tanımlanmıştır. Bizim vakamızda da anneye besin eliminasyonu uygulanmasına rağmen semptomlarda düzelme görölmediği için anne sütü kesilip aminoasit bazlı mama başlanarak şikayetlerinin gerilemesi sağlanmıştır. Eozinofili ve kanlı gayta şikayeti ile başvuran infantlarda besin alerjisi ve eozinofilik kolit ilk akla gelmesi gereken tanılar olmalıdır.

Anahtar Kelime: Eozinofili, Proktokolit

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-4

YENİDOĞANDA SANTRAL SİYANOZUN NADİR NEDENİ; PRİLOKAIN SONRASI GELİŞEN METHEMOGLOBİNEMİ

Dilek KACAR¹, Sevilay TOPÇUOĞLU¹, Güner KARATEKİN¹

¹-Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Neonatoloji Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş - Amaç: Hemoglobindeki iki değerli demirin okside olup, üç değerli duruma geçmesiyle oluşan methemoglobinemi dokulara yeterli oksijen taşınmaması sonucunda siyanoz ile ortaya çıkan ciddi ve ölümcül sonuçları olabilen hematolojik bir hastalıktır. Bu makalede yenidoğan

döneminde prilokain kullanımı sonrasında methemoglobinemi tanısı alan bir olgu sunularak ölümcül ve ciddi sonuçları olabilecek methemoglobinemi konusunu tartışmak istedik.

Yöntem - Gereçler: Olgu bulgular kısmında sunulmuştur.

Bulgular: Yirmi dokuz yaşındaki annenin birinci gebeliğinden 38 gestasyon haftasında dış merkezde 2845 g ağırlığında doğan hastaya postnatal 9. gününde prilokain ile lokal anestezi yapılarak sünet operasyonu gerçekleştirilmiş. Operasyon sonrası 2. saatinde siyanoz nedeni ile tarafımıza başvuran hastanın fizik muayenesinde genel durumu orta, vücut ağırlığı 3000 g (10-50 p), boy 51 cm (50 p), baş çevresi 36 cm (50-90 p), vücut ısısı 36,8 C, kan basıncı 75 /45 mm Hg, kalp hızı 160/dk, solunum sayısı 58/dk olarak saptandı. Tüm vücudunda mukozaları içeren siyanotik renk değişikliği mevcuttu. Oskültasyonda üfürüm yoktu ve bilateral femoral nabızları palpe edilebildi. Akciğer sesleri doğaldı. Oksijen desteği %100'e kadar arttırılmasına rağmen, siyanozu devam eden hastanın venöz kan gazında pH:7,44, PCO₂: 36,7 mmHg, PO₂:36,2 mmHg, oksijen saturasyonu %97 bulundu. Akciğer grafisinde özellik saptanmadı. Hastanın siyanozu olmasına rağmen, kan gazının ve oksijen saturasyonunun normal olması, oksijen verilmesine rağmen siyanozun devam etmesi; ancak saturasyon düşüklüğünün gözlenmemesi dikkat çekti. Altta kardiyak ve solunumsal bir patoloji saptanmayan hastanın öyküsünde lokal anestetik (prilokain) kullanımı olması nedeniyle edinsel methemoglobinemi düşünüldü ve methemoglobin düzeyi istendi. Methemoglobin düzeyi %23,8 olarak saptanması üzerine metilen mavisi 1 mg/kg/g dozunda IV 5 dakikada uygulandı. Dakikalar içerisinde siyanozu hızla gerileyen hastanın kontrol methemoglobin düzeyi %2,4 olarak saptandı.

Sonuç: Prilokain, edinsel methemoglobinemiye neden olan ilaçlardan biridir. Yaşamın ilk üç ayında methemoglobin redüktaz aktivitesi düşük olduğu ve fetal hemoglobin daha kolay oksitlendiği için tedavi dozunda dahi methemoglobinemi gelişebilmektedir. Kandaki methemoglobin düzeyi %10'u geçtiğinde siyanoz görülür. Semptomatik ya da methemoglobin düzeyi %20 üzerinde olan olgularda tedavide metilen mavisi alternatif olarak da askorbik asit kullanılabilir. Sonuç olarak yenidoğanda santral siyanoz varlığında ayırıcı tanıda methemoglobinemi de düşünülmelidir. Özellikle ilaçlardan prilokain kullanımı sorgulanmalıdır. Methemoglobinemi kolay tanı konulabilen, metilen mavisi ya da askorbik asit ile tedaviye dramatik yanıt alınabilen ölümcül ve ciddi sonuçları olabilecek bir hastalıktır.

Anahtar Kelime: yenidoğan, methemoglobinemi, siyanoz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-5

NADİR GÖRÜLEN BİR HASTALIK: COFFİN SIRİS SENDROMU

Dürdane Merve Yılmaz¹, Çağla Çiftci¹, Sevgi Başer², Mustafa Behçet Şimşek³, Çağatay Nuhoğlu^{1,4}

¹ Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Kliniği

² Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Tıbbi Genetik Bölümü

³ Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Çocuk Nefrolojisi Bölümü

⁴ Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune SUAM, Çocuk Kliniği

Giriş - Amaç: Coffin-Siris sendromu (CSS) klasik olarak, beşinci parmağın yokluğu veya gelişmemesi, değişen derecelerde gelişimsel veya bilişsel gecikme, buna ek olarak belirgin yüz özellikleri ile tanımlanmaktadır. Ayrıca, hipotoni, hipertrikoz ve seyrek kafa derisi kılları ile karakterizedir. CSS, otozomal dominant bir şekilde aktarılır. Vakaların büyük bir bölümü, denovo olarak CSS'ye neden olan patojenik varyanta sahiptir. Sendromda en sık görülen *ARID1B* mutasyonu, diğer genlerdeki mutasyona kıyasla bireylerde daha fazla görülmektedir. Bu vaka bildirisinde, hipotoni ve beslenme sonrası solunum güçlüğü yaşayan yenidoğanlarda CSS sendromunun ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulması ve hastalığın rehabilitasyonunun önemi vurgulanmaktadır.

Yöntem - Gereçler: Kliniğe başvuran hastaya periferik kandan kromozom analizi çalışması yapıldı. Klinik ekzom sekanslama çalışması ve FISH analizi yapıldı.

Bulgular: Postnatal 14. gününde erkek bebek hiponatremi ve ürosepsis sebebiyle yenidoğan yoğun bakım ünitesine sevk edildi. Fizik muayenesinde inspeksiyonla kaba yüz görünümü, belirgin kirpikler, düz burun köprüsü, geniş burun ucu, omuz başlarında kıllanma artışı, çan şeklinde göğüs kafesi ve pektus ekskavatum dikkat çekti. Takiplerinde beslenme sonrası takipne ve solunum güçlüğü yaşayan hastanın indirekt laringoskopisinde tübüler epiglot saptandı. Yapılan üriner sistem ultrasonografisinde sağ böbrek izlenmedi. Sol böbrek grade 3 pelvikektazi, posterior üretral valvi mevcuttu. Sol testis ingüinal kanalda, inmemiş olarak gözlemlendi. Nörolojik muayenede hipotonisi, intrauterin büyüme geriliği olan bebek genetik birimiyle konsülte edildi.

Sonuç: Hedeflenen gen paneli diziliminde *ARID1B* geni NM_001346813.1: c.3809+1G>C (rs1057518691) kırılma bölgesi varyantı heterozigot olarak saptandı. Hastada tespit edilen varyant ile ilişkili sendrom, bireyin fenotipinde görülen "hipotoni, büyüme geriliği, kriporşidizm, renal agenezi" gibi bulgularla uyum gösterdi. Bu vaka takdimi, CSS için en erken tanı konulan vakalardan biri olarak ön plana çıkmaktadır. Varyantın otozomal dominant olma ihtimali açısından ebeveynlere Sanger yöntemiyle segregasyon çalışması önerilmektedir. Ayrıca sendromun erken tanısı, rehabilitasyon açısından büyük önem taşımaktadır. Yenidoğan döneminde fenotipik anomaliler ve hipotoni varlığında CSS, ayırıcı tanıda göz önünde bulundurulmalıdır.

Anahtar Kelime: ARID1B, hipotoni, beslenme güçlüğü, yenidoğan, CSS

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-6

İdarubisin tedavisi altında kardiyotoksisite gelişen iki olgu

Esra Okucu, Ebru Şahin, Yaşar Yusuf Can, Fatih Varol, Tunç Tunçer, Halit Çam

Sancaktepe Şehit Prof Dr İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Antrasiklin grubu kemoterapotikler hematolojik ve solid kanser tedavilerinde kullanılmakla birlikte, ciddi kardiyotoksik etkileri olduğu bilinmektedir. QT intervalinde uzama, ritm bozukluğundan kalp yetmezliğine kadar değişen düzeylerde yan etki profili mevcuttur.

Yöntem - Gereçler: Yazımızda ünitemizde sepsis tanısıyla takip edilen ve idarubisin kullanım öyküsü sonrası kardiyotoksisite bulguları gelişen iki hastanın klinik laboratuvar ve ekg bulguları sunulmuştur.

Bulgular: 11 ay 27 günlük kız hasta, AML nedeniyle hematoloji servisinde idarubisin tedavisi almaktaydı. takibinde febril nötropeni ve sepsis gelişmesi nedeniyle yoğun bakım ünitemize kabul edildi. Yoğun bakım izleminde ekg sinde svt izlenerek tedavisi düzenlendi.

13 yaş 12 günlük erkek hasta AML nedeniyle hematoloji servisinde takip edilmekteyken gelişen sepsis nedeniyle tarafımıza yönlendirildi. Takibinde ekg qt uzaması izlendi. Uzun QT yapabilecek diğer nedenler dışlandıktan sonra idarubisin toksisitesi düşünülerek tedavisi düzenlendi.

Sonuç: Antrasiklin grubu kemoteropatik ajanlar çocukluk çağı hematolojik malignitelerinde sıklıkla kullanılmaktadır. Bu yazıda idarubisine bağlı kardiyotoksisite gelişimine dikkat çekmek amacıyla yoğun bakım ünitemizde takip edilen iki olgu sunulmuştur.

Anahtar Kelime: idarubisin, kardiyotoksisite

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-7

Streptococcus dysgalactiae'ya bağlı gelişen batın içi abse ve septik şok

Gülnihan Üstündağ¹, Eda Karadağ Öncel¹, Emine Burcu Çiğşar Kuzu², Ahu Kara Aksay¹, Minel Karaca³, Emine Pınar Küllüoğlu⁴, Ayşe Berna Anıl⁴, Dilek Yılmaz Çiftdoğan⁵

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Enfeksiyon Kliniği

²Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Cerrahisi Kliniği

³Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

⁴Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İzmir, Tepecik Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Yoğun Bakım Kliniği

⁵İzmir Katip Çelebi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Enfeksiyon Bilim Dalı

Giriş - Amaç: Grup C ve G streptokok izolatlarının birçoğu *Streptococcus dysgalactiae* subsp. *equisimilis*. başlığında toplanır. Daha çok solunum yolu enfeksiyonları ile ilişkili olan bu etkenler; abse, ampiyem, bakteriyemi, yumuşak doku enfeksiyonları, piyojenik artrite neden olabilir. Literatürde *Streptococcus dysgalactiae*'ya bağlı streptokokal toksik şok sendromu (STŞS) kliniği ile prezente olan erişkinler bildirilmiştir. Pediatrik yaşta da ağır klinikle seyredebileceğini dikkat çeken olgu sunumları mevcuttur. Burada akut batın kliniği ile gelen ve kan kültüründe *Streptococcus dysgalactiae* üreyen, batın içi abse ve septik şok tanısı alan bir çocuk sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Yedi yaşında erkek hasta, karın ağrısı, beslenme sonrası kusma şikayeti ile çocuk acil servisine başvurdu. Fizik muayenesinde batında yaygın hassasiyet ve defansın olması nedeniyle akut batın tanısı ile çocuk cerrahisi tarafından opere edilen, ampirik antibiyotik tedavisi başlanan, batında yaygın pü ve abse formasyonları görülen, sol inen kolonda kitle saptanan olgu postoperatif hipotansiyonunun olması nedeniyle entübe edilerek çocuk yoğun bakım izlemine alındı.

Bulgular: Hastanın yoğun bakım başvurusunda periferik nabızları zayıf ve bilateral alt ekstremitte ve inguinal bölgede kutis marmoratus görünümü mevcuttu. Beyaz küre sayısı 9800/mm³, trombosit sayısı 360000 x10³/uL, C-reaktif protein 297 mg/L, prokalsitonin 2,96 µg/L saptandı. Ampirik olarak başlanan tedavi ertapenem, amikasin, vankomisin ve metronidazol olarak düzenlendi. Kan kültüründe *Streptococcus dysgalactiae* üremesi saptanan olguya IVIG 1 g/kg verilerek, klindamisin başlandı. Olgunun izlemde dolaşımı düzeldi, inotrop ihtiyacı geriledi ve olgu ekstübe oldu. Kitle saptanması nedeniyle rezeke edilen sol hemikolon materyalinin patolojisinde bezoar saptandı.

Sonuç: Ciddi enfeksiyonlara neden olabilen *S. dysgalactiae* enfeksiyonları çocuklarda erişkinlere göre daha az sıklıktadır, ciddi enfeksiyonlarda uygun tedaviye rağmen mortalite görülebilmektedir. En ağır klinik tablolarından olan STŞS'de IVIG kullanımının etkili olduğu bildirilmektedir, özellikle klindamisin ile penisilin kombinasyonunun, invaziv grup A streptokok enfeksiyonlarında, post-antibiyotik etkisi, bakteriyel toksin sentezinin, lipopolisakkarit ilişkili sitokin üretiminin baskılanması gibi yararları nedeniyle önerilmektedir. Hastamızda da uygun antibiyotik kombinasyonu ve IVIG tedavileri ile klinik yanıt alınmış ve başarılı şekilde tedavi edilmiştir. Bezoar nedeniyle, kolonik mikroperforasyonlarla gelişen peritonit ve septik şok ile prezente olan olgumuz literatürde benzer vaka olmaması ve şifa ile taburcu edilmesi nedeniyle dikkat çekicidir.

Anahtar Kelime: akut batın , bezoar , septik şok , Streptococcus dysgalactiae

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-8

Aort Koarktasyonunun Eşlik Ettiği Bir Konjenital Tufting Enteropati Olgusu

Hakan Çakır¹, Nevzat Aykut Bayrak², Sümeyra Oğuz³, Kutlay Gür⁴, Sevilay Topcuoğlu¹, Güner Karatekin¹

¹ SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Neonatoloji Kliniği, İstanbul

² SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Çocuk Gastroenteroloji, Hepatoloji ve Beslenme, İstanbul

³ SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Tıbbi Genetik, İstanbul

⁴ SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, İstanbul

Giriş - Amaç: Konjenital tufting enteropati (CTE) ciddi emilim bozukluğu nedeniyle önemli morbidite ve mortaliteye yol açan, intestinal mukoza gelişiminin nadir görülen bir konjenital anomalisidir. Yaşamın erken dönemlerinde ortaya çıkan sekreteruar tipte inatçı ishal görülür. CTE'nin etyolojisinde, insan epitel hücre yapışma molekülünü (EpCAM) kodlayan gende mutasyonlar tanımlanmıştır. Anal ve koanal atrezi, iskelet displazisi, oftalmolojik bulguların eşlik edebildiği sendromik formu görülebilmektedir. Burada genetik olarak tanı almış yenidoğan döneminde ortaya çıkan şiddetli konjenital ishal olgusu sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Olgu bulgularında sunulmuştur.

Bulgular: Yirmi yedi yaşındaki annenin ilk gebeliğinden 37 haftalık, 2400 gr ağırlığında doğan erkek hastanın soygeçmişinde özellik yoktu. Anne ve baba kuzen çocuklarıydı. Fetal distress nedeniyle acil sezaryen ile doğurtulan hasta postnatal 48. saatinde anne sütüyle tam enteral beslenerek taburcu edilmişti. Postnatal 96. saatinde yapılan kontrol muayenesinde % 10,6 tartı kaybı ile birlikte serum Na: 146mmol/L , BUN: 19 mg/dL, Kreatinin: 1,09 mg/dL saptanan hasta dehidratasyon tanısıyla yatırıldı. Postnatal 10. günde anne sütü ile tam enteral beslenirken hastanın ishali başladı. Tekrarlanan tetkiklerinde dışkıda virüs, bakteri ve parazit görülmedi; antijen veya toksinlerine rastlanmadı. Dışkı kültüründe anlamlı üreme olmadı. Geniş kapsamlı yapılan kan, idrar ve dışkı tetkikleri ile metabolik hastalık taraması tanıya yardımcı olmadı. Abdomen ve kranial görüntülemeleri normaldi.. Anneye hipoallerjenik diyet uygulandıktan sonra anne sütü, hipoallerjenik formula, karbonhidrattan fakir formula ile beslenme denendi ancak ishal ve metabolik asidoz atakları devam etti. Aminoasit bazlı mama ile ishali azaldı ama istenilen tartı alımı gerçekleşmedi. Ekoardiyografi incelemesinde biküspid aorta, aort koarktasyonu, atrial septal defekt saptanmış olan hasta postnatal 35. günde aort koarktasyonu nedeniyle opere oldu. Üç aylıkken yapılan gastroduodenoskopi ile alınan örneklerin mikroskopik incelemesinde orta derecede villus atrofi ve kript hiperplazisi görüldü. Elektron mikroskopik incelemede mikrovillus inklüzyonlarına benzemeyen granüler bir madde birikimi saptandı. Klinik ekzom sekansı analizi sonucunda CTE ile ilişkilendirilmiş EpCAM geninde anlamlı homozigot mutasyon saptandı (NM_002354.2(EPCAM):c.556-14A>G). Hastanın bulguları belirtilen fenotip açısından değerlendirildiğinde genotip ile uyumlu bulundu.

Sonuç: Konjenital tufting enteropati mortalite ve morbiditesi yüksek, hastaların total parenteral beslenmeye bağımlı kalabildiği ve intestinal transplantasyon adayı oldukları nadir görülen bir hastalıktır. Yenidoğan döneminde ortaya çıkan, enfeksiyöz veya inflammatuar süreçlerle açıklanamayan, şiddetli diyare ataklarında ayırıcı tanıda CTE'de düşünülmelidir. Olgumuz doğumsal kalp anomalisinin eşlik ettiği ilk CTE olgusu olarak sunulmuştur. Bu tür olguların bildirilmesi CTE hastalarının ve eşlik eden anomalilerin tanınmasına katkıda bulunabilir.

Anahtar Kelime: Konjenital ishal, Yenidoğan, Konjenital tufting enteropati

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-9

Soliter Rektal Ülser Olgu Sunumu

Prof. Dr. Şirin Güven, Doç. Dr. Esra Polat, Dr. İkbal Sare Bostancı

Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Çocuklarda nadir görülen soliter rektal ülser, etiyojisi bilinmeyen, ancak pelvik tabanın gevşemesindeki problemler sonucu ortaya çıktığı düşünülen, tipik olarak rektum ön duvarında lokalize olan bir lezyondur. Semptomları; rektal kanama, mukuslu dışkılama, konstipasyon veya pelvik ağrıdır. Sık olarak rektal mukozal prolapsus eşlik eder.

Yöntem - Gereçler: Çalışmamız Sancaktepe Şehit Prof. Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi çocuk gastroenteroloji polikliniği hastasını içeren olgu sunumudur.

Bulgular: Yakınma: Altı aydır olan kanlı ve ağrılı dışkılama, bir ayda dört kilo kaybı nedeniyle 14 yaşındaki erkek hasta çocuk gastroenteroloji polikliniğine refere edildi.

Öz geçmiş ve soy geçmişinde özellik olmayan hastanın rektal muayenesi normaldi. Hastada clostridium difficile pozitif saptandı.

Alt gastrointestinal sistem endoskopik değerlendirmesi rektumda girimden sonra yaklaşık 5 cm'de bir adet dev, geniş tabanlı, tabanında eksuda olan ülser izlendi. (Resim 1) Kolonoskopik biyopsilerin histopatolojik değerlendirilmesi soliter rektal ülser ile uyumlu idi. Hastaya mesalazin tedavisi başlandı. Semptomları kısa sürede gerileyen hasta kontrol endoskopisi planlandı.

Resim 1: Soliter Rektal Ülser

Sonuç: Çocukluk döneminde nadir olmakla birlikte rektal kanama ile gelen hastalarda soliter rektal ülser akılda kalmalıdır.

Anahtar Kelime: soliter rektal ülser, rektal kanama

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-12

Evaluation of the effects of different progesterone treatment methods on fetal aneuploidy screening tests

Mujde Can Ibanoglu¹, Caner Kose¹, Tugce Kacan¹, Kadriye Erdogan¹, Salim Erkaya¹, Yaprak Engin-Ustun¹

¹ Department of Obstetrics and Gynecology, Ankara Etlik Zubeyde Hanım Women's Health Training, and Research Hospital, Ankara, Turkey.

Giriş - Amaç: In this study, the effect of progesterone use on biomarkers due to abortion complaints in aneuploidy screenings was investigated.

Yöntem - Gereçler: From the records of Etlik Zübeyde Hanım's Health Training and Research Hospital, singleton pregnant women who were followed up at this hospital and admitted for screening tests between March 1, 2019, and March 1, 2020, were eligible for the study if they were diagnosed with imminent abortus upon painful or painless bleeding before 20 weeks without a cervical opening. This study was conducted according to the Helsinki Declaration on human subject research and approved by the institutional review board of Etlik Zübeyde Hanım's Health Training and Research Hospital in 28.08.2020 with the number 21.

The study included pregnant women who underwent double screening test between 11 + 0 and 13 + 6 weeks of gestation provided that crown-rump length (CRL) was 45 to 84 mm and triple screening test between 16 + 0 and 19 + 6 weeks of gestation. Patients with marked bleeding on ultrasound examination upon threatened abortion were excluded from the study. Those who became pregnant with assisted reproduction technique, with multiple pregnancies, fetal anomaly, pre-existing chronic disease (diabetes, hypertension, thyroid dysfunction, uncontrolled endocrine disease, abnormal kidney function, or autoimmune disease), being <18 or >40 years of age, body mass index (BMI) >30 kg/m², and smoking history were also not included to the study. The treatment group consisted of patients who were treated with progesterone between 6 + 0 and 8 + 0 weeks of gestation due to the threat of miscarriage. Progesterone treatment was administered through one of these three regimens: oral micronized progesterone 200 mg thrice daily for 7 days; or vaginal micronized progesterone 200 mg soft capsules once daily for 14 days, or intramuscular hydroxyprogesterone caproate 500 mg once weekly for 2 weeks. The control group did not receive progesterone treatment. Two hundred seventy-six singleton pregnant patients with threatened abortion were enrolled in this retrospective study. The treatment group consisted of patients who received oral, vaginal, or intramuscular progesterone (n=137) while the control group received no progesterone (n=139). The results of double and triple screening tests of patients in the treatment and control groups were compared.

Bulgular: Nuchal translucency measurements and pregnancy-associated plasma protein-A (PAPP-A), (MoM) values were significantly lower in the group that received treatment with progesterone compared to the control group (p=0.009 and p<0.001, respectively). Beta-human chorionic gonadotropin (βhCG), (MoM) and alpha-fetoprotein (MoM) were found to be statistically significantly higher in the group receiving oral progesterone treatment compared to the group receiving other types of progesterone treatment (p=0.032 and p=0.001, respectively). The PAPP-A was found to be significantly lower in the oral treatment group (p=0.001). It was also significantly lower in the hydroxyprogesterone caproate treatment group (p=0.013). In the vaginal progesterone treatment group, βhCG was significantly lower (p=0.036) than that in the oral treatment group.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Table 1. Comparison of the study groups in terms of NT, BhCG, uE3, AFP, PAPP-A

	Study Group (n=137)	Control Group (n=139)	<i>p-value</i>
NT (mm)	1.2±0.3	1.3±0.4	0.009
uE3 (MoM)	1.0±0.3	1.0±0.3	0.689
βhCG (MoM)	1.2±0.7	1.1±0.5	0.650
AFP (MoM)	1.4±0.7	1.2±0.4	0.059
PAPP-A (MoM)	0.9±0.5	1.2±0.7	0.000

Sonuç: The study showed that there is a relationship between different progesterone administration routes and fetal aneuploidy screening markers.

Anahtar Kelime: Nuchal translucency, prenatal screening tests, progesterone therapy, threatened miscarriage

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-14

Yenidoğan Döneminde Nadir Görülen Bir Cilt Enfeksiyonu: Kütanöz Aspergilloz

Sinem Daştan Gürler¹, Zeynep Züleyha Teksadık², Hakan Çakır¹, Emre Dinçer¹, Sevilay Topcuoğlu¹, Güner Karatekin¹

¹ SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Neonatoloji Kliniği, İstanbul

² SBÜ, Zeynep Kamil Kadın ve Çocuk Hastalıkları SUAM, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği, İstanbul

Giriş - Amaç: Çok küçük prematüre bebeklerin immatür immün sistemi, geniş spektrumlu antibiyotik kullanımı ve girişimsel işlemler nedeniyle cilt bütünlüğünün bozulması sonucu oportunistik kütanöz mantar enfeksiyonları görülebilmekte ve uygun tedavi edilmezse sistemik enfeksiyona yol açabilmektedir. Yenidoğan döneminde nadir görülen kütanöz mantar enfeksiyonlarına dikkat çekmek için bu olgu sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Olgu bulgular kısmında sunulmuştur.

Bulgular: On dokuz yaşındaki annenin ilk gebeliğinden tek canlı doğum olarak sezaryen ile 27⁺⁴ haftalık, 690 gram ağırlığında doğan erkek hasta respiratuar distres sendromu ve prematürite nedeniyle yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Erken membran rüptürü nedeniyle ampisilin ve gentamisin tedavisi ve aşırı düşük doğum ağırlığı nedeniyle flukonazol profilaksisi başlandı. Postnatal 2. gününde hiperglisemi gelişen hastanın postnatal 9. günde sol önkol, gövde ve sağ inguinal bölgede olmak üzere 3 adet çapı 1 cm e ulaşan ortası nekrotik etrafı ciltten kabarık ve hiperemik cilt lezyonları görüldü. Septik çalışması negatif olarak saptandı. Nekrotik lezyonlardan sürüntü kültürü alınarak vankomisin meropenem ve lipozomal amfoterisin-B tedavisi başlandı. Sürüntü kültüründe *Aspergillus flavus* üremesi olan ve tekrarlanan akut faz reaktanlarında artış olan hastanın tedavisine vorikonazol eklendi Abdomen, transfontanel ultrasonografi ve ekokardiyografi görüntülemelerinde, oftalmolojik muayenesinde fungus enfeksiyonu lehine bulgu saptanmadı. Tedavi öncesi alınan kan, beyin omurilik sıvısı ve idrar kültürlerinde üreme olmadı. Cilt lezyonlarına debridman uygulanmayan hastanın lezyonlarının postnatal 19. günde epitelize olarak yüzeysel skar dokusu ile tamamen iyileştiği görüldü. Vorikonazol tedavisi 21 güne tamamlanarak kesildi. Hasta postnatal 170. günde taburcu edildi.

Sonuç: Çok küçük prematürelere ülsere ve nekrotik cilt lezyonları görüldüğünde mantar enfeksiyonları akılda tutulmalı, sistemik enfeksiyon açısından dikkatli olup tetkik edilmelidir. Lezyonların debridmanı önerilmekle birlikte erken antifungal tedavi ile cerrahi girişim gerekmeden sistemik enfeksiyonun önüne geçilebilir.

Anahtar Kelime: yenidoğan, kütanöz aspergilloz, prematürite

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-15

Ülseratif Kolit-Pyoderma Gangrenosum

Şadiye Elif Çetin¹, Esra Polat¹, Melis Akpınar Gözetici¹, Şirin Güven¹

¹SBÜ Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank EAH

Giriş - Amaç: İnflamatuvar bağırsak hastalığı (Ülseratif kolit, Crohn hastalığı) (IBH); gastrointestinal sistem dışında, diğer sistemleri de tutabilir. IBH; lokomotor sistem, kardiyovasküler sistem, göz, işitme, sinir sistemi, hepatobiliyer sistemi tutabileceği gibi, dermatolojik tutulum da oldukça sık görülür. Eritema nodosum ve pyoderma gangrenosum (PG) en sık görülen deri bulgularındandır. PG; nadir görülen bir nötröfilik dermatozdur. Burada ağır seyirli pyoderma gangrenosumun eşlik ettiği bir inflamatuvar bağırsak hastalığı vakası sunulmuştur.

Bulgular: Bilinen bir hastalığı olmayan 13 yaşında kız hasta; her iki alt ekstremitte ön yüzünde kırmızır-mor renkli, basmakla solan, yaygın, birleşme eğiliminde olmayan, yaklaşık 2-3 cm çaplı nodüler lezyonlar ve kanlı ishal şikayetiyle acile başvurdu. Laboratuvar değerlendirmesinde akut faz reaktan yüksekliği, anemi ve trombositozu olan hastanın lezyonları ilk planda eritema nodosum olarak değerlendirildi, ancak takipte karakter değiştirerek patlayıp içinden püü şeklinde içeriğin çıktığı, ağrılı lezyonlar şeklini aldı. Alt ve üst gastrointestinal (GİS) sistem endoskopisinde pankolit saptanan hastanın biopsi materyallerinin histopatolojik değerlendirmesi "ülseratif kolit" ile uyumlu bulundu. Cilt lezyonlarından alınan biyopsi örnekleri de pyoderma gangrenosumu destekler nitelikteydi. Hastaya başlanan steroid tedavisini takiben hastanın hem GİS bulguları hem de dermatolojik bulguları (ek olarak lokal AgNo3 ile pansuman yapıldı) hızla geriledi.

Sonuç: IBH hastalarının ilk başvuru semptomu bağırsak dışı bir sisteme ait olabilir. Bu nedenle eritema nodosum ve benzeri cilt lezyonları dikkatle değerlendirilmeli, hastalardan detaylı öykü alınmalı ve lezyonun karakter değiştirerek farklı bir seyir gösterebileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelime: İnflamatuvar bağırsak hastalığı, Ülseratif Kolit, Pyoderma gangrenosum

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-21

Lissensefali Ve Lennox-Gastaut Sendromu: Vaka Sunumu

Tayyar Tayfun, Aycan Ünalp, İpek Burcu Parlak, Merve Yavuz, Hilal Kırkgöz

S.B.Ü. Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Eğt. ve Arş. Hastanesi

Giriş - Amaç: İlk kez 9 aylıkken morarma, bayılma şeklinde nöbeti olan hastanın, C/S ile miadında 2000 gr ağırlığında doğduğu. geç konuştuğu, 2 yaşında yürüdüğü. ailede epilepsi öyküsünün olmadığı öğrenildi. Orta derece mental retarde olan hastanın, nörolojik muayenesinde ataksi mevcuttu.

Yöntem - Gereçler: Tedaviye dirençli tonik, atonik, miyoklonik, absans nöbetleri olan hastada, etiyolojiye yönelik yapılan kraniyal manyetik rezonans görüntüleme, lissensefali görünümü ve EEG'de 1-2 Hertz yavaş diken-dalga kompleksleri , Lennox-Gastaut sendromu ile uyumlu olarak yorumlandı. Rutin kan incelemeleri, metabolik taraması normal olarak izlendi. Erken epilepsi paneli genleri ve microarray normal bulundu. Dirençli epilepsi +lissensefali tanıları nedeniyle bakılan DCX geninde heterozigot mutasyon saptandı. Hastanın nöbetlerini kontrol altına almak için antiepileptik ilaçlarına ek olarak ketojenik diyet başlandı ancak hasta ketojenik diyeti uygulayamadı. Hastanın güncel tedavisi levetirasetam 50mg/kg, etosüksimid 30mg/kg , klonazepam 0.05mg/kg şeklindedir. Şimdiye kadar çeşitli kombinasyonlarda valproat, ACTH, lamotrijin, topiramat, vigabatrin, klobazam, rufinamid ilaçları uygulanan hasta, bu ilaçlardan fayda görmedi. Nöbet kontrolünün sağlanması amacıyla hastaya 2013 yılında vagal sinir stimülatörü yerleştirildi. VNS sonrası nöbetlerde %50 den fazla azalma sağlandı. Tedaviye dirençli tonik, atonik, miyoklonik, atipik absans nöbetleri olan hastaya Lennox-Gastaut sendromu tanısı konuldu. Hastanın nöbetleri mevcut tedavisine rağmen azalmakla beraber, devam etmektedir.

Bulgular: Bu posterde tedaviye dirençli tonik, atonik, miyoklonik, atipik absans nöbetleri olan, beyin görüntülemesinde lissensefali görünümü ve EEG'si Lennox-Gastaut sendromu ile uyumlu olarak yorumlanan 17 yaşındaki hasta sunulmaktadır. Lennox-Gastaut sendromunda tipik nöbet tipleri tonik, atonik, atipik absans nöbetlerdir. En sık tonik ve atipik absans nöbetleri görülmektedir. Lennox-Gastaut sendromu asfiksi, santral sinir sistemi enfeksiyonu, kafa travması, doğumsal enfeksiyon ve beyin malformasyonuna bağlı olarak görülebilmektedir. Hastamızda heterozigot mutasyon saptanan DCX geni, doublecortin proteinini kodlamaktadır. Doublecortin, mikrotübüllerle biraraya gelerek nöronların migrasyonunu düzenler. DCX genindeki 70'ten fazla mutasyonun izole lissensefaliye yol açtığı saptanmıştır. DCX gen mutasyonuna bağlı lissensefali, X'e bağlı tip1 lissensefali olarak da adlandırılır. Erkeklerde tek bir X kromozomu bulunduğu için, hasta geni taşıyan erkeklerde bozukluk daha ağır olurken, kızlarda değişken tutulum görülür ve bulgular daha hafif olabilir.

Sonuç: Lennox-Gastaut sendromunda dirençli nöbetler ve bilişsel yıkım izlenir, prognozu kötüdür. Kullandığımız ilaçlar hastaların çok azında nöbetleri kontrol altına alabilir. Tedavide en az sayıda antiepileptik ilaç kullanarak nöbet sıklığı ve süresini azaltmak amaçlanmalıdır.

Anahtar Kelime: Lennox-Gastaut sendromu; Lissensefali; epilepsi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-22

Sürekli Alt Islaklığı Olan Çocuklarda Akılda Tutulması Gereken Bir Tanı Olarak Ektopik Üreter

Şerife Dilara Yozgatlı¹, Ferah Diyar Karaman¹, Mustafa Behçet Şimşek¹, Çağatay Nuhoğlu¹

¹Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Haydarpaşa Numune Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, Çocuk Kliniği, İstanbul, Türkiye

Giriş - Amaç: Konjenital organ malformasyonları arasında en sık görüleni böbrek ve üreterin anomalileridir. Ektopik üreter, mesane trigonunun posterolateral kesimi dışında bir bölgeye açılması ile karakterizedir (şekil1). Kızlarda erkeklere oranla 6:1 daha sık görülür. Erkeklerde genelde uretranın posterioruna açılırken, kızlarda üretra, vajina veya vestibüle açılabilir. Kızlarda üreter genellikle eksternal sfinkter distaline açıldığından idrar kaçırma daha sık görülür. Hastalar sık geçirilen idrar yolu enfeksiyonu, hidronefroz ve reflü ile presente olabilir. Olgumuzda sürekli alt ıslaklığı ile hastanemize başvuran ve yedi sene gecikmeli olarak ektopik üreter tanısı alan kız hasta ele alınmıştır.

Bulgular: On yaşında kız hasta, kliniğimize sürekli alt ıslaklığı şikâyetiyle getirildi. Hastanın anamnezi derinleştirildiğinde; üç yaşında tuvalet eğitimi verilmeye başlandığı, ancak bir türlü alt kuruluğu sağlanamadığı öğrenildi. Alt ıslaklığı sorgulanıldığında enüresis nokturna veya diurnal enüresisten ziyade, sürekli olan bir alt ıslaklığı ifade edildi. Aile, ayrıca okul çağına gelen kızlarının sürekli alt ıslaklığı yaşamaya devam etmesinin okul başarısı ve sosyal alanda yarattığı kısıtlılıktan yakındı. Kurumumuz dışındaki merkezlerde farklı zamanlarda yapılan başvurularda herhangi bir spesifik tanı almayan hastaya doğumsal bir anomali sebebiyle hiç alt kuruluğu sağlanamayacağı söylenmiş.

Anne ve baba kuzen olup, aile öyküsünde polikistik böbrek hastalığı mevcut. Annesi kronik böbrek hastası, dayısı renal transplantlı, kardeşi ise multikistik displastik böbrek nedeniyle opereymiş.

Hastanemiz çocuk nefrolojisi polikliniğine başvurusunda yapılan ultrasonografide bilateral ektopik böbrek, solda ektopik üreter ve grade 5 pelvikalisyel ektazi, hipoplazik ve inkontinan mesane tespit edildi. Hastanın IVP'sinde (resim1) böbreklerin ektopik yerleşimlidir. DMSA sintigrafisinde mevcut total kortikal böbrek fonksiyonlarına sol böbreğin katkı oranı: %17, sağ böbreğin katkı oranı %83 olarak saptandı. Hastanın Voiding Sistouretrografisinde mesane inkontinans nedeniyle doldurulamamış olup, en fazla 20 mL verilmesinden sonra refleks olarak boşalmakta olduğu görüldü. Üretra proksimalinde, sol üreterin açılma bölgesi bulunduğu, sol üreterin belirgin dilatasyon gösterdiği ve toplayıcı sistem olarak değerlendirilen pelvis içinde lokalize üç dala ayrıldığı izlendi. Sağ üreterde dolum izlenmemiş olup, mesane konturlarının düzgün olduğu görüldü.

Yapılan tüm tetkikler değerlendirilip klinik korelasyon sağlandığında hasta sol ektopik üreter tanısı olarak cerrahi prosedürler için dış merkeze yönlendirildi. Çocuk cerrahisi tarafından mesane augmentasyonu, antireflü cerrahi yapılan hastaya temiz aralıklı kateterizasyon yapılabilmesi için yeni mesane appendix yolu ile cilde ağızlaştırılmış olup, alt kuruluğu TAK ile sağlanarak antireflü cerrahi sayesinde böbrek fonksiyonu korunmuştur.

Sonuç: Sürekli alt ıslaklığı ile başvuran hastada ektopik üreter tanısının 10 yaşına kadar gecikmesi, hayat kalitesinde ve okul başarısında tamir edilemez bir zarara yol açtığı öne sürülebilir. Ayrıca, sık idrar yolu enfeksiyonuna sebep olması, persistan reflü sonucu pelvikalisyel sistemde dilatasyon yaratarak kalıcı böbrek hasarına yol açma olasılığı göz önünde bulundurulduğunda, alt kuruluğuna ulaşamamış bir hastada, ektopik üreter tanısı akılda tutulmalı ve çocuk cerrahisine yönlendirilmekte gecikmemelidir.

Anahtar Kelime: alt ıslaklığı, ektopik üreter, ektopik böbrek

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-23

Hematüri Ayırıcı Tanısında Nutcracker Sendromu: Olgu Sunumu

Necibe Tuğçe Göktaş, Melis Akpınar Gözetici

Sancaktepe Şehit Profesör Dr. İlhan Varank Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Nutcracker sendromu ilk kez 1944 yılında Grand tarafından sol renal venin süperior arter (SMA) ile abdominal aorta arasında sıkışması olarak tanımlanmıştır. En yaygın belirtileri hematüri, proteinüri ve yan ağrıdır. Hematürinin ayırıcı tanısında Nutcracker sendromu akla getirilir ise radyolojik bulgular ile kolaylıkla tanı koyulabilmektedir. Biz burada, sol yan ağrısı ve hematüri ile başvuran 15 yaşındaki bir erkek hastayı sunduk.

Yöntem - Gereçler: Hastanemiz çocuk acil servise sol yan ağrısı ve hematüri şikayetiyle başvuran ve pyelonefrit/renal kolik ön tanısıyla servise yatırılan 15 yaşındaki erkek hasta ileri tetkik ve tedavi amacıyla çocuk kliniğine yatırıldı.

Bulgular: Sol yan ağrısı özellikle ayağa kalkınca artan hastanın tam idrar tetkikinde makroskopik hematüri ile birlikte bol eritrosit görüldü. Lökosit esteraz ve nitrit negatif görülmeyle birlikte piyüri yoktu. Yapılan kan tetkiklerinde böbrek fonksiyonları normal saptanan, akut faz reaktanları negatif olan, ateş ve dizüri gibi enfeksiyon belirtileri olmayan hastanın üriner sistem ultrasonografisinde taş görülmedi. Vital bulgularında tansiyonu 140/80 mmHg saptanan hastanın bilgisayarlı tomografi tetkikinde de üriner sistemde taş görülmeyen, sol renal venin aort ve superior mezenterik arter arasında sıkışmış olduğu görülerek Nutcracker sendromu saptanan ve idrar kültüründe üreme olmayan hasta çocuk cerrahi servisine devredildi.

Sonuç: Nutcracker sendromu şüpheli olgularda radyolojik tetkikleri ile kolaylıkla tanı konabilmektedir. Nutcracker sendromu, sol renal venin aort ile SMA arasında sıkışması sonucu çeşitli semptomlara neden olabilmekte, sıklıkla hematüri, proteinüri ve buna bağlı sol yan ağrısına neden olmaktadır. Venöz tıkanıklık nedeniyle sol böbreğin venöz hipertansiyonuna neden olabilir. Daha nadiren dispareni, dizüri, dismenore, skrotal varis oluşumu, gluteal ve altta varis oluşumu ekstremiteler, karın ağrısı, gastrointestinal semptomlara neden olabilir. Nutcracker sendromu tanısı dikkatli bir fizik muayene sonrasında US, BT veya MR anjiyografi renal arter Doppler ile konulabilir. Tedavi yöntemleri arasında açık cerrahi, açık veya laparoskopik ekstrasvasküler stent, endovasküler stent veya gonado-kaval baypas bulunmaktadır. Sol renal ven transpozisyonu, sol böbreğin ototransplantasyonu diğer tedavi yöntemleridir. Sendromun tanısının konmasında en önemli aşama ön tanı olarak akla getirilmesidir.

Anahtar Kelime: Çocuk, hematüri, hipertansiyon, nutcracker, proteinüri

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-24

Çocukluk Çağında Şok Tablosu İle Başvuran Multisistemik İnflamatuvar Sendromlu Bir Olgu

Ufuk Yükselmiş, Fatih Alparslan Genç, Feyza Hüsrevoğlu Esen, Burcu Karadaş, Aslı Aydan Çıkrıkçıoğlu, Merve Akçay, Yasemin Akın
SBÜ Kartal Dr. Lütfi Kırdar Şehir Hastanesi, İstanbul

Giriş - Amaç: MIS-C(çocuklarda multisistemik inflamatuvar sendrom), SARS-CoV-2 virüsü enfeksiyonu sonrası gelişen nadir fakat ciddi bir durumdur. Covid19 enfeksiyonu sonrası 1/4000 oranında MIS-C gelişir. Virüsün neden olduğu covid-19 hastalığı sonrası kronik dönemde geçirilen, çocuklarda kawasaki benzer tablo yapan tüm sistemin inflamatuvar hastalığı olan MIS-C her yaşta meydana gelebilir, fakat genelde 8-18 yaş grubu çocuklarda sık görülmektedir. Çocuklarda MIS-C sendromu sıklıkla salgın toplumda pik yaptıktan 4-6 hafta sonra izlenir. Bu çocuklar bizzat hastalığa yakalanmış ve klinik bulgu geliştirmiş olabilecekleri gibi, hastalık etkeni ile temas etmiş ancak hiç bulgu vermemiş de olabilirler. Bu yüzden MIS-C tanısı alan çocukların çoğu SARS-CoV-2 PCR testi negatif sonuçlanır ancak geçirilmiş enfeksiyonu gösteren antikor düzeyleri yüksek bulunur. MIS-C sendromu, çocukluk çağının bilinen bir damarsal hastalığı olan Kawasaki hastalığı ile benzer bulgular gösterir.

Yöntem - Gereçler: En önemli bulgu dirençli ateş yüksekliğidir. Bunun dışında vücutta değişken döküntü, el ve ayak sırtlarında ödem, gözlerde kızarıklık, şiddetli karın ağrısı ve ishal görülebilir. Bazı hastalar akut apandisit düşündürecek kadar ciddi karın ağrısı ile başvurabilirler ve hatta bu nedenle ameliyat dahi edilebilirler. Bazı hastalar akut pankreatit kliniği ile gelir.

Tedavide henüz net olmasa da bağışık yanıtı baskılayan steroid ve intravenöz immunglobülin tedavileri, pıhtılaşmayı engelleyen kan sulandırıcılar ve asetil-salisilik asit, olası bakteriyel enfeksiyonlara yönelik geniş etkili antibiyotikler, şok tablosundaki çocuklara kan basıncını yükseltecek sıvı ve ilaç tedavileri, solunum yetmezliğine giren ve yoğun bakım gerektiren çocuklara ise solunum desteği hali hazırda uygulanan tedavi yöntemleridir.

Bulgular: 13 yaş bilinen serebral palsy ve epilepsi tanılı erkek hasta, 3 gündür devam eden ateş, balgamlı öksürük, solunum sıkıntısı ve genel durum bozukluğu ile acil servisimize başvurdu. Fizik muayenede; ateş:39,1°C, T.A:60/35 mmHg, kalp hızı 180/dk, solunum sayısı 42/dk, nabızlar zayıf idi. Bilinç kapalı çocukta kollarda makulopapüler döküntüler mevcuttu. Acil serviste entübe edilen hastaya intravenöz sıvı desteği ve sonrası inotrop tedavi başlandı. Covid-19 PCR testi negatif sonuçlandı. Covid19 geçirme veya temas öyküsü olmayan hasta Çocuk Yoğun Bakım Ünitesine yatırıldı. Ekokardiyografi sonucunda inotrop destek altında kalp fonksiyonlarının normal olduğu saptandı. Dış merkez çocuk yoğun bakımdan 1 hafta önce taburcu olması nedeniyle septik şok ön tanısı ile tedaviye başlandı. Dopamin, dobutamin ve adrenalın infüzyonuna rağmen hipotansif seyreden hastaya noradrenalin infüzyonu başlandı. Hastada başlangıçta fokal atriyal taşikardi ve sonrası junctional ektopik taşikardi gelişti. Amiodarone infüzyonu ile aritmiler durduruldu. Geniş spektrumlu antibiyoterapiye ve yüksek dozlarda inotrop kullanımına rağmen hastada klinik düzelme olmadı. Yedi gündür ateşi devam eden, kültürlerde üreme olmayan, başvurusundan beri cilt döküntüleri olan ve akut fazları çok yüksek seyreden hastadan Covid IgG gönderildi ve pozitif sonuçlandı. Bu bulgularla MIS-C tanısı konulan hastaya 2 gram/kilogram IVIG(intravenöz immunglobulin), pulse steroid, subkutan enoksaparin ve asetilsalisilik asit tedavisi başlandı. Bu tedaviye rağmen yeterli yanıt alınmayan hastaya anakinra tedavisi başlandı. Anakinra tedavi sonrası vücut sıcaklığı normale döndü ve hastanın kliniği düzeldi.

Sonuç MIS-C sendromu, en az iki sistemi tutan ve ölümcül seyredebilen bir inflamatuvar hastalık olup döküntü, ödem, gözlerde kızarıklık, şiddetli karın ağrısı ve ishal, kalp yetmezliği, şok tablosu görülebilen bir hastalıktır. Solunum sistemi tutulumu nadir olup genelde kalp yetmezliği ve şok tablosuna giren çocuklarda gözlenir. Septik şok ile kolayca karı-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

şabilir. Bu nedenle tedaviye dirençli septik şok olgularında hastada Covid19 geçirme veya temas öyküsü olmasa dahi mutlaka MIS-C olabileceği akla gelmeli ve MIS-C'ye yönelik tetkikler yapılmalıdır.

Tedavide henüz net olmasa da bağışık yanıtı baskılayan steroid ve intravenöz immunglobülin tedavileri, pıhtılaşmayı engelleyen kan sulandırıcılar ve asetilsalisilik asit, olası bakteriyel enfeksiyonlara yönelik geniş etkili antibiyotikler, şok tablosundaki çocuklara kan basıncını yükseltecek sıvı ve ilaç tedavileri, solunum yetmezliğine giren ve yoğun bakım gerektiren çocuklara ise solunum desteği hali hazırda uygulanan tedavi yöntemleridir.

Anakinra, IL-1'in dokuya vereceği zararın engellenmesi için geliştirilen insan IL-1 reseptör antagonist proteinidir. SARS-CoV-2'nin IL-1 ailesinden birçok sitokini indüklediği gösterilmiştir. IL-1 ailesi inflamasyon, hematopoezis ve fibroziste rol oynayan sitokinlerdir. IL-1 β ve TNF- α vasküler geçirgenliği artırarak damar dışına sıvı geçişine neden olur. Anakinra, IL-18 hariç, IL-1 sitokinlerini başarılı bir şekilde inhibe eder.

Covid-19 sonrası ağır bağışıklık yanıtının düzeyinin artması ile C-reaktif protein (CRP) sentezi tetiklenmekte ve CRP artışının bir risk faktörü olarak Covid-19 şiddeti ile pozitif korelasyon gösterdiği bilinmektedir. Anakinra tedavisi alan hastalarda CRP akut faz yanıtını takipte güvenli bir test olarak kullanılabilir.

MIS-C sendromlu bu olgumuzda kardiyovasküler sistemin tutulumu ile ağır şok ve kalp yetmezliği geliştiğini, Covid-19 temas öyküsü olmasa dahi dirençli septik şok tablosundaki hastamıza uygulanan pulse steroid, intravenöz immunglobülin, enoksaparin, asetilsalisik asit tedavisine kısmen yanıt verdiğini son olarak IL-1 reseptör antagonisti olan Anakinra tedavisi sonrası kliniğin düzeldiğini tartışmış olduk.

Anahtar Kelime: MIS-C, SARS-CoV2, anakinra, septik şok

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-25

Pediatric Hastasında Lineer IgA Dermatoz Vakası

Ahmet Alptuğ Güngör, Tuğçe Özbilgiç Demiröz, Halil İbrahim Yakut

Ankara Şehir Hastanesi Çocuk Hastanesi

Giriş - Amaç: Otoimmün büllöz hastalıklar pediatrik yaş grubunda nadir görülen hastalık grubudur. Bu hastalıkların ortak patogenezinde derinin spesifik adezyon moleküllerini hedef alan otoantikorların neden olduğu mukozal ve/veya kütanoz bül oluşumları yer almaktadır. LABH subepidermal gergin büller ve derinin bazal membran zonunda lineer Ig A depolanmasıyla karakterize bir hastalıktır. Hastalık, bimodal yaş eğilimine sahiptir. Çocuklar 6 ay ile 10 yaş arası dönemde, yetişkinler 60 yaş sonrası dönemde etkilenme eğilimindedirler. Birçok hastada LABH' nin nedeni belirsiz olarak değerlendirilmiştir. Fakat bazı vaka raporlarında antibiyotikler, antihipertansifler ve nonsteroidal anti-enflamatuar maddelerin alınımından sonra LABH' nin görüldüğü bildirilmiştir. Ayrıca LABH'nin, lenfoproliferatif bozukluklar, enfeksiyonlar, ülseratif kolit ve sistemik lupus eritematozis ile ilişkili olduğu bildirilmiştir. Bu makalede LABH tanısı konulan bir hastanın tanı süreci ve tedaviye yanıtı literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Yöntem - Gereçler: 22 aylık erkek hasta vücudunda yaygın şekilde oluşan büllöz lezyonlar nedeniyle tetkik edilmiştir. Hastadan Deri punch biyopsisi yapılmış ve immunoflorasan incelemeye tabi tutulmuştur.

Bulgular: Hastanın bacağındaki lezyondan otoimmün büllöz hastalık araştırılması için punch biyopsi alındı. Biyopsi örneğinde; yüzeysel dermiste interstisyel ve perivasküler alanda nötrofil içeren orta şiddette inflamasyon mevcut olduğu gösterildi. Yapılan immüno Floresans incelemede bazal membran boyunca Ig A ile lineer pozitif kuvvetli floresans elde edildi. Ig M ve C3 negatif gösterilmiş olup; Ig G ile zayıf kesintili lineer pozitiflik görülmüştür. Bu bulgular ışığında biyopsi örneği subepidermal ayrışma gösteren otoimmün büllöz hastalık, lineer Ig A dermatozu ile uyumlu olarak sonuçlandı. Hastanın hikayesinde lezyonlar çıkmadan önce belirtilen ilaç kullanma öyküsü ve mukozal tutulum olmadığı için Spontan LABH olarak kabul edildi. Hastaya LABH tanısı konulduktan sonra 1 mg/kg/gün dozunda intravenöz metilprednizolon ve kaşıntıları önlemek için oral hidrokortizon tedavisi başlandı. Kaşıntı şikayeti ve büllöz lezyonları gerileyen hasta oral metil prednizolon tedavisi ile taburcu edildi. Ayaktan takibine devam edilen hastanın prednizolon azaltma şemasında saçlı deride ve gövdede yeni lezyonların çıktığı görüldü, tedavisi oral dapson ve topikal steroid olarak düzenlendi.

Sonuç: LABH 0,2-2,3/ 1.000.000 vaka insidansı ile görülen nadir immünobüllöz bir hastalıktır. Hastalığın tanısında fizik muayene, biyopsi ve direk immunoflorasan inceleme yardımcı olmaktadır. Fizik muayenede eritemli veya ürtikeryal zeminde büllöz lezyonlar görülmektedir. Bu lezyonlar genellikle gergin ve boyutları birbirinden farklıdır. Lezyonlar çocuklarda genellikle alt karın bölgesi, perineal bölge, uyluk iç yüzü ve kafa derisinde yerleşim göstermektedir. Yüz, el ve ayakların tutulumu nadirdir. Kabuklu eski büllerin çevresinde yeni büller görülebilmekte; büller yoğun kaşıntı nedeniyle parçalanıp kabuklanarak ve eroze olarak postinflamatuar depigmente alan bırakarak kaybolabilmektedir. Hastanın döküntüleri literatürde tarif edilen lezyonlarla uyumlu olarak değerlendirilmiştir. Özellikle perineal bölge, uyluk iç yüzü ve kafa derisinde lezyonlar daha yoğun olarak değerlendirilmiştir. Literatürde yüzde döküntüler nadir olarak belirtilse de hastanın yüzünde de döküntüler mevcuttu. LABH tedavisini belirleyen etkenler tutulum derecesinin ve varsa tetikleyici faktörlerin belirlenmesidir. Vankomisin, aspirin gibi tetikleyici farmakolojik ajan kullanımı varsa tek başına bu ajanın kesilmesi birkaç haftada aşamalı olarak cilt bulgularının düzelmesini sağlar. Hastada literatürde geçen tetikleyici ajanlardan herhangi birini kullanma öyküsü yoktu. Spontan ve ilaçla tetiklenen LABH formlarını karşılaştıran çalışmalarda, ilaçla tetiklenen formda TEN benzeri lezyonlar görülebildiği bildirilmiştir. İlaç kullanımının tetiklediği formlarda mukoz membranların da etkilendiği rapor edilmiştir. Ayrıca ilaçla tetiklenen formun spontan forma göre daha ağır seyrettiği be-

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

lirilmektedir. Bu açıdan hastanın hikayesi ve fizik muayenesi spontan LABH formuna uymaktadır. Dapson, LABH tedavisinde ilk seçenek farmakolojik ajan olarak kabul edilmektedir. Dapson çocuklarda 0.5-2 mg/kg/gün (max:100 mg/gün) dozunda önerilmektedir. Yan etkilerinin fazlalığı nedeniyle vakamızda Dapson tercih edilmemiştir. En sık yan etki olarak anemi, lökopeni, agranülositoz, hemoliz, hepatit, kolestatik sarılık, periferik nöropati, psikoz ve kutanöz hipersensitivite gösterilmektedir. Diğer tedavi seçenekleri arasında topikal ve sistemik kortikosteroidler, sülfonamidler, immunsupresanlar, intravenöz immünglobulin (IVIG), plazmaferez ve ekstrakorporeal fotoferiz bulunmaktadır. Çocuklarda büllöz lezyonlar karşımıza sıklıkla çıkabilen cilt lezyonlarındandır. Otoimmün büllöz hastalıklar çocuklarda nadir görülse de; bu lezyonların ayırıcı tanısında mutlaka akılda bulundurulması gereken, medikal tedavi ile belirgin iyileşme gösteren hastalık grubudur. Hastaya yaklaşımda, öncelikle hastanın ayrıntılı anamnezinin alınması, son zamanlarda kullandığı ilaçların olup olmadığının öğrenilmesi, ailede benzer hastalıkların veya eşlik eden semptomların olup olmadığının sorgulanması önemlidir. Fizik muayenede cilt lezyonlarının yerleşimi, tipi ve içindeki sıvının görünümü önemlidir. Klinik olarak birbirine benzeyen bu hastalıklarda kesin tanı immün histokimyasal yöntemlerle mümkün olmaktadır. Direkt ve indirekt immünlözan yöntemler, bu grup hastalık grubunda tanı koymak için altın standarttır.

Anahtar Kelime: İmmünöbüllöz Hastalık, Pediatri, LABH, Büllöz Hastalık

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

P-26

Özel Bir Hastanede Pediatri Ünitesi Kurulumu

İlknur ŞAHİN

Liv Hospital Vadistanbul Hasta Bakım Hizmetleri Yeni Doğan ve Pediatri Üniteleri Sorumlu Hemşiresi

Giriş ve Amaç: Hastalıklar, hastanede muayene olma ve hatta hastanede yatış süreçleri çocukları olumsuz etkileyerek psikososyal stres neden olabilmektedir. Çocukların hastanede muayene olma süreçlerinde hastane ortamına yabancı olma, yapılacak işlemlere ait bilinmezlik çocukların psikolojisinin olumsuz etkilenmesine yol açar. Oluşan hastalıklar ya da kontrol amaçlı sağlam çocuk muayenelerinde çocuk gelişim sürecindeki olumsuz etkileri engelleyerek ya da azaltarak etkin tıbbi tedavisinin sağlanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: WHO 'nün kabul ettiği uluslararası standartlara uygun olarak kılavuzlar incelenerek Pediatri ünitesi bölüm kurulumları o bölümlerde çalışacak personel ve idari yönetim ile beyin fırtınası yöntemi ile karşılıklı görüşler bildirilerek oluşturulmuştur. JCI ve SKS " Bilgi Yönetimi", "İlaç Yönetimi ve Kullanımı", "Hasta Odaklı Bakım", "Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi" standartları ve Sağlık Bakanlığı (ATS (Aşı Takip Sistemi), "T.C. Sağlık Bakanlığı, Anne-Bebek Dostu Hastane Değerlendirmeci Rehberi" Uygulamaları oluşturulmuştur.

Uygulama: 1) **Emzirme Odası;** sessiz alanda olmasına dikkat edildi. Emzirme koltukları anne rahatlığı düşünülmeye uygun pozisyonu alınabilecek genişlikte seçildi. Mahremiyeti koruyucu perdeler monte edildi. Alt değişim aparatı bebek güvenliği göze alınarak uygun yükseklikte asıldı. Yıkabilir koruyucu kemerler ve yıkabilir bebek kumaşları temin edildi. Duvarlar çocukların ilgilerini çekebilecek görselleri ile süslendi. Anneyi emzirmeye teşvik edici görseller asıldı. Süt sağma makinaları ve setleri hazır bekletiliyor. Acil durum çağrı butonları her iki emzirme koltuğu başına yerleştirildi. Odada anne hijyeni için lavaboda bulunmaktadır. 2) **Numune Alma Odası;** acil durum pozisyonları alınabilen koltuk alındı. Kolları çocuk ve yakınları için ayarlanabilir seçildi. Oda yeterli genişlikte dizayn edildi. Numune alma arabaları hazırlandı. Her malzeme hızlıca ulaşılabilecek yakınlıkta ayarlandı. Odada hijyenin sağlanabileceği lavabo yapıldı. Pnömatik sistemi hızlı numune teslimi için bu odaya yerleştirildi. Duvarlar çocukların ilgilerini dağıtabileceği görseller ile süslendi. 3) **Aşı Odası;** doktor muayene odalarına yakın seçildi. 2 adet içi görülebilir, sıcaklık kayıt yapabilir özellikte aşı saklama ve ara depolama buzdolabı seçildi. Özel aşılarda, alerji test ve devlet aşılarda ait oluşturuldu alan. Mobil arama ve ısı takibi için uygun termolog bilgi sistemleri kuruldu. Aşı hazırlamaya uygun tezgâh yapıldı. Duvar aşı hazırlanırken dikkat edilecek hususlar ve ısılarıyla ilgili bilgilendirme yazıları asıldı. Genel aşı temini için aşı çantası uygun ısıyı koruyabilecek şekilde ve uygun genişlikte seçildi. Acil müdahaleler için uygun bir sedye- yatak seçildi 4) **Müşahade Odası;** doktor odalarına en yakın seçildi. Müşahade yatakları her pozisyonu alabilir özellikte seçildi. Hasta pendantlarında vakum-aspiratör, oksijen jektörleri ve monitörler sabitlendi. Müşahade alanının ortasına acil arabası hazırlandı. Uygun kayıtları hızlı yapabilmek amaçlı hemşire bankosu ve bilgisayarları müşahade alanının ortasına sabitlendi. Acil durum ilaçları ve narkotik ilaçlar için kilitli dolaplar hazırlandı. Duvarları çocukların ilgilerini çekebilecek görselliklerle ve uyarıcı maddelerle renklendirildi. Hasta mahremiyeti için perdeler yerleştirildi. Hasta başlarına uygun kilitlenebilir. Özel eşya çekmeceleri konuldu.5) **Oyun ve Bekleme Alanı;** Çocukların ilgisini çekebilecek görseller materyaller yerleştirildi. Koltuklar sosyal mesafeye uygun, silinebilir ve enfeksiyon kontrolü sağlanabilecek antibakterial özelliklerde dizayn edildi. Çocukların boyama ve oyun alanı için uygun masa sandalyeler yerleştirildi. Oyuncakların rutin temizliği sağlandı. Orta alan kolonları jungle ile süslendi. Ağaçlara tırmanan oyuncaklar dikkat çekmektedir. Sağlıkla ilgili yapılan reklamların yayınlandığı televizyonlar yerleştirildi. Bebek ve çocuklara uygun müziklerin seçimi yapıldı.

Sonuç: Ülkemizde çocukların ve ailelerinin psikososyal streslerinin azaltılması ile ilgili yöntemler uygulanmakta olup bu uygulamaların artırılmasına yönelik destekleyici çalışmalar devam ettirilmelidir.

II. ULUSLARARASI
ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

OLGU SUNUMLARI

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-1

Sıradışı bir kolorektal adenokarsinom vakası

Güldeniz Toklucu, Bilge Doğan Taymur, Gül Çavuşoğlu, Niyazi Tuğ

Sancaktepe Şehit Prof.dr. İlhan Varank Eğitim Ve Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: Kolorektal kanser, yeni teşhis edilen tüm kanser vakalarının %9.7'si ile üçüncü en yüksek insidansa sahiptir. Her yıl tüm kanser ölümlerinin %8'ini oluşturan dördüncü en yaygın kanser ölüm nedenidir. Hastaların yaklaşık %20 'sinde tanı anında zaten metastaz vardır ve bu rakam son yirmi yılda sabit kalmıştır. Kolorektal kanser metastazının en yaygın yerleri karaciğer, akciğer ve bölgesel lenf düğümleridir. Deri, over , adrenal ve diğer nadir metastaz bölgeleri "diğer metastazlar" olarak gruplandırılmıştır.

Yöntem - Gereçler: 39 yaşında kadın hasta 15 gündür devam eden son 3 gündür şiddetlenen pelvik ağrı şikayetiyle hastanemiz acil kadın doğum kliniğine başvurmuştu. Gaz gaita çıkışı mevcut olan hastanın bulantı kusma şikayeti mevcuttu. 3 gün önce dış merkez başvurusunda acil patoloji düşünülmemesi üzerine poliklinik kontrolü önerilmişti. Dış merkez BT raporu: İliak arter ve venler normal görünümündedir. İnceleme sınırlarında kesit alanına giren intestinal anlar ve kolon duvar kalınlıkları normaldir. Pelviste serbest sıvı izlenmedi. Distal paraaortik, parailiak, pelvik patolojik boyutta lenf bezi saptanmadı. Mesane duvar yapısı ve lümeni tabii görünümündedir. Uterus ve sol adneksiyel loj olağan izlenmiştir. Sağ over lojuna uyan bölgede 7x4 cm boyutlarında, septalı hipodens kistik lezyon izlenmektedir. Yukarıda belirtilen BT bulgularının klinik bilgiler ve laboratuvar sonuçları ile birlikte değerlendirilmesi önerilir. şekildeydi. Genel cerrahi değerlendirmesi sonrası acil cerrahi patoloji düşünülmeyen hastanın sağ overde 80 mm septali kist, tubaovaryen abse öntanısıyla yatışı verildi. Hastanın takiplerinde torsiyon düşünülmesi üzerine hasta opere edildi. Hastanın patoloji sonucunda ooferektomi materyalinde izlenen histomorfolojik bulgular, immunhistokimyasal bulgularla birlikte değerlendirildiğinde ön planda alt gastrinintestinal sistem kaynaklı bir adenokarsinom metastazı ile uyumluydu. Hastanın takibinde genel cerrahi tarafından reopere olan hastada rektosigmoid alanda adenokarsinom saptanmış, low anterior rezeksiyon yapılmıştır.

Bulgular: Her ne kadar kolorektal kanser vakalarının over metastazı nadir olsa da kolorektal kanser hastaların takibinde, overe metastazların %49'unun kolorektal kanserden kaynaklandığından over metastaz olasılığının akılda tutulması önemlidir. Kolorektal kanser over metastazı olan hastalarda eşlik eden sistemik hastalık nedeniyle genellikle tatmin edici tedavi sonuçları elde etmek zordur. Bilateral ooferektominin, izole over metastazı olan hastalarda hastaliksız dönem ve genel sağkalım üzerinde olumlu bir etkisi olduğu gösterilmiştir.

Sonuç: Vakamızda hastanın şikayetlerinin ani başlangıçlı olması ve metastatik ovaryan kitlede torsiyon varlığı tanıyı güçleştirmiştir.

Anahtar Kelime: kolorektal adenokarsinom, ovaryen metastaz

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-2

Prenatal Dönemde Saptanan Tanatoforik Displazi Olgusu

Mustafa Akçalı¹, Hüseyin Şimşek¹, Mustafa Yıldırım¹, Harun Keben¹, Aybike Pekin²

¹Mersin Şehir Hastanesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi

²Mersin Şehir Hastanesi Yenidoğan Perinatoloji

Giriş: Tanatoforik displazi (TD), ilk kez 1967 yılında Maroteux ve arkadaşları tarafından tanımlanan, en sık gözlenen konjenital letal iskelet displazisidir (1). Belirgin kısa ekstremiteler ve dar toraks ile tanıdan şüphelenilip perinatal dönemde tanısı konulan ve genelde ölümlü sonuçlanan iskelet displazilerinden birisidir. Otozomal dominant kalıtım gösteren hastalık Fibroblast büyüme faktörü reseptörü 3 (FGFR3) genindeki mutasyonlardan meydana gelir (2). Bu olguda, prenatal dönemde anormal ultrason (USG) bulguları olan, perinatoloji merkezinde yapılan amniyosentez materyalinden yapılan FGFR3 gen analizi ile tanısı konulan bir olgu anlatılmıştır.

Anahtar Kelimeler: Tanatoforik displazi, İskelet Displazisi, Prenatal Tanı

Olgu: Polihidramnioslu 34 yaşında annenin 1. gebeliğinden 34. gestasyonel haftasında (gh) 2020 gram, normal spontan vaginal yolla doğan bebek doğdu. Entübe edilip yenidoğan yoğun bakıma yatırıldı. Antenatal dönemde, 10. gh de yapılan USG de ekstremiteler ve toraksdaki darlığından şüphelenilip perinatoloji merkezinde yapılan FGFR3 genindeki mutasyon sonucu Tanatoforik displazi tanısı almış. Aileye genetik danışmanlık verilmiş. Aile öyküsünde baba 39 yaşında sağ sağlıklı, akrabalık yok ve ailede benzer hastalık tarif edilmedi. Fizik muayenede dar toraks, kostalarda kısılma, vertebralarda yassılaşıma, tüm ekstremitelerde belirgin kısıklık, burun kökü basık ve geniş, burun delikleri dışa dönük, filtrum uzun ve makrosefali görünümü vardı (Resim 1). Ekokardiyografinde sekundum ASD vardı .

Tartışma: Tanatoforik displazi dar toraks, vertebralarda düzleşme, ekstremitelerde kısıklık, makrosefali, belirgin alın, femurda eğrilme ile karakterizedir. Tanatoforik displazi ile ayırıcı tanıda homozigot akondroplazi, akondrogezis (tip 1A, 1B ve 2), SADDAN sendromu, kısa kosta polidaktili sendromu, osteogenezis imperfekta tip 2, platispondilik letal iskelet displazisi, kampomelik displazi de akla gelmelidir (3). İskelet displazilerinin önemli bir kısmından FGFR3 genindeki heterozigot mutasyonlar sorumludur (2). Olgumuzda, FGFR3 geninde heterozigot mutasyon saptanmıştır. Akondrogezis, osteogenezis imperfekta ve TD gibi ağır gidişli iskelet displazileri çoğunlukla prenatal dönemde bulgu vermektedir (4). Fetal ultrason da tüm ekstremitelerin etkilenip etkilenmediği, kemik kısıklığının derecesi, toraksın genişliği ve kosta kırıklarının bakılmasıdır (4). Bizim olgumuzda prenatal 10. haftada tüm ekstremitelerde kısıklık ve dar toraks saptanmış olup ön planda TD düşünülmüştür.

Sonuç: İskelet displazi bulguları olan fetusun ayırıcı tanısında birçok genetik sendrom bulunmaktadır. Bu olgu ile prenatal dönemde iskelet displazilerinde birçok tabloyu birlikte ilgilendiren FGFR3 gen analizinin öncelikli olarak düşünülmesi gerektiğini, ve iskelet displazilerinin prenatal dönem bulgularını tekrar vurgulamak amacıyla sunulmuştur.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Kaynaklar:

1. Maroteaux P, Lamy M, Robert J-M. Le nanisme thanatophore. Presse Med 1967;49: 2519-24.
2. Bonafe L, Cormier-Daire V, Hall C, et al. Nosology and classification of genetic skeletal disorders. Am J Med Genet Part A 2015;9999A:1-24.
3. <http://www.orpha.net/> (Erişim tarihi: 26 Ocak 2017).
4. Krakow D, Alanay Y, Rimoin LP, et al. Evaluation of prenatal-onset osteochondrodysplasias by ultrasonography: a retrospective and prospective analysis. Am J Med Genet A 2008;146A:1917-24.



Resim 1: Tanatoforik Displazi

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-3

Bir olgu sebebi ile mRNA Covid 19 aşısı sonrası myokardit

Şeyma Kayalı*, İrem Türkyılmaz*, Coşkun Fırat Özkeçeci**, Ayhan Kılıç*

*SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Kardiyoloji, Ankara **SBÜ, Gülhane Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları, Ankara

Giriş - Amaç: İmmünizasyon sonrası miyokardit, aşılamadan sonra nadir görülen bir advers olaydır. Son zamanlarda, yapılan çalışmalarla 12-15 yaş grubunda mRNA aşısının Covid -19 enfeksiyonundan korunmada %100 e yakın etkinliği bildirilmiş olsa da, farklı ülkelerden özellikle adolesan yaşlarda, mRNA Covid 19 aşısı sonrası, myokardit vaka serileri yayınlanmış, sistemik reaktogenitenin, özellikle genç yaşlarda ve 2. Doz aşı sonrası ortaya çıktığı vurgulanmıştır. Son olarak; bu vakaların genellikle iyi seyirli olduğu, hafif semptomlar gösterdiği gözönünde bulundurularak yapılan risk-fayda değerlendirmesi ile, 12 yaş üzeri tüm kişiler için mRNA Covid 19 aşısı halen önerilmektedir.

Yöntem - Gereçler: Burada, aşılama sonrası myokardit gelişen olguyu, güncel bir konu olması sebebi ile sunmak istedik

Bulgular: Olgu: Öncesinde tamamen sağlıklı 17 yaşında erkek hasta, çocuk acil servise baskı şeklinde göğüs ağrısı şikayeti ile başvurdu. Hastanın hikayesinden, yakın zamanda viral hastalık geçirmediği ve şüpheli Covid 19 teması olmadığı öğrenildi. Ancak başvurudan 3 gün önce Pfizer- Biontech aşısı 2. Dozu olduğu bildirildi. Yapılan tetkiklerinde, elektrokardiyografide, lateral derivasyonlarda ST segment elevasyonu ve yükselmiş serum troponin I (6345 pg/ml—normal aralık 0.01-17.5 pg/ml) değeri tespit edildi. Akut faz reaktanları ılımlı yüksek bulundu. Ekokardiyografide, 2. Derece mitral yetersizlik ile birlikte minimal perikardiyal efüzyon izlendi. Kardiyak MR'da, myokarditle uyumlu olarak; sol ventrikül bazis seviyesinde inferior duvarda, apikal kesimde anteriorda daha belirgin olmak üzere ve lateral duvarda geç gadolinum tutulması tespit edildi. Takipleri esnasında, serum Troponin I seviyesi başlangıç değerinin 2 katına kadar çıktı. Covid 19 nazofaringeal sürüntü PCR örneği negatif olarak sonuçlandı. Diğer viral seroloji de negatif tespit edildi. Antienflamatuar tedavi başlandı (İbuprofen ve aspirin). Hospitalizasyonu esnasında, genel durumu iyi, normal sinüs ritminde ve hemodinamik stabil seyreden hasta, başvurunun 6. Gününde taburcu edildi.

Sonuç: m RNA Covid 19 aşısı ile myokardit arasında nedensel bir ilişki henüz kurulamamış olsa da , literatürdeki vaka serileri; mRNA Covid 19 aşısı sonrası myokarditin genellikle hafif seyirli olduğunu bildirmektedir. Uzun dönem risk ve nedensellik açısından daha geniş kapsamlı çalışmalara ihtiyaç olduğu aşıkardır. Ancak, mevcut bilgiler ışığında; risk fayda değerlendirmesi ile Covid -9 enfeksiyonundan korunmada, aşılamının tek yöntem olduğu unutulmamalıdır.

Anahtar Kelime: Aşı, Covid 19, m RNA, myokardit, adolesan

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-4

İnfant Dönemde Eozinofilik Kolit Nadir Görülen Bir Olgu Sunumu

Büşra Demirci¹, Tuğçe Özbilgiç Demiröz¹, Halil İbrahim Yakut¹, Selim Dereci³, Emine Dibek Mısırlıoğlu²

¹Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Ankara

²Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk İmmunolojisi ve Alerji Hastalıkları Kliniği, Ankara

³Ankara Bilkent Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Gastroenterolojisi Kliniği, Ankara

Giriş - Amaç: Eozinofilik gastrointestinal sistem hastalıkları, eozinofilik inflamasyon ile karakterize, tutulum yerine göre eozinofilik özofajit, eozinofilik gastrit, eozinofilik enterit ve eozinofilik kolit olarak adlandırılan hastalıklar grubudur ve çoğunlukla başka bir nedene ikincil olarak gelişirler. Klinik olarak ise; dispeptik semptomlar, kusma, karın ağrısı, ishal ve gastrointestinal kanama ile prezente olurlar. Semptomlar tutulum yerine ve duvar invazyon derecesine bağlıdır. Bu hastalıklar immun aracılı kronik inflamatuvar hastalıklar grubundadır ve besin alerjileri ile yakından ilişkilidir. Tedavilerinde medikal tedavi uygulanmakta ve diyet düzenlenmektedir.

Kliniğimize gastrointestinal kanama ile başvuran 4,5 aylık kız hasta literatür eşliğinde tartışılmıştır.

Yöntem - Gereçler: Miadında 3300 gr olarak doğan kız hasta 45 günlükken başlayan kanlı ve sulu dışkılama şikayeti nedeniyle 4,5 aylıkken kliniğimize başvurdu. Benzer aile öyküsü olmayan hastanın prenatal, natal ve postnatal dönemlerinde bir özellik yoktu.

Sadece anne sütü ile beslenen hasta ilk bulgularının başladığı zaman başvurduğu sağlık merkezinde gıda alerjisi ön tanısı nedeniyle annenin diyetinden inek sütü, yumurta, kuruyemiş ve dana eti eliminasyonu yaptığı öğrenildi. Ancak dışkı kıvamında ve sıklığında değişiklik olmadığı öğrenildi.

Kliniğimize başvurusunda yapılan fizik muayenesinde vital bulguları stabil ve sistem muayeneleri normaldi. Anal fissür, batın distansiyonu yoktu. Vücut ağırlığı Vücut ağırlığı 6080 gr (25-50P), boyu 68 cm (75-90 p) olarak ölçüldü.

Bulgular: Laboratuvar tetkiklerinde hemoglobin 7,4 g/dL, ortalama eritrosit hacmi 67 fl düşük olarak saptandı. Beyaz küre sayısı 12.750 /mm³, eozinofil sayısı 2610 /mm³ olarak saptanan hastanın kan periferik yayması %20 eozinofili dışında normal olarak değerlendirildi. Elektrolitler, böbrek fonksiyon testleri ve karaciğer fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi. Bakılan ferritin 10 microgr/dl (düşük), vitamin b12: 172 ng/dl (211-911 yaşa göre düşük düzey) olarak değerlendirildi. Immunglobulin değerleri yaşına göre normal aralıktaydı. Yumurta akı, süt, marino balığı, buğday, yer fıstığı, soya fasülyesi için gönderilen spesifik Ig E değerleri normal aralıktaydı. Yapılan deri prick testinde alerjen ajan saptanmadı. Gaitada gizli kan testi pozitif sonuçlandı. Gaita direk bakısı, parazit incelemesi ve gaita kültürü negatif geldi. Gaitada dissakkaridaz ve steatokrit saptanmadı.

Abdomen ultrasonografi görüntülemesinde batın sağ kesimde çekum, çıkan kolon, hepatik fleksura ve transvers kolonun proksimal kesiminde barsak duvarı kalın ödemli görünümde izlendi ve duvar kalınlığı 4 mm ölçüldü.

Eozinofili ve gastrointestinal kanama etyolojisini aydınlatmak için endoskopi-kolonoskopi işlemleri uygulandı. Kolonoskopide tüm kolon boyunca aralarında yer yer normal alanların da bulunduğu yamasal tarzda kanamalı, erode mukozal lezyonlar izlendi. Transvers kolonda birkaç adet ortası soluk, etrafı hiperemik, sirküler, milimetrik "target" benzeri lezyonlar görüldü. Kolon mukozası genel olarak frajil olarak değerlendirildi. İnen kolonda nodülerite izlendi. Endoskopi ise normal olarak değerlendirildi. Alınan biyopsi örneklerinin patoloji bölümü tarafından incelenmesi sonucunda inen kolon ve rektum mukozasına ait kesitlerde lamina propria da yer yer epiteli atake eden belirgin eozinofil artışı izlendiği inen kolon mukozasında bir büyük büyütme alanında 40-45, rektum mukozasında 30-35 eozinofil varlığı ve fokal hemoraji

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

odakları izlendiği, kriptit, kriptlerde distorsiyon, kript absesi ve granülom varlığı görülmediği raporlandı.

Hastanın bütün sonuçları değerlendirilerek anne sütü kesildi. Hastaya amino asit bazlı hipo allerjenik mama ile kilosuna uygun olarak beslemeye başlandı. Bu düzenleme sonrasında gaitada kan görülmedi. Dışkı kıvamı ve sıklığı normal aralıkta izlenmeye başlandı.

Resim 1: Hemotoksilen eozin boyalı kesitlerde lamina propriada yer yer kriptleri atake eden artmış eozinofiller görülmektedir.

Sonuç: GIS' in eozinofilik infiltrasyonu infant yaş grubunda sıklıkla atopi ile ilişkilendirilir. Eozinofilik kolit; başka besin alerjileri ile de birlikte görülebilen ancak daha sıklıkla inek sütü protein alerjisine bağlı gelişen (İSPA) ve genellikle yaşamın ilk altı ayında başlayan bir hastalıktır. Literatüre göre vakaların yaklaşık yarısı sadece emzirme döneminde ortaya çıkmaktadır (1). Hastaların başvuru nedeni sıklıkla kanlı dışkılamadır (2,3). Hastalarda başvuru esnasında genelde kilo kaybı şikayeti ve genel durum bozukluğu bulunmamaktadır. İshal, hastaların %28,3 ünde görülebilmektedir (4,5). Tedavi alerjenlerin emziren anne ve/veya bebeğin diyetinden çıkarılmasından oluşur (1). Ancak son yıllarda yapılan araştırmalarda, annelerinin diyetinden alerjen proteinlerin çıkarılmasıyla düzelmeyen, yalnızca anne sütü ile beslenme varlığında eozinofilik kolit geliştiren bir infant alt grubu tanımlanmıştır (6,7,8). Bizim vakamızda da anneye besin eliminasyonu uygulanmasına rağmen semptomlarda düzelme görülmediği için anne sütü kesilip aminoasit bazlı mama başlanarak şikayetlerinin gerilemesi sağlanmıştır. Eozinofili ve kanlı gaita şikayeti ile başvuran infantlarda besin alerjisi ve eozinofilik kolit ilk akla gelmesi gereken tanılar olmalıdır. Besin eliminasyonu uygulanmasına rağmen tedaviye yanıt vermeyen olgularda anne sütü kesilerek beslenmeye aminoasit bazlı mama ile devam edilmelidir.

Anahtar Kelime: Eozinofilik kolit, Proktokolit

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-5

Covid-19 İle İlişkili Tirotoksikoz Olgu Sunumu

Uz.Dr. Meryem Özdemir, Uz.Dr.Fatih Varol

Şehit Prof.Dr. İlhan Varank Sancaktepe Eğitim Araştırma Hastanesi

Giriş - Amaç: COVID-19 pandemisi tüm dünyada etkisini sürdürmeye devam ederken hastalık patofizyolojisi ile ilgili bilgiler gün geçtikçe artmaktadır. Coronavirüslerin tiroid bezi de dahil olmak üzere çeşitli endokrin bezleri üzerinde doğrudan etkileri olduğu bilinmektedir. MIS-C tanısı ile tedavi alan hastamızda gelişen tirotoksikoz olgusunu sunmak istedik.

Yöntem - Gereçler: Daha önce sağlıklı olan 14 yaşında erkek çocukates, karın ağrısı ve ishalşikayetleri ile acil servisi-mizebaşvurdu. Konfüze olan hasta MIS-C ve ensefalit ön tanıları ile çocuk yoğun bakım ünitesine yatırıldı. Başvuruda: kan basıncı:125/52 mmHg, EKG'de QTC: 460 ms tetkiklerde WBC 5280 LY 840 ANC 3470 PLT 162000, COVID PCR negatif, SARS- CoV 2 antikor 250 U/ml üstünde (0,0-0,8 negatif), CRP:193 mg/L, Prokalsitonin:1.81ng/ml, INR:1.56, D-dimer:3,76MG/L, Ferritin 433ng/ml, IL 6 87 pg/ml HS-Troponin T 0,038 ug/l.

Akciğer grafisinde bilateral infiltrasyon saptanan hastaya Seftriakson ve bilinç değişikliği nedeni ile Asiklovir başlandı. MIS-C düşünülen hastaya 2gr/kg IVIG verildi. Tansiyon değerleri 2SD üstünde seyreden hastaya Kaptopril, Amlodipin, uzun QT nedeni ile Propranolol başlandı. Hipertansiyon etiyojisine yönelik tetkikleri istenen hasta Yoğun bakım ihtiyacı kalmaması üzerine çocuk servisine devredildi. TSH 0,005 UI /ml (0,51-4,17), sT3 12,3 pg/ml (2,57-4,99), sT4 7,77 ng/dl (0,93-1,7), TSH reseptör antikor 13,1 IU/l (0,00-1,75), Anti TPO 251 IU/ml, Anti TG antikor 2821 IU/ML(0-115) saptandı. Tiroid Ultrasonografisinde tiroidit ile uyumlu bulgular saptanan hastada SARS- CoV 2 ile ilişkili tirotoksikoz düşünülerek Metimazol başlandı. Takibinde normotansif ve QTC normal olan hastanın antihipertansif tedavileri kesildi. Kontrol tetkiklerinde tiroid fonksiyon testlerinde iyileşme olan hasta Metimazol ve Propranolol tedavisi ile takip önerisi ile sağlık ile taburcu edildi.

Bulgular: Kan basıncı:125/52 mmHg, EKG'de QTC: 460 ms WBC 5280 LY 840 ANC 3470 PLT 162000, COVID PCR negatif, SARS- CoV 2 antikor 250 U/ml üstünde (0,0-0,8 negatif), CRP:193 mg/L, Prokalsitonin:1.81ng/ml, INR:1.56, D-dimer:3,76MG/L, Ferritin 433ng/ml, IL 6 87 pg/ml HS-Troponin T 0,038 ug/l. TSH 0,005 UI /ml (0,51-4,17), sT3 12,3 pg/ml (2,57-4,99), sT4 7,77 ng/dl (0,93-1,7), TSH reseptör antikor 13,1 IU/l (0,00-1,75), Anti TPO 251 IU/ml, Anti TG antikor 2821 IU/ML(0-115)

Sonuç: SARS-COV-2, interstisyel pnömoniye ve şiddetli akut solunum sendromuna neden olurken kardiyovasküler, gastrointestinal, endokrin ve sinir sistemlerini de içeren anormal bir inflamatuvar yanıtı neden olabilmektedir (1). COVID-19 nedeniyle hastaneye yatış sırasında tiroid fonksiyonunun rutin olarak değerlendirilmesi, Dünya Sağlık Örgütü klinik yönetim kılavuzları tarafından önerilmemektedir(2). Enfeksiyonlar, özellikle solunum yolu enfeksiyonları, çoklu organ yetmezliği ile karakterize, hipertiroidizmin yaşamı tehdit eden bir alevlenmesi olan tiroid fırtınasını neden olabilir. (3). Olgumuz, Covid-19 nedeni ile takip edilen ve hipertansiyon gelişen vakalarda hipertiroidinin de eşlik edebileceği göstermektedir.

Anahtar Kelime: covid-19 , tirotoksikoz , çocuk

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-6

Holt-Oram Sendromu: Olgu Sunumu

Sema Arı Filiz, Bayram Ali Dorum

Bursa Şehir Hastanesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği

Giriş - Amaç: Holt-Oram sendromu (HOS) üst ekstremitte iskelet displazisi ve konjenital kardiyak defektlerle karakterize otozomal dominant geçişli bir hastalıktır. Sendrom ilk kez 1960 yılında atriyal septal defekt (ASD), iletim defektleri ve el malformasyonlarının oluşturduğu bir triad olarak tanımlanmıştır. Bu yazıda yüz bin canlı doğumda bir sıklıkta görülen bu sendrom nadir bir olgu olarak sunulmuştur.

Yöntem - Gereçler: Otuz bir yaşındaki tip 1 diyabet tanılı anneden, erken membran rüptürü nedeniyle 34. gestasyonel haftada, sezaryen ile doğurtulan bebek doğumhane canlandırma sonrası, APGAR 5/6, entübe olarak yenidoğan yoğun bakım ünitesinde yatırıldı. Annenin 3. gebeliğinden 3. yaşayan bebeği idi. Anne, baba ve kardeşleri sağlıklı idi. Prenatal takibinde konjenital kalp hastalığı olduğu bildirilmişti. Anne ve baba arasında akrabalık yoktu.

Bulgular: Hastanın fizik muayenesinde genel durumu kötü, solunum düzensiz, entübe, sol göğüs kafesi çökük, akciğer sesleri azalmış, kısa ve yele boyun görünümü, sol el başparmak yokluğu, göğüs deformitesi (pektoral kas yokluğu?), inmemiş testis mevcuttu. İlk bakılan tetkiklerinde tam kan sayımı ve biyokimyasal testlerinde patoloji saptanmadı. Ampisilin, gentamisin tedavileri başlandı. Siyanotoik konjenital kalp hastalığı nedeniyle bebeğe nöbet şartlarında ampirik olarak prostaglandin E1 infüzyonu başlandı. Ekokardiyografik incelemesinde turunkus arteriyozus tip 2, interatriyal septal anevrizma ve sekundum ASD saptandı. PGE1 infüzyonu kesildi. Bilgisayarlı tomografi anjiyografi ile de benzer anatomik yapı saptandı. Çocuk kardiyoloji ve Çocuk kalp damar cerrahisi konseyinde hastaya bilateral pulmoner bant operasyonu önerildi. Hastanın kemik survey incelemesinde; sol ön kola ait radius simetriğine oranla daha kısa görünümü, vertebral kolon, torakal ve lomber aksta vertebra korpuslarının bir bölümünde hemivertebra görünümü, lomber aks- ta açıklığı sağa bakan skolyoz izlendi. Kosta yapılarında da yer yer deforme görünümlem mevcuttu. Hastanemiz genetik bölümünce değerlendirilen olguda mevcut bulgularla ön planda Holt-Oram sendromu düşünüldü. Hastadan TBX5 geni dizi analizi çalışılması amacıyla örnek gönderildi. Hastanın operasyon için ileri merkeze sevki planlandı.

Sonuç: Holt-Oram sendromu, 12q24.21 lokalizasyondaki TBX5 genindeki varyantlara bağlı orataya çıkan ve otozomal dominant kalıtım gösteren bir genetik hastalıktır. Ancak hastaların büyük çoğunluğu de nova mutasyonlar sonucu aile öyküsü olmayan bireylerdir. Bizim olgumuzda da aile öyküsünün olmaması de nova mutasyonu düşündürmüştür. Tanı klinik bulgular ve genetik olarak konulmalıdır. Hastamızda da genetik inceleme başlatılmıştır. Klinik bulgular arasında iskelet sistemi bulguları belirgindir; üst ekstremitte deformiteleri, başparmak hipoplazisi, klinodaktili, bradidaktili, ulna kısalığı, humerus kısalığı, radius yokluğu, şeklinde geniş yelpazede olabilir. Sekundum ASD başta olmak üzere yapısal doğumdal kalp hastalıkları da sendromun ana özelliklerindedir. HOS'un tedavisi, kemik ve kalp problemlerinin ciddiye- tine bağlı olarak, çocuk doktorları, cerrahlar, kardiyologlar, ortopedistler, fizik tedavi uzmanı ve genetikçilerden oluşan bir uzman ekibi gerektirebilir.

Anahtar Kelime: Holt-Oram, atriyal septal defekt, üst ekstremitte deformiteleri

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

0-7

Tüberküloz Peritoniti: Olgu Sunumu

Sena inal, Özgü Hançerli, Esra Arslantaş, Ali Ayçiçek

Başakşehir Çam ve Sakura Şehir Hastanesi Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniği

Giriş: Tüberküloz peritoniti (TBP), tüm tüberküloz olgularının %1'ini oluşturur. TBP'nin öncelikli semptomları arasında karın şişliği, karın ağrısı, subfebril ateş ve kilo kaybı bulunur. Biz olgumuzda laboratuvar, görüntüleme ve cerrahi yöntemlerin TBP tanısı koymakta bize ne gerece yol gösterici olduklarını inceleyeceğiz.

OLGU SUNUMU: 14 yaşında kız hasta, karın ağrısı ve son bir ayda 8 kilo kaybı şikayetleri ile tarafımıza başvurdu. Fizik muayenesinde batında hassasiyet ve distansiyon farkedilen hastanın çekilen bilgisayarlı tomografisinde (BT) 12 cm serbest sıvı ve peritonit? olarak raporlandı. Labaratuar tetkiklerinde HGB:9 g/dl, MCV:75.2, CRP:42.3 mg/L, CA-125:207 olup, diğer parametreler normaldi. Periton sıvısından çalışılan SAAG<1,1 ve adenozin deaminaz (ADA): 33,6 olarak raporlanmış olup periton sıvısı lenfosit hakimiyetindeydi. Çekilen manyetik rezonans görüntüleme (MRG) sonucunda sağ sakroiliak eklemdede 1,5 cm lik nodül ile birlikte periton ve böbreklerde çok sayıda enfektif odaklar görüldü. Peritondaki enfektif odakları tespit etmek adına çektiğimiz pozitron emüsyon tomografisi (PET-CT) tüberküloz lehine değerlendirilmesi rağmen hastaya yapılan tüberkülin deri testinin (PPD), quantiferon testi, aside dirençli basil(ARB) boyama ve tüberküloz polimeraz zincir reaksiyonu (PCR) negatif olarak sonuçlanıp tanı aşamasında bize anlamlı sonuçlar vermedi. Daha sonrasında PET-CT referans alınarak peritondaki enfektif odaklardan yapılan biyopsiler kazeifikasyon nekrozu olarak raporlanması üzerine hastayı TBP olarak değerlendirip, T.C. Sağlık Bakanlığı tüberküloz tanı ve tedavi rehberi protokolüne göre 4'lü anti-tüberküloz ilaçları başlandı. Klinik düzelme ve kilo alımı görülen hasta tedavinin 3. haftasında taburcu edildi.

Sonuç: Laparoskopik periton biyopsisi, peritoneal tüberküloz tanısı için altın standart olup hızlı ve güvenli bir yöntemdir.

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Index

A

Abdulkadir Bozaykut 124, 135
Abdullah Barış Akçan 4
Abdullah Kocabaş 4, 8
Adem Karabulak 215
Ahmet Alptuğ Güngör 234
Ahmet Demir 4, 10
Ahmet İbrahim Bektaşoğlu 159
Ahmet İrdem 159
Ahmet Kale 4, 11
Ahmet Sami Yazar 4
Ahu Kara Aksay 136, 222
Ahu Yorulmaz 179
Ali Abacı 163, 172, 174, 176
Ali Ayçiçek 246
Ali Bülbül 154
Ali Turhan Çağlar 4
Alper Köker 157, 158
Alptekin Tosun 149
Amra Adrovic 4
Arif İsmet Çatak 162
Arzu Bige Tekin 163, 172, 174, 176
Arzu Selamioğlu 119
Ash Aydan Çıkrıkçıoğlu 232
Ashhan Arslan Maden 136
Ashhan Şahin 136
Ash Kantar 211
Aspazija Sofijanova 3
Ateş Kara 4
Atika Çağlar 182
Aybike Pekin 239
Aybüke Kevser Abasıyanık 200
Aycan Ünalp 4, 120, 171, 229
Aydan Biri 4
Ayhan Kılıç 241
Aykan Yücel 4
Aynur Fevzioglu 2, 3
Ayşe Akbaş 179
Ayşe Berna Anıl 222
Ayşe Figen Türkçapar 37
Ayşe Gözde Tufan 191
Ayşegül Elvan Tüz 136
Ayşegül Uslu 154
Ayşegül Zenciroğlu 4
Aysel Uysal 18
Ayşenur Celayir 150, 151
Ayşen Uysal 4
Ayşe Özlem Balık 215
Ayşe Seçil Ekşioğlu 191
Aysun Boğa 121, 180
Ayten Mammadbayli 3
Azime Bulut 149

B

Başak Adaklı Aksoy 189
Bayram Ali Dorum 4, 245
Behzat Özkan 4
Bekturgan Tınımbayulı Karin 3
Beril Buse Abacı 216
Berna Dilbaz 4
Berna Saygın Hekimoğlu 208
Betül Demircan 210, 211
Bilge Aldemir Kocabaş 4, 19
Bilge Doğan Taymur 238
Bilge Şahin Işık 4
Bumin Dünder 4
Burcu Artunc Ulkumen 213
Burcu Dinçgez 125, 126, 128
Burcu Karadaş 232
Büşra Demirci 217, 242
Büşra Özgünay 130

C

Çağatay Nuhoglu 4, 21, 215, 220, 230
Çağla Çiftci 220
Caner Kose 225
Can Tekin İskender 4
Çetin Kılıççı 4, 22
Cevdet Erdöl 3
Çiğdem El 146
Cihangir Mutlu Ercan 62
C. Kübra Cenkçi 146
Coşkun Çeltik 4
Coşkun Fırat Özkeçeci 241

D

Damira Şarapatdinovna Begmatova 3
Demet Tekcan 122, 134
Derya Çolak 198
Derya Özmen 211
Dilbar İsmatovna Tuksanova 3
Dilbar Najmutdinova 3
Dilek Kacar 219
Dilek Yılmaz Çiftdoğan 136, 222
Dürdane Merve Yılmaz 220

E

E. Adıyeke 207
Ebru Şahin 123, 221
Ebru Temizsoy 4
Ebru Türkoğlu Ünal 154
Ebru Yalın İmamoğlu 133
Ebru Yılmaz 4, 29
Eda Karadağ Öncel 4, 30, 136, 222

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Ege Nazan Tavmergen Göker 195
Elif Benderlioğlu 206
Elif Güler Kazancı 4, 125
Elif İnan Balcı 124
Elif Özalkaya 181
Emel Ebru Pala 213
Emine Burcu Çığsar Kuzu 222
Emine Dibek Mısırlıoğlu 3, 217, 242
Emine İrem Abaylı 165
Emine Pınar Küllüoğlu 222
Emine Sevilay Çiftçi 125, 126, 128
Emrah Can 4
Emre Dinçer 181, 227
Ener Çağrı Dinleyici 4
Enes Irmak 169
Eren Güzeloğlu 130
Erhan Karaarslan 162
Erhan Yangır 200
Erkan Pehlivan 150
Erol Tavmergen 195
Ersin Sayar 204
Esin Koç 4
Esra Arslantaş 246
Esra Okucu 221
Esra Polat 4, 33, 224, 228
Esra Yazarlı 146
Evrım Kıray Baş 154
Ezgi İnaltekin 180

F

Fadime Ceyda Eldeniz 186
Fahri Ovalı 4
Fatih Aktoz 131
Fatih Alparslan Genç 232
Fatih Varol 121, 196, 221, 244
Fatma Mutlubaş 4
Fatma Narter 4
Fatma Şemsa Çaycı 4, 35
Fatma Tuba Engindeniz 126
Ferah Diyar Karaman 230
Ferhan Zengin 125, 126, 128
Ferhat Sarı 146
Ferit Saraçoğlu 4
Ferruh Acet 195
Feyza Hüsrevoğlu Esen 232
Figen Baydan 4, 36
Figen Türkçapar 4
Filiz Aktürk Acar 208
Fuat Emre Canpolat 4
Funda Akpınar 200
Funda Yavanoğlu Atay 197, 199

G

Gökalg Şenol 161
Gokcen Oz Tuncer 157
Gökhan Bolluk 161
Gökhan Ordu 149

Gözde Zeybek 133
Gülay Bilgin 122, 134
Gülcan Akyüz Yücel 135
Gül Çavuşoğlu 238
Gülçin Akıncı 4, 40
Gülden Gökçay 119, 147
Güldeniz Toklucu 4, 238
Gülnaz Şahin 195
Gül Nihan Özdemir 4
Gülnihan Üstündağ 136, 222
Gülseren Evirgen Şahin 191
Güner Karatekin 3, 181, 219, 223, 227
Günsel Kutluk 4, 204
Gürkan Atay 196
Gürsoy Pala 4

H

Hajrija Maksic 3
Hakan Çakır 223, 227
Hakan Erdoğan 4
Hakan Yalçın 4
Hale Göksever Çevik 4
Halenur Bozdağ 137
Halil Gürsoy Pala 213
Halil İbrahim Yakut 179, 217, 23, 242
Halit Çam 4, 221
Handan Hakyemez Toptan 181
Hanife Ayşegül Arsoy 140
Harun Keben 239
Hasan Dursun 159
Hatice Hilal Kırkgöz 120
H. Gürsoy Pala 42
Hilal Kırkgöz 171, 229
Hilal Şerifoğlu 141, 142, 144
Hızır Aslıyüksek 164
H. Murat Mutuş 202
Hülya Bilgen 4
Hüseyin Şimşek 239

I

İkbal Sare Bostancı 224
İlgen Şaşmaz 4
İlke Mungan Akın 4
İlknur Şahin 236
İlknur Yavuz 149
İnci Kahyaoğlu 4
İnci Kahyaoğlu 43
İpek Burcu Parlak 171, 229
İrem Türkyılmaz 241
İrem Yenidoğan 168
İsmail Özdemir 4
İsmail Reisli 4, 45, 186

K

Kadriye Erdogan 225
Kalender Kayaş 145, 168

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Kemal Özerkan 4, 48, 49
Kenan Barut 4
Kezban İpek Demir 179
Keziban Doğan 4, 50
Khalaf Hussein Gargary 3
Kıvanç Çelikkalkan 149
Kutlay Gür 223

L

Levent Keskin 4
Levent Yaşar 4

M

Magalov Islam Sharif 3
Mahir İğde 170
Mahmut Caner Us 185
Mehmet Cihan Balcı 119, 147
Mehmet Çınar 4
Mehmet Coşkun 210
Mehmet Eltan 148
Mehmet Özeren 4
Mehmet Yıldız 4
Melek Akar 4
Elis Akpınar Gözetici 159, 228, 231
Meltem Dinleyici 4, 58
Memiş Ali Mutlu 172, 174
Merih Çetinkaya 2, 3
Merve Akçay 232
Merve Tatarhan 160
Merve Usta 4
Merve Yavuz 120, 229
Meryem Karaca 119
Meryem Özdemir 180, 244
Metehan Özen 4, 59
M. Gürkan Erdoğan 134
Minel Karaca 222
Mine Özdil 182
Mübeccel Demirkol 119
Müge Toyran 179
Muhammet Bulut 149, 209
Muharrem Çiçek 204, 205
Muhterem Duyu 4, 60, 160
Mujde Can Ibanoglu 225
Murat Api 4
Murat Duman
Murat Ekin 4
Murat Eleveli 4
Murat Gözüküçük 183, 192
Murat Muhcu 4
Mustafa Akçalı 239
Mustafa Behçet Şimşek 220, 230
Mustafa Kurthan Mert 4
Mustafa Ulubay 4
Mustafa Yıldırım 239
Mutlu Ercan 4
Muzaffer Sancı 4

N

Nafiye Urgancı 4, 152
Nafiye Yılmaz 4, 63
Namık Yaşar Özbek 4
Nargız Mirzayeva 154
Narin Burmacı Can 119
Nazlı Korkmaz 166
Nazmiye Nilgün Karadağ 181
N. Bakan 207
N. Coskun 207
Necibe Tuğçe Göktaş 231
Nehir Ulu Öğüt 4
Nevzat Aykut Bayrak 223
Nicel Yıldız Silahlı 164
Nida Dinçel 210, 211
Nida Temizkan Dinçel 3
Nihal Olgaç Dünder 4
Nihan Hande Akçakaya 164
Nilgün Köksal 4
Nilüfer Akgün 192
Nilufer Çalımlıoğlu 195
Niyazi Tuğ 172, 174, 176, 238
Nuh Yılmaz 146, 202
Nuriye Emiroğlu 187
Nurten Bakan 4, 169

O

Ö. Erel 207
Oğuzhan Karaman 165
Olga Devrim Ayvaz 150, 151
Ömer Erdeve 4
Ömer Güran 194
Osman Baştuğ 4
Osman Samet Günkaya 176
Oytun Erbas 213
Ozan Özkaya 4
Özcan Hale Erişir 169
Özge Eren 209
Özge Gücüyeter 216
Özge Özdemir 161
Öz Hançerli 246
Özgür Kasapçopur 4, 70
Özhan Özdemir 4
Özlem Eriş 4
Özlem Evliyaoğlu 4, 72
Özlem Kalaycık Şengül 204, 205
Özlem Kara 140
Özlem Moraloğlu 4
Özlem Şahin 194, 197, 198

P

Pakize Karaoğlu 120
Papatya Keleş 3
Pelin Teke Kısa 171, 188
Pınar Birol 172, 174, 176
Pınar Karadeniz 202

II. ULUSLARARASI ÇOCUK ve KADIN DOĞUM HASTALIKLARI KONGRESİ

21-24 Ekim 2021 / Xanadu Resort Hotel, Antalya

Pınar Kumru 4, 73

R

Rabia Kefeli 170
Rabia Uslubaş 4
Reha Artan 4
Reha Artan 77
Reyhan Kaya Gümüştekin 152
Rıza Madazlı 164
Ruhan Özer 3
Rukiye Reisli 4

S

Sabina Terzic 3
Şadiye Elif Çetin 228
Sagynbu Abduvalieva 3
Saliha Şenel 3
Salih Çağrı Çakır 188
Salim Erkaya 225
Samim Özen 4, 80
Saygın Abalı 167
Ş. Coskun 207
Sebnem Alanya Tosun 149
Selami Sözübir 202
Selda Tekin 169
Selim Dereci 217, 242
Selime Aydogdu 189
Selim Sancak 181
Selin Taşar 136
Sema Arı Filiz 245
Sema Çaypınar 161
Sema Kuşuoğlu 165
Semra Çetinkaya 3, 4
Sena Inal 246
Şenay Erdeve 4
Şenay Haspolat 4, 82
Senem Alkan Özdemir , 4
Şenol Bekmez 202
Serdar Beken 167
Serdar Ceylaner 171
Serdar Dilbaz 4
Şerife Dilara Yozgatlı 230
Serkan Kahyaoglu 4
Sevcan Arzu Arinkan 141, 144
Sevgi Başer 220
Sevilay Topcuoglu 181, 219, 223, 227
Sevil Dorum 188
Sevinç Kalın 199
Şevki Çelen 4, 83
Şeyma Kayalı 241
Şeyma Münevver Bozdemir 180
Şeyma Özpınar 205
Sezgin Şahin 4
Ş. Güven 207
Sinan Uslu 4, 154
Sinem Daştan Gürler 181, 227
Şirin Güven 2, 3, 122, 134, 145, 216, 224, 228

Sıla Yılmaz 216
S. Temel Ceyhan 98
Süheyla Aydoğmuş 4
Şükran Yıldırım 155
Şükrü Hatun 4, 84
Şule Ayas 187
Şule Özdemir 4
Sultan Aydın Koker 157
Sümeysra Doğan 205
Sümeysra Gedik Çalışkan 121
Sümeysra Oğuz 223

T

Tanju Çelik 4
Tayyar Tayfun 229
Temel Ceyhan 4
T. İmdatoglu 207
Tuğba Gürsoy 168
Tugce Kacan 225
Tuğçe Özbilgiç Demiröz 217, 234, 242
Tülin Tiraje Celkan 4, 164, 202
Tunç Tunçer 221

U

Ufuk Yükselmiş 232
Umut Selda Bayrakçı 206
Ünsal Yılmaz 120

V

Vefik Arıca 4, 103

Y

Yaprak Engin-Ustun 225
Yaprak Üstün 3, 4, 107
Yaşar Yusuf Can 221
Yasemin Akın 4, 232
Yasemin Çoban 157, 158
Yasemin Yel 160
Yekta Öncel 4
Yelda Türkmenoğlu Esencan 159
Yeşim Bayoğlu Tekin 4
Yeşim Coşkun 168
Yılmaz Akbas 157
Yıldız Ekemen Keleş 136
Yıldız Hayran 179
Yılmaz Akbaş 146
Yunus Yaşar 212
Yusuf Üstün 3, 4, 108, 109, 115, 192, 200

Z

Zehra Esra Önal 215
Zehra Yavas Abalı 148
Zeynep Şengül Emeksiz 179
Zeynep Tamay 4
Zeynep Züleyha Teksadık 227



ORGANİZASYON SEKRETARYASI



RUBİKON TURİZM ORGANİZASYON

Akat Mah. Akasya Sok. No:5 Beşiktaş / İstanbul

Tel: 0212 288 55 32 (pbx) Faks: 0212 288 55 62

E-posta: ckd2021@rubikonturizm.com / www.rubikonturizm.com