



YÜTBAT'A HOŞGELDİNİZ...

Değerli Tıp Fakültesi Öğrencileri,

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Topluluğu'nun (YÜTBAT) her yıl düzenlediği Ulusal Öğrenci Kongresinin bu yılki teması "Pediatri". Bu yıl YÜTBAT kongrelerimizin 10.sunu kongre düzenleme kurulu büyük bir heyecanla çalışarak bilinen ve beklenen Yeditepe çitasını daha yükseğe çıkartacak şekilde sizler için hazırladı. Hem bilimsel hem de sosyal programıyla uzun süre adından söz ettirecek bir program oldu. Düzenleme kurulunun emeklerine sağlık.

Bu kongre, tema konusu itibarıyla da bir önceki Dekanımız Sayın Prof.Dr.Ayça Vitrinel ve yine Pediatri Anabilim Dalımızda yıllarca hizmet vermiş Prof.Dr.Reha Cengizlier'in de katılım ve katkılarıyla daha da güçlü bir akademik zenginliğe ulaştı. Ulusal öğrenci kongresi, Öğretim Üyeleriyle öğrenciler arasında sağlamış olduğu yakın etkileşim ortamı ile birinci elden tecrübe aktarımını sağlayacak, ve geleceğin hekimlerinin mesleklerine daha güvenle başlamalarına yardımcı olacaktır.

Bu yılki kongrede Genel Pediatri, Yenidoğan, Çocuk Gastroenterolojisi, Çocuk Hematolojisi, Çocuk Alerjisi, Çocuk Acilleri, Çocuk Cerrahisi, ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı oturumları yer alacaktır. Kongremizde 14 poster, 20 adet sözlü sunum, ve alanında uzman öğretim üyelerimizin katkılarıyla 50 farklı Tıp Fakültesinden yaklaşık 400 katılımcıya kapsamlı ve doyurucu bir bilimsel program sunulmaktadır.

YÜTBAT öğrenci kongresi, tıp fakültesi öğrencileri için akran ve meslektaşları ile bir yere gelip, bilgi birikimlerini aktarma, bilimsel tartışma ortamlarına katkıda bulunma fırsat ve tecrübesini sunmaktadır.

Tıp Kulübü ve YÜTBAT danışmanı Öğretim

Üyemiz Sayın Doç.Dr.Gülderen Yanıkkaya Demirel'e ve düzenleme kurulunda görev alan ve diğer destek veren bütün öğrencilerimize bu gayretlerinden dolayı fakültemiz adına teşekkür ediyorum. Ayrıca yoğun akademik ve klinik programlarına rağmen bu kongre hazırlık dönemine tecrübe ve tavsiyeleriyle katkıda bulunan bütün Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi ve konuk öğretim üyelerine de bütün gayret, katkı ve katılımlarından dolayı buradan teşekkür etmeyi bir borç biliyorum.

Bu vesile ile 10. YÜTBAT Ulusal Tıp Öğrenci Kongresinin son derece başarılı geçmesini gönülden diler, bütün öğrenci ve katılımcıları Yeditepe Üniversitesi 26 Ağustos Yerleşkesinde ağırlamaktan onur duyacağımızı belirtmek isterim.

Prof. Dr. Sina Ercan
Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı

Sevgili YÜTBAT Konukları,

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Topluluğu'nun (YÜTBAT) onuncu kez düzenlediği "Pediatri" temalı kongreye hoş geldiniz. Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Topluluğu'nun öğrencisinin Kasım 2015'den beri çalışarak geliştirip sizlere sunduğu bu etkinliğin her anını planlayan, katılan herkesin keyif alacağı bir düzenleme gerçekleştirmek üzere çaba sarf eden başta YÜTBAT Başkanı Aykut Uçar, Kongre Başkanı Melike Saba Erdiñç ve YÜTBAT 2015-2016 Yönetim Kurulu üyeleri olmak üzere emeği geçen tüm öğrencilerimize çok teşekkür ederim. Kongreye oturma başkanlıkları ile katkıda bulunan tüm öğretim üyelerine, değerli zamanlarını ayırarak YÜTBAT'ın bu etkinliğine katkıda buldukları, sayın dekanımız Prof. Dr. Sina Ercan'a tüm aşamalarda katkı ve destek vererek kongrenin gerçekleşmesini sağladıkları için saygı ve minnetlerimi sunuyorum.

Başarılı geçen, herkesin güzel anlarla anımsayacağı, her anından keyif alınan bir YÜTBAT kongresi olması dileği ile,

Doç. Dr. Gülderen Yanıkkaya Demirel

YÜTBAT Danışmanı 2011 – 2016

Sevgili hocalarım ve değerli arkadaşlarım,

YÜTBAT tıp fakültesi öğrencilerini bilimsel araştırmaya ve bilimsel çalışmalara katılmaya teşvik etmeyi kendine görev edinmiştir. Bunun için her sene kendine bir tema belirleyip bir öğrenci kongresi düzenler. Bu sene Pediatri temasıyla düzenlediğimiz kongremizin YÜTBAT'taki yeri ayrıdır. 10.kez aynı heyecan ve aynı istekle çalışan onlarca öğrencinin emekleriyle dolu dolu bir kongre hazırlamaya çalıştık.

Kongre başkanımız Melike Saba Erdiñç ve YÜTBAT Yönetim Kurulu başta olmak üzere organizasyon ekibindeki tüm öğrenci arkadaşlarıma, YÜTBAT danışmanımız Doç.Dr. Gülderen Yanıkkaya Demirel'e ve bu süreçte bize yardımcı olan tüm öğretim üyelerine sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Anılarınızda yer edecek bir kongre olması dileğiyle..

Aykut UÇAR
YÜTBAT Başkanı 15'-16'

Değerli katılımcılar,

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Bilimsel Araştırmalar Topluluğu (YÜTBAT) olarak "Pediatri" temalı 10. Ulusal Tıp Öğrenci Kongremizi düzenliyor olmanın heyecanını ve gururunu yaşıyoruz. Yıllar içinde gelenekselleşen kongremizin bu sene 10.su olması hepimiz için ayrı bir mutluluk kaynağı.

Bu büyük organizasyonu düzenlerken hedefimiz zengin bilimsel programımız ile akademik olarak sizlere en iyisini sunabilmek ve İstanbul'un farklı mekanlarında yorgunluğunuzu atabileceğiniz sizler için eğlenceli bir sosyal program sunmaktır. Aylar süren hazırlık sürecinde ders saatlerimizden, ders aralarımızdan, yemek saatlerimizden fedakarlık yaparak yoğun olarak sürdürdüğümüz çalışmalarımızla sizler için kusursuz bir kongre hazırlamak istedik.

Bu doğrultuda alanında uzman öğretim üyelerimiz, konuk konuşmacılarımız ve birbirinden değerli sözlü ve poster öğrenci sunumlarımızla, farklı konularda deneyimler kazanabileceğiniz workshoplarımızla dolu dolu üç gün geçireceğimiz bir program hazırladık.

Kongremiz için başta Dekanımız Sn.Prof.Dr.Sina Ercan'a, kongrenin planlanmasından organizasyon aşamasına kadar bize destek olan ve heyecanımızı paylaşan YÜTBAT Danışman Hocamız Sn.Doç.Dr. Gülderen Yanıkkaya Demirel'e ,kongre bilimsel programının hazırlanmasında yardımları ve katkılarından dolayı değerli öğretim üyesi hocalarımıza ve özveriyle çalışan sevgili kongre ekibimize çok teşekkür ederim.

Güzel tecrübeler edindiğimiz ve emeklerimizin karşılığını alacağımız kongremizin sonunda herkesin memnun ayrıldığını görmek bizler için en büyük kazanım olacaktır. Kongremizin hepimiz için verimli ve eğlenceli geçmesi dileğiyle..

Melike Saba Erdiñç

YÜTBAT'16 Kongre Başkanı

YENİDOĞANLARDA UZAMIŞ SARILIK NEDENLERİ

Şükrücan Kocabaş

Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5, sukrucankocabas@gmail.com

Term bebeklerde 14, preterm bebeklerde ise 21 günü aşan sarılıklar uzamış sarılık kabul edilmektedir. Uzamış sarılıklar, biriken bilirubinin konjugasyonuna bağlı, direk ve indirek olarak 2 gruba ayrılır:

İndirek Hiperbilirubinemiler:

Anne Sütü Sarılığı: Uzamış sarılıkların etiyojisinde en sık karşılaşılan nedendir. Yenidoğanlar arasında %2 oranında görülmektedir. Tablo, anne sütünün yapısında bulunan steroid yapılı hormonların yenidoğan karaciğerini baskılaması sonucu ortaya çıkmaktadır. Anne sütü sarılığı zararsızdır; emzirme kesilmemelidir.

Gilbert Sendromu: Bilirubin metabolizma bozuklukları içerisinde en sık görülen ve en iyi seyirli olanıdır. Sıklığı %2-%10 arasındadır. Çeşitli kalıtsal geçiş formları mevcuttur. UGT1A1 genindeki defekt sonucu oluşmaktadır. Mutasyon, enzim aktivitesinin düşmesine neden olmakta, sonuç olarak bireylerin bilirubin konjugasyon kapasitesi totalin %30larına inmektedir. Herhangi bir morbidite veya mortalite ile ilişkilendirilmemiştir; ancak bazı ilaçların metabolizmasında değişikliğe yol açtığı bildirilmiştir. Tedavi gerektirmemektedir. Barbituratlar, düşük aktivitedeki konjugasyon enzimlerinin indüklenmesinde fayda sağlamaktadır.

Crigler-Najjar Sendromu: Görülme sıklığı 1/750.000 ile 1/1.000.000 arasındadır. Hastalık sadece otozomal resesif geçiş göstermektedir. Tip 1 ve tip 2 olmak üzere 2 alt form mevcuttur. CN tip 1, enzim aktivitesinin mutlak yokluğuyla karakterizedir. Tedavisiz, ilk ay sonunda indirek bilirubinin 30 mg/dl değerlerini geçmesi kaçınılmazdır. Kesin tanı karaciğer biyopsisi ve enzim aktivite ölçümü ile konur. Bilirubini normal sınırlarda tutmak için yenidoğan, düzenli aralıklarla fototerapiye tabi tutulmalı, bilirubin yükünü azaltmak için kan transfüzyonları gerçekleştirilmelidir. İleri yaşlarda uyku sırasında yapılan fototerapiler ve bazı ek ilaç tedavileri yeterli olmakta, bireyler normal yaşantılar sürebilmektedir. Genç yetişkinlik dönemlerinde kernikterus tablosu gelişmesi kaçınılmazdır, hastalara kernikterus yerleşmeden transplantasyon yapılmalıdır. Crigler-Najjar tip-2, tip-1den farklı olarak enzimin kısmi fonksiyon kaybı ile karakterizedir. Fenobarbital, indükleyici olarak bu grupta da kullanılabilir.

Direk Hiperbilirubinemiler:

Enfeksiyonlar: Yenidoğan dönemindeki çoğu enfeksiyon, kolestaz tablosuna neden olabilmektedir. Karaciğer odaklı enfeksiyonlarda patogenez direk hepatosit hasarı iken, karaciğer dışı enfeksiyonlarda majör rolü dolaşımdaki inflamatuvar mediatörler oynamaktadır. Altta yatan enfeksiyöz etkenin çözülmesi ve destek tedavisi yeterlidir.

Biliver Atrezi: 1/8000-18000 sıklığında görülmektedir. Problem, safrayı duodenuma ulaştırması gereken kanallarda kesinti, buna bağlı olarak da safra stazı oluşmasıdır. Yegane tedavi cerrahidir (Kasai operasyonu), karaciğer hasarını önlemek için ilk 60 gün içerisinde yapılmasında fayda vardır.

Koledok Kistleri ve Caroli Hastalığı: Ana safra kanallarının doğumsal genişlemesidir. 5 farklı tipe ayrılır; tip 5 hepatik fibrozis ve multipl intrahepatik dilatasyon ile seyirli olup Caroli hastalığı olarak isimlendirilir. Tekrarlayan kolanjit atakları, karaciğer apseleri, dilate safra kanalları ve safra taşları başlıca bulgulardır. Karaciğerde progresif fibrozis görülür. Hastaların kolanjiyokarsinom geliştirme riski 100 kat artmıştır; loba sınırlı formlarda lobektomi; multipl lob tutan formlarda ise transplantasyon düşünülmelidir.

Galaktozemi: Galaktoz-1P üridil transferaz, galaktokinaz veya üridin difosfat galaktoz-4 epimeraz enzimlerinden birinde defekt olması sonucu galaktozemi tablosu gelişir. Sıklığı 1/60.000'dir.

Yaygın galaktoz birikimine bağlı hasar mevcuttur. Tanıda çoğunlukla idrarda redükta madde bakılmaktadır. Hastaların ek olarak galaktozürisi vardır. Galaktozemi tanısı almış hasta, kesinlikle galaktoz içerikli besinler tüketmemelidir.

Hereditör Tirozinemi, Tirozinemi Tip 1: Fumaril asetoasetat hidrolaz enziminin eksikliğinde gelişen tabloda ciddi şekilde karaciğer, böbrek ve periferik sinir harabiyeti vardır. Hastalık, hepatik kriz atakları yaratmaktadır. Ataklar kendiliğinden remisyona gitse de, progresif hasara neden olmaktadır. Tanıda kanda/idrarda yükselmiş süksinilaseton seviyelerinin gösterilmesi yeterlidir. Tedavide hastalara fenilalanin-tirozinden yoksun diyet verilir. Nitisinone, hepatik atakların gelişmesini engellemektedir.

Kaynakça:

- 1- Kliegman, Behrman, Jenson, Stanton. (2007) Nelson Textbook of Pediatrics,18th edition
- 1- Özen H, Yüce,A, Gürakan F, Saltık Temizel İ.N, Demir H. (2013) Çocuk Gastroenteroloji,Hepatoloji ve Beslenme,2. Baskı
- 2- Bosma J. P.(2003,January) Inherited Disorders of Bilirubin metabolism,AMC Liver Centre
- 3- 4-Hunter J,Thompson RP,Rake MO,Williams R.(1971,May)Controlled trial of phetharbital,a non-hypnotic barbiturate,in unconjugated hyperbilirubinemia,British Med Journal
- 4- Sivaslı E.(2009,şubat) Yenidoğan Bebeklerde Uzamış Sarılık,Gaziantep Tıp Dergisi
- 5- 6- Urgancı N. (2008,Mayıs)Karaciğer ve Safra Yollarının Kistik Hastalıkları,Türk Pediatri Arşivi

BİRİSİ “ZİKA MI” DEDİ !

Mustafa Sefa Sözen

Samsun Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3, mustafasefasozen@gmail.com

Giriş: İnsanlara sivrisinekler tarafından bulaştırılan Flaviviridae virüs ailesinden olan Zika virüsünün ana rezervuarı insanlar ve maymunlardır. İnsanlarda ilk defa 1952 yılında saptanan virüs ilk büyük salgınını 2007 yılında gerçekleştirmiştir. Salgın 13 hafta kadar sürmüş ve 185 kişi hastalanmıştır. Geçtiğimiz yıla kadar Zika virüsü insanlar için önemli bir tehlike olarak görülüyordu.

Mayıs 2015 te Brezilyada ilk Zika virüsle enfekte kişi bildirilmiş sonrasında da enfekte kişi sayısında çok hızlı bir artış olmuştur. Aralık 2015 itibariyle Brezilyada 440.000-1.300.000 olası enfekte kişi bulunduğu rapor edilmiştir. Amerika kıtasında pek çok ülkede hızla yayılan salgın 26 Ocak 2016 itibariyle bu bölgelere seyahat eden birçok Avrupalıda da görülmüştür. Salgın hızlı yayılımı ve özellikle gebelerde ki etkileri nedeniyle tüm dünyada yakından takip edilmektedir.

Amaç: Yapacağım bu derleme çalışma ile tıp öğrencilerinin tüm dünyada oldukça tehlikeli bir salgına dönüşebilecek olan Zika virüsü enfeksiyonu ve tanısı ile ilgili bilgi edinmelerini, ülkemizde Zika virüsü salgınının görülüp görülemeyeceği ve salgının engellenmesi için nelerin yapılması gerektiği konusunda bilinçlendirilmesini amaçlıyorum.

Materyal ve Metod: Son yıllarda Zika virüsü ve salgınları ile ilgili yapılmış bilimsel çalışmalar,bu bilimsel çalışmaları inceleyen derlemeler ve bu konuyla ilgili gazete ve dergilerde yayımlanmış haber ve yazılar incelendi.

Sonuç: Zika virüsüne özgül bir tedavi halen bulunamamış olup ancak semptom ve belirtilere yönelik tedavi yapılabilmektedir. Ülkemizde Zika virüs enfeksiyonu günümüze dek saptanmamıştır. Sivrisinek aktivitesinin bulunmadığı kış mevsiminde ülkemizde bir salgın tablosunun çıkması düşünülmemektedir. Ancak bu virüs için bulaştırıcı olan Aedes cinsi sivri sinekler ülkemizde de “bulunmaktadır”. Gebelerin salgın bulunan ülke ve bölgelere seyahat etmemeleri, bu bölgelere seyahat eden kişilerin sivrisinek sokmalarına karşı duyarlı olmaları, enfekte olduğu belirlenmiş bireylerin ülkemizde sivrisineklerle temasının engellenmeye çalışılması, yazın pantolon ve uzun kollu giyilmesi gibi birtakım işe yaramaz ve komik önlemler(!) alınsa da Zika virüsü tehlikesi halen gerçeklikliğini korumaktadır!

Anahtar Kelimeler: Zika virüsü, Salgın, Korunma, Tehlike

Kaynakça:

1. Zika Virus Outbreak on Yap Island, Federated States of Micronesia
2. Zika Virus Isolations and serological specificity, G.W.A Dick, S.F. Kitchen, A.J. Haddow, (2016)
3. Model-based projections of Zika virus infections in childbearing women in the America, Alex Perkins, Amir Siraj, Corrine Warren Ruktanonchai, Moritz Kraemer, Andrew Tatem, (2016)
4. ZIKA virus circulates in new regions, Naomi Attar, Nature Reviews Microbiology 14-62, (2016) Sağlık bakanlığı Zika virüsü bilgilendirme formu (2016)

ANNE SÜTÜ

Belkıs Özgen

Akdeniz Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3, belkisozen06@gmail.com

Anne sütü; yenidoğanda optimum büyüme ve gelişme için gerekli olan tüm sıvı, enerji ve besin öğelerini içeren, biyoyararlılığı yüksek, sindirimi kolay doğal bir besindir. Doğumdan sonra ilk altı ay süresince bebeğin fizyolojik ve psikososyal ihtiyaçlarının tek başına mükemmel bir şekilde karşılayan anne sütü, anne ve bebek bağının kurulmasında önemli rol oynar. Bebeğin ilk altı ay tek başlarına anne sütü ile beslenmesi, altıncı aydan sonra ek besinlerle birlikte anne sütü ile beslenmenin devam etmesi ve emzirmenin iki yaşın sonuna kadar sürdürülmesi; bebeğe sayısız yararlar sağlar.

Anne sütünün en önemli özelliklerinden biri sadece ilk altı ay boyunca bebeğin bütün ihtiyaçlarını karşılaması ve bebeğin durumuna, yaşına uygun değişimgöstermesidir. Doğumdan sonraki ilk dört beş günde salgılanan süt kolostrum olupdaha koyu kıvamlı içindeki beta karoten nedeni ile daha sarımsı renktedir. Gidereksütün içeriğindeki değişiklikler olmakta ve 10-15 gün içersinde süt “matür” özelliğnikazanmaktadır

Anne sütü; yağda ve suda çözünebilen 200’den fazla bileşik madde içeren kompleks bir bileşiktir.Yapısında karbonhidrat, protein, yağ , mineral, vitamin ve immunolojik birçok bileşen barındırır.Bileşimin büyük çoğunluğunu (%88 ve daha fazla) su oluşturmaktadır.

Anne sütünün öneminin araştırılması ve vurgulanmasıyla Türkiye de ve tüm dünyada ilk 6 ay sadece anne sütüyle beslenmeyi arttırmak üzere geliştirilmiş birçok proje mevcuttur. Bunlardan bazıları ‘bebek dostu hastane ve il ‘ programı, anne sütü bankası kurulumuna ilişkin uygulamalardır.

Kaynakça:

- 1.Türk Pediatri Arşivi 2007;42 özel sayı: 11-5, anne sütü, Emel Gür
- 2.Samur G; Anne Sütü, sağlık bakanlığı yayın no:726,2008
- 3.Kadın hastalıkları ve doğum hemşireliği yüksek lisans tezi,tez no : 2006-041, Cevahir Dinçtürk
- 4.Anne Sütü Bankacılığı ve Çeşitli ülke Uygulamaları, Tufan Büyükcan

**D VİTAMİNİNE GÜNCEL BAKIŞ:
ÇOCUKLARDA VİTAMİN D PROFİLİ**

Rıdvan Arda Demirci¹, Doç.Dr.Özlem Gülbahar², Prof.Dr. Muhittin Serdar³

¹Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi,ardemirci6@gmail.com ² Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD ³ Acıbadem Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıbbi Biyokimya AD

Giriş:Önceleri yalnızca kalsiyum, fosfor ve bununla bağlantılı olarak kemik metabolizmasıyla ilişkilendirilen Vitamin D, son yıllarda kanserden kardiyovasküler rahatsızlıklara, enfeksiyondan otoimmün hastalıklara kadar değişen geniş yelpazede bir hastalık grubuyla ilişkilendirilmektedir. Bu nedenle D Vitamini eksikliği olan hastaların belirlenmesi ve tedavi edilmesi çok önemlidir.

Amaç: Çalışmamızda laboratuvar verilerini kullanarak çocuklardaki D Vitamini düzeylerini değerlendirmeyi amaçladık.

Metod: Ağustos 2014- Şubat 2016 tarihleri arasında Gazi Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Hastanesi Merkez Biyokimya Laboratuvarında 0-16 yaş arası çocuklarda çalışılan D Vitamini verileri kullanıldı. D Vitamini düzeyleri LC-MS-MS yöntemi kullanılarak analiz edildi.

Sonuç:Çocuklarda D vitamini düzeylerinin yaşlara göre anlamlı farklılıklar gösterdiği tespit edildi (p<0,0001)

Yorum: Çocuklarda D Vitamini eksikliğini belirlerken yaşlara göre değerlendirmenin faydalı olacağı görüşündeyiz. Ancak tedavi edilmesi gereken düzeylerin belirlenmesi için daha ileri çalışmalara ihtiyaç vardır.

Kaynakça:

1. Lips, P. Vitamin D physiology. Prog Biophys Mol Biol 2006
2. J Steroid Biochem Mol Biol. 2016 Feb 11. Pii: S0960-0760(16)30022-X.
3. Vitamin D deficiency: A single centre analysis of patients from 136 countries. PMID: 26877203
4. Vitamin D and Multiple Health Outcomes. BMJ2014; 348:g2035 doi: 10.1136/bmj.g2035
5. Vitamin D: pathophysiology and clinical applicability in paediatrics PMID: 22766369

Cocuk Hematolojisi/Onkolojisi Oturumu

BİR OLGU SUNUMU “DEMİR ÇAĞI”

Serhat Usta

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dönem 4, serhatusta67@hotmail.com

Demir eksikliği, ülkemizde ve tüm Dünyada en sık rastlanan nutrisyonel eksiklik olup, özellikle gelişmekte olan ülkelerde süt çocukları, adolesanlar, gebe kadınlar ve düşük sosyoekonomik koşulda yaşayanlar için önemli bir sağlık sorunudur.(1-4) Dünyada iki milyar insanın demir (Fe) eksikliğinden etkilendiği ve bunların yarısından fazlasının anemik olduğu tahmin edilmektedir.(5)Olgumuzda 12 yaşında kız çocuğu olan hastanın 9 yaşında iken solukluk, uykuya meyil ve halsizlik şikayetleri ile hastanaya başvuruyor ve demir eksikliği anemisi tanısı alıyor. Etyolojisini tespit etmek için yapılan testler sonucunlar H.plori enfeksiyonu saptanıyor ve bu yönde tedavi alıyor. Oral demir tedavisine rağmen şikayetlerinde bir değişme olmaması üzerine altta yatan nedeni bulmak için yapılan endoskopi, kolonoskopi normal saptanmış ve DEA'ne sebep olacak bir patolojiye rastlanılmamış. 3 yıldan beri demir tedavisine dirençli DEA ile izlenip tedavi edilemeyen hasta kliniğimize başvurdu. Hastaya yapılan tetkiklerde Hb:10.5 gr/dl Ferritin(serum):2.7 ng/ml olup GGK, TİT, H.pylori ve Çölyak testleri (-) bulundu. Hastaya IRIDA şüphesiyle yapılan TMRSS6 gen analizinde bilinen bir mutasyon saptanmaması üzerine demir absorpsiyon testi yapıldı. Bu test sonucunda oral demir emiliminin olmadığı saptanarak Demir Malabsorpsiyon tanısı aldı ve parantal demir tedavisi almaya başlamıştır. Hastaya ayrıca klinik şüphe nedeniyle endoskopik olarak barsak epitelinden alınan biyopsi örneğinde TMRSS6 gen analizi planladı. Olgumuz, uzun süre demir eksikliği anemisi tanısıyla tedavi almış fakat olumlu bir sonuç elde edememiş. Özellikle adölesan çağındaki çocuklarda DEA saptandığında etyolojinin araştırılmadan tedavi edilmemesi, tedaviden sonuç alınan vakalarda nüks edip etmediğinin kontrolü ve tedaviye dirençli vakalarda daha detaylı ve sürekli takip gerektiğini vurgulamak amacıyla olgumuzu sunmaya karar verdik.

Anahtar kelimeler: Demir eksikliği anemisi, Demir malabsorpsiyonu, Adölesan çağı

Kaynakça:

1. Merovitch J, Sherf M, Antebi F, Barhoum-Noufi M, Horev Z, Jaber L, Weiss D, Koren A. The incidence of anemia in an Israeli population: a population analysis for anemia in 34,512 Israeli infants aged 9 to 18 months. Pediatrics 2006; 118:1055-1060.
2. Schneider JM, Fujii ML, Lamp CL, Lönnerdal B, Zidenberg- Cherr S. Anemia, iron deficiency, and iron deficiency anemia in 1236-month-old children from low-income families. Am J Clin Nutr 2005; 82:1269-1275.
3. Mamiro PS, Kolsteren P, Roberfroid D, Tatala S, Opsomer AS, Van Comp JH. Feeding practices and factors contributing to wasting, stunting, and iron-deficiency anaemia among 323-month old children in Kilosa district, rural Tanzania. J Health Popul Nutr 2005; 23:222- 230.
4. Siegel EH, Stoltzfus RJ, Khatry SK, Leclercq SC, Katz J, Tielsch JM . Epidemiology of anemia among 4- to 17-month-old children living in south central Nepal. Eur J Clin Nutr 2006; 60:228-235.
5. Freire WB. Strategies of the Pan American Health Organization / World Health Organization for the Control of Iron Deficiency in Latin America. Nutr Reviews 1997; 55: 183-8.

İNDEKS YAĞMURU... PEKİ YA HANGİ İNDEKS?

Esra Nur Durmaz¹, Yusuf Ziya Aral²

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 Öğrencisi dr.esradurmazer@gmail.com

²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji BD Öğretim Üyesi

Amaç: En sık mikrositik anemi nedeni olan demir eksikliği anemisi ve talasemi taşıyıcılığının ayırıcı tanısında RDW, RBC, Mentzer İndeksi ve RDW indeksi'nin rolünü belirlemek.

Gereç- Yöntem: Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Hematoloji Kliniği'nde 2005-2013 yılları arasında tanı konulan 371 demir eksikliği anemisi ve 162 talasemi taşıyıcılığı olgusu çalışmaya alındı. Tam kan sayımı parametreleri kullanılarak Kırmızı Küre sayısı (RBC), RDW indeksi (MCVx RDW/RBC), Mentzer indeksi (MCV/RBC) ve Besmann indeksi (RDW) hesaplandı. İndekslerin sensitivite, spesifite, pozitif ve negatif tahmin değerleri, ROC eğrisi altında kalan alanlar ve Youden's indeks (sensitivite+spesifite-100) belirlendi.

Bulgular: RBC, RDW indeksi, Mentzer indeksi ve RDW için ROC eğrisi yöntemi ile elde edilen AUC değerleri sırasıyla 0.953,0.952,0.877 ve 0.705; Youden indeksi ise sırasıyla 84.26, 83.1, 66.84 ve 33.2 saptandı. Çalışmamızda bu indeksler için cut-off değerleri sırasıyla >5,08; ≤204, <11.72 ve ≤ 18 olarak saptandı.

Sonuç: Demir eksikliği anemisi ve talasemi taşıyıcılığının ayırıcı tanısında RDW, RBC, Mentzer İndeksi ve RDW indeksi arasında en uygun göstergenin RBC sayısı olduğu bulundu. RBC sayısı >5,08 olan olgularda talasemi taşıyıcılığı düşünülmelidir. Ayırıcı tanıda RDW uygun bir gösterge değildir.

Anahtar Kelimeler: Talasemi taşıyıcılığı, demir eksikliği anemisi, RDW, RBC, Mentzer indeksi, RDW indeksi

Kaynakça:

- 1.Pornprasert S, Panya A, Punyamung M, Yanola J, Kongpan C. Red cell indices and formulas used in differentiation of β -thalassemia trait from iron deficiency in Thai school children. Hemoglobin 2014;38(4):258-61.
- 2.Vehapoglu A, Ozgurhan G, Demir AD, Uzuner S, Nursoy MA, Turkmen S, Kacan A. Hematological indices for differential diagnosis of beta thalassemia trait and iron deficiency anemia. Anemia 2014;2014:576738.
- 3.Miri-Moghaddam E, Sargolzaie N. Cut off determination of discrimination indices in differential diagnosis between iron deficiency anemia and β - thalassemia minor. Int J Hematol Oncol Stem Cell Res 2014;8(2):27-32.
- 4.Matos JF, Dusse LM, Stubbart RV, Ferreira MR, Coura-Vital W, Fernandes AP, de Faria JR, Borges KB, Carvalho Md. Comparison of discriminative indices for iron deficiency anemia and β thalassemia trait in a Brazilian population. Hematology 2013 May;18(3):169-74.
- 5.Nalbantoğlu B, Güzel S, Büyükyalçın V, Donma MM, Güzel EÇ, Nalbantoğlu A, Karasu E, Özdilek B. Indices used in differentiation of thalassemia trait from iron deficiency anemia in pediatric population: are they reliable? Pediatr Hematol Oncol 2012 Aug;29(5):472-8.
- 6.Ferrara M, Capozzi L, Russo R, Bertocco F, Ferrara D. Reliability of red blood cell indices and formulas to discriminate between beta thalassemia trait and iron deficiency in children. Hematology 2010 Apr;15(2):112-5.
- 7.Okan V, Cigiloglu A, Cifci S, Yilmaz M, Pehlivan M. Red cell indices and functions differentiating patients with the beta-thalassaemia trait from those with iron deficiency anaemia. J Int Med Res. 2009 Jan-Feb;37(1):25-30.
- 8.Beyan C, Kaptan K, Ifran A. Discrimination indices have no predictive value in differential diagnosis of iron deficiency anemia and beta-thalassemia trait. Int J Lab Hematol 2008 Aug;30(4):344-5;
- 9.Demir A, Yarali N, Fisgin T, Duru F, Kara A. Most reliable indices in differentiation between thalassemia trait and iron deficiency anemia. Pediatr Int 2002 Dec;44(6):612-6.

ATOPIK DERMATİTE GENEL YAKLAŞIM

Stj. Dr. Ali Can Memiş¹, Stj. Dr. Cemre Kisbet²

¹Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 4, alicanmms@gmail.com, ²Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 4, cemreksbet@gmail.com

Atopik dermatit (AD), çocukluk çağının %20'sini etkileyen yaygın,kaşıntılı,tekrarlayıcı, kronik inflamatuvar bir cilt hastalığıdır(1). AD yaşamın ilerleyen evrelerinde gelişecek olan diğer alerjik hastalıkların ilk belirtisi olabilir. Hastaların %50'sinden fazlasında astım, yaklaşık % 75' inde alerjik rinit gelişebilir(2) Atopik dermatitin yaşam boyu prevalansı çocukluk döneminde %10-20 iken yetişkin döneminde %1-3 tür. Son 30 yılda prevalansı sanayileşmiş ülkelerde 1-2 kat artmıştır(3). Hastalığın etiyolojisi tam olarak bilinmemesine rağmen gen-gen veya gen-çevre etkileşimlerinden kaynaklandığı düşünülmektedir. Hastalığın patogenezi, yeterince aydınlatılmamış olmakla birlikte Immunglobulin E (IgE) ile oluşan Tip 1 reaksiyonların ve T hücreleriyle oluşan Tip 4 reaksiyonların patogenetik rol oynadıkları ileri sürülmektedir(4) Akut atopik dermatit lezyonları yoğun kaşıntı, sulantılı, kabuklu eritematöz papül ile karakterizedir. Subakut fazda deri biraz daha kalın, pullu eritemli ve kabuklanmıştır. Kronik lezyonlarda ise deri daha kalın, likenifiye, hiperpigmente, kabuklu ve fibrotik papüler şeklindedir. Çocuklarda lezyonlar daha geniş alana yayılırken, erişkinlerde daha lokalizedir. Birçok hastalık Atopik Dermatit deri lezyonlarını taklit edebilmektedir(5): Kronik dermatozlar(seboreik dermatit,kontakt dermatit vb.),immün yetmezlikler(Wiscott Aldrich sendromu vb.),konjenital hastalıklar(netherton sendromu,skabies vb.) malign hastalıklar,metabolik hastalıklar. Tanısı klinik olarak konulmakla birlikte Hanifin Ve Rajka major/minör kriterleri dikkate alınır.Tedavisi ise akut dönemde gelişen atakları önlemeye yönelik ve kronik dönemde ise uygun deri bakımının sağlanmasına,atak sayısının azaltılmasına yönelik olmalıdır(6).

Kaynakça:

1. Donald Y.M. Leung,Stanley J.Szeffler,Francisco A.Bonilla,Cezmi A.Akdis,Hugh A.Sampson “Pediatric Allergy” (‘Epidemiology’ section of Chapter 50) 2016
2. Akdis CA, Akdis M, Bieber T, et al. Diagnosis and treatment of atopik dermatitis in children and adults: European Academy of Allergology and Clinical Immunology/American Academy of Allergy, Asthma and Immunology/PRACTALL Consensus Report. J Allergy Clin Immunol 2006; 118:152-69
3. Boguniewicz M, Leung DY. Atopik dermatitis. Middleton’s Allergy: Principles and Practice; 7th Ed. China Elsevier 2009: 1083-9.
4. Lugovic L, Lipozenocic J, Jakic-Razumovic J. Atopik dermatitis: immunophenotyping of inflammatory cells in skin lesions. Int J Dermatol. 2001.40:489-94.
5. 3. Kristal L. Atopik dermatitis in infants and children. An update. Pediatr Clin North Am. 2000;47(4):877-95.
6. Walling HW, Swick BL. Update on the management of chronic eczema: new approaches and emerging treatment options. Clin Cosmet Invest Dermatol. 2010; 28: 99-11

HAYAT NEFESLE BAŞLAR

Stj.Dr. Tuğçen Gürses

Eskişehir Osmangazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, tugcen.gurses@gmail.com

Giriş: Astım,hava yollarının kronik inflamatuvar bir hastalığı olup toplumda %5-10 sıklığında görülen ataklarla seyreden bir hastalıktır.Astım atağı; sıklıkla provakan faktörlerle oluşan, hava yolu hiperreaktivisindeki akut bronkospazmla karakterize tablodur.Ataklar hafif, orta, ağır ve hayati tehdit edici olarak sınıflandırılabilir.Ağır atak;genel durum huzursuz ve ajite,konuşma kesik kesik kelimelerle,istirahatte bile gözlenen dispne ile karakterize bir tablodur.

Olgu: 2,5 yaşından beri astım nedeni ile takipli hastanın lüzum halinde salbutamol inhaler kullandığını,düzenli olarak önerilen inhaler kortikosteroid (flutikazone inhaler) kilo aldirabilir gerekçesi ile kullanmadığı öğrenildi.Hastanın bize başvurusundan 4 gün önce ÜSYEsi olduğu,takiben gelişen nefes darlığı, öksürük, göğüs ağrısı olması üzerine acil servise geldiği öğrenildi. Acil serviste yapılan fizik

incelemede solunum sistemi muayenesinde interkostal çekintileri olduğu SS:32/dk olduğu, perioral siyanozun dikkat çekici olduğu, aynı zamanda da 158/dk gibi bir KTA vardı.Yapılan CBC,biyokimya,TİT incelemelerinde anormal bir bulguya rastlanmadı.Venöz kan gazında

pH:7.40,pCO₂:33mmHg,HCO₃:22mmol/L ,SaO₂<%90 olduğu görüldü.

Hastada ağır astım atağı düşünülerek öncelikle 1mg/kg den IV sistemik steroid yapıldı.Ardından 20 dakika ara ile 3 kez salbutamol 2.5mg nebul 5mg ipratroprium bromürle karıştırılarak verildi.Daha sonra salbutamol saat başı,ipratroprium bromür ise 4 saatte bir verilmesi planlandı.IV steroid ise toplamda 60mg/gün geçmeyecek şekilde 4 eşit dozda verdi. Birinci saatin sonundaki değerlendirmede hala solunum sıkıntısı ve siyanozunun devam etmesi üzerine ek bronkodilatör vermek gereği duyuldu. Bu nedenle İV 6 mg/kg dan aminofilin yüklemesi ardından da 1 mg/kg 24 saatlik idamesi verildi.Fakat hastanın solunum sıkıntısı ve siyanozu geçmediği CO₂ retansiyonunun da giderek yükselmesi üzerine ek bronkodilatasyon için IV MgSO₄ 25mg/kg den puşe olarak verildi.İzlemde hastanın solunum sıkıntılarının azalması siyanozunun düzelmesi üzerine ilerleyen günlerde öncelikle aminofilin daha sonra ipratroprium bromürü kesildi,salbutamol verilme sıklığı azaltıldı.Sistemik steroid 5-7gün azaltarak kesilmesi planladı.Yatışının 6. Gününde şikayetlerinin belirgin olarak azalması, gece rahat uyuması,oda havasında oksijenizasyonunun iyi olması (>92) SFT de FEV₁'in >%70 olması üzerine eve gönderilmesi kararlaştırıldı.Düzenli olarak almak istemediği inhaler steroidi düzenli olarak alması gerektiği aksi takdirde böyle ağır astım atakları olabileceği konuşularak eve gönderildi.

Tartışma: Astım atak tedavisinde;unutulmamalıdır ki sistemik steroidin etkinliğe başlaması için biraz zaman gerekir bu yüzden ilaca hemen başlanmalıdır.Peşisıra salbutamol+ ipratroprium bromür verilmelidir.Bununla da düzelmeyen hastalarda ikincil grup ilaç olarak aminofilin ve MGSO₄ verilmesi gerekir.Bununla da oksijenizasyon sağlanmazsa cPAP veya ventilatör tedavisi gerekebilir.Bu olguyu sunmamızdaki amaç düzenli profilaksi almayan hastalarda hayatı tehdit eden ataklarla karşılaşabiliriz.Özellikle adölesan grupta ilaçların düzenli kullanımı zor olduğundan gerekirse grup tedavi, smsle hatırlatma..vb yapılabilir.

Kaynakça:

1. Türk torax derneği astım tanı ve tedavi rehberi(2014)
2. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2010 <http://www.ginasthma.org/Guidelines/guidelines-resources.html>
3. GINA Report, Global Strategy for Asthma Management and Prevention 2011
4. BTS Guideline updated 2011
5. Burbank AJ1, Lewis SD, Hewes M, Schellhase DE, Rettiganti M, Hall-Barrow J, Bylander LA, Brown RH, Perry TT. Epub 2015 Jul 7 J Asthma. Mobile-based asthma action plans for adolescents.PMID:25494553

Çocuk Acili Oturumu

PEDİYATRİK İLERİ YAŞAM DESTEĞİ

Cansın Kumsal Dikmeçli¹, Zeynep Seray Özdemir²

¹*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 cansindikmecli@gmail.com,* ²*İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 zserayozdemir@gmail.com*

Amaç basitçe, hasta ya da yaralı çocukların durumunun değerlendirilmesi, kardiyopulmoner arrestin engellenmesidir. Yetişkinlerde genelde kalp kökenli kardiyak arrest olguları ile karşılaşılırken, bebek ve çocuk hastalarda solunum yetmezliği veya şok sonucu oluşan olası asfiksi ve arrest görülür. Bu respiratuvar ve kardiyak sorunların değerlendirilmesi ve önlenmesi için "ABCDE" prensiplerinin izlenmesi gerekir: **A:** Airway (Hava Yolu) **B:** Breathing (Nefes Alma) **C:** Circulation (Dolaşım) **D:** Disability (Engellilik, Yetersizlik) **E:** Exposure (Maruz kalma)

Respiratuvar Yetmezliğin Teşhisi: Respiratuvar yetmezlik vücudun kandaki yeterli oksijen ve karbendioksit seviyesini sağlayamamasıdır.

Dolaşım Yetmezliğinin Teşhisi: C değerlendirmesi: Dokuların metabolik ihtiyacının, yani dolaşımın dokulara besin ve oksijen sağlamanın bozulmasıdır.

Belirtileri: Nabzın artması, Sistemik kan basıncının azalması, Periferel perfüzyonun azalması vs.

Kardiyopulmoner Arrestin Tanımlanması

Belirtileri: Ağrıya duyarsızlık (koma), apne ya da gasping, dolaşımın olmaması, solukluk veya derin siyanoz, 10 sn içinde nabız alınmaması durumunda derhal CPR'a başlanmalı.

Respiratuvar/ Dolaşımsal Yetersizliğin Yönetimi : Çocuklarda bu yetersizlikler çeşitli sebeplerden kaynaklanabilir. Ani veya kademeli olarak gelişebilir. Tedavi edilmediği takdirde kardiyopulmoner arreste sebep olabilir.

- ❖ *Hava Yolu ve Nefes Alma*
- ❖ *Dolaşım*

Şoklanamayan Ritimler- Asistol, Nabızsız Elektriksel Aktivite (NEA): IV veya IO yolla her 3-5 dk'da bir 10 mikrogram/kg adrenalin ver. Reversibl nedenleri (4H ve 4Tler) tanımla ve tedavi et.

Kardiyak Arrestin Reversibl Nedenleri; Hipoksi, hipovolemi, hiper/hipokalemi (metabolik), hipotermi, tromboz (koroner/pulmoner), tansiyon pnömotoraks, tamponad (kardiyak), toksik/terapötik rahatsızlıklar

Şoklanabilir Ritimler- VF/ Nabızsız VT:

- ❖ Hemen defibrilatör kullan (4 J/kg)
- ❖ Diğer kurtarıcı göğüs kompresyonuna devam ederken defibrilatörü şarj et,
- ❖ Defibrilatör şarj olunca göğüs kompresyonlarını durdur ve diğer kurtarıcıların hastadan uzak durmasını sağla, duran göğüs kompresyonu ve verilen şokun arasındaki gecikmeyi minimize et çünkü 5-10 snlik bir geikme bile şokun başarılı olma şansını azaltır.
- ❖ Şok ver
- ❖ Ritmi değerlendirilmeden KPR'ye devam et.
- ❖ 2 dk'dan sonra monitörden kardiyak ritmi kontrol et.
- ❖ Hala VF/ Nabızsız VT varsa 2. Şoku ver.
- ❖ 2 dk daha ritmi değerlendirilmeden KPR uygula.
- ❖ Ritmi değerlendirmek için kısa süreliğine dur, hala VF/nVT varsa 4J/kg'lık 3. Şoku ver.
- ❖ KPR'ye ara verilmişken 3. Şoktan sonra 10 mikrogram/kg'lık adrenalin ve 5 mg/kg'lık amiodaron ver.
- ❖ Her siklsten sonra (-3-5 dklık KPR) adrenalin ver
- ❖ 5. Şoktan sonra hala VF/nVT varsa 2. Amiodaron dozunu ver.

Aritmiler: Unstabil Aritmiler, bradikardi, taşikardi, stabil aritmiler

Kaynakça:

1. [http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572\(15\)00340-8_main.pdf](http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572(15)00340-8_main.pdf)
2. <http://www.acilci.net/pediyatrik-yasam-destegi-erc-resuscitation-2015-kilavuzu/>
3. [http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572\(15\)00340-8_main.pdf?](http://www.cprguidelines.eu/assets/downloads/guidelines/S0300-9572(15)00340-8_main.pdf?)

GÜLHANE ASKERİ TIP AKADEMİSİ ÇOCUK ACİL SERVİSİNE BAŞVURAN HASTALARIN ACİLİYET DURUMLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Stj.Dr. Servet Torğut

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dönem 4, storgut@gata.edu.tr

Giriş: Acil servisler , hastanelerin sıra veya randevu gerektirmeksizin hasta kabul ettikleri önemli birimleridir.Diğer bir tanımla acil servisler yaşamı tehdit eden durumlarda hastaların var olan gereksinimlerini karşılamak amacıyla kurulmuş merkezlerdir.Çocukların daha hassas olmaları sebebiyle çocuk acil servislerinde mevcut olan sorunların, erişkin acil servistekilerine nazaran daha çok üzerinde durulması gereken bir husus olduğu ortadadır.Bu konuyla ilgili literatürü incelediğimizde ülkemizde bu konu ile ilgili ayrı bir çalışma yapılmadığını görerek çalışmamızı ortaya koyduk.

Hastalar incelendiğinde görülmüştür ki başvuru nedenlerinin önemli bir kısmını acil olmayanlar oluşturmaktadır.Bu durum zaten yoğun olan acil servislerin işleyişini olumsuz etkilemektedir.Bizim bu çalışma ile amaçladığımız; başvuruların aciliyetini irdelemek olduğu kadar, aciliyetlerin hasta ve hekim bakış açısıyla nasıl algılandığını ortaya koymaktır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmamız bir tanımlayıcı analiz çalışmasıdır.İki aylık zaman dilimi içinde çocuk acil servise başvuran 469 hasta ve bu hastalara uygulanan işlemler hakkında bilgiler toplandı.Ayrıca her hastanın ebeveyelerine de çocuklarının aciliyetlerine yönelik olarak kendi düşüncelerini yansıtan puanları belirtmeleri istendi.Yine aynı şekilde hastadan sorumlu doktorların da acileyete yönelik görüşleri alındı.Çalışma sonunda her hasta için doldurulan formlar kategorilere göre değerlendirilerek incelendi ve aciliyete uygunluğu

belirlendi.Araştırmada kullanılan aciliyet kriterleri ise literatür taraması ve uzman görüşü alınarak oluşturuldu.

Bulgular: Yapılan değerlendirme sonucunda başvuruların %9,4'ü aciliyet açısından uygun bulundu. Hastaların ebeveynlerine sorulan “Acil servisi neden tercih ettiniz?” sorusuna verdikleri yanıtlar ve ebeveynlerin eğitim durumları ile çocuklarının aciliyet uygunlukları karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulundu. Sosyal güvence grupları aciliyetin uygunluğu açısından değerlendirildiğinde ise aralarında anlamlı bir fark bulunamadı. Hasta ebeveynlerinin aciliyet algıları ile hekim değerlendirmesi arasında ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptandı. Ebeveynlerin çocuk acil servisi en çok tercih sebebi çocuklarının durumlarını acil olarak algılamaları şeklinde bulundu.

Sonuç: Çocuk acil servislerin acil olmayan hastalar tarafından kullanılması, bu hastaların kendileri yanında gerçekten acil olanlar içinde sorun oluşturmakla beraber, genel sağlık sistemi ve hastane yönetimi açısından da problemler yaratmaktadır. Bu problemlerin belirlenerek çözüm sürecinde kullanılmak üzere sağlık yöneticilerine bilgi sağlanması uygun olacaktır. Ayrıca acil servis hizmetlerinin güvenle sürdürülebilmesi için birinci basamak sağlık hizmetlerinin güçlendirilmesi gerekir. Ülkemizde hastaların çocuk acil servisleri kullanımı konusunda ileri çalışmalara ihtiyaç olduğunu düşünmekteyiz.

Kaynakça:

1. Cunningham P.J. et al. (1995) “The Use of Hospital Emergency Departments for Nonurgent Health Problems: A National Perspective”. The Journal of Family Practice. 42(5):491-496.
2. Murat ERSEL, Özgür KARCIOĞLU, Sedat YANTURALI, Ashıhan YÜRÜKTÜMEN, Mustafa SEVER, M. Aziz TUNÇ. Bir Acil Servisin Kullanım Özellikleri ve Başvuran Hastaların Aciliyetinin Hekim ve Hasta Açısından Değerlendirilmesi. Türkiye Acil Tıp Dergisi - Turk J Emerg Med 2006;6(1):25-35
3. Kini NM, Strait RT. Nonurgent use of the pediatric emergency department during the day. Pediatr Emerg Care 1998; 14: 19-21.
4. Lucas RH, Sanford SM. An analysis of frequent users of emergency care at an urban university hospital. Ann Emerg Med 1998;32:563-8.
5. Young GP, Wagner MB, Kellermann AL, Ellis J, Bouley D. Ambulatory visits to hospital emergency departments. Patterns and reasons for use. 24 Hours in the ED. Study Group. JAMA 1996;276:460-.

Çocuk Cerrahisi Oturum

ÇOCUKLARDA İNGUİNAL PATOLOJİLER

Kerem Başer

Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dönem 4, kbaser@gata.edu.tr

İnguinal ve skrotal patolojiler çocukluk çağında en çok rastlanan cerrahi sorunlardır. Bunların çoğu inguinal herni, hidrosel, inmemiş testis ve testis tümörleridir. Akut skrotal ağrı ve/veya şişliğe yol açan patolojilerden en çok rastlananlar ise testis torsiyonu, epididimo-orşit ve appendiks testis torsiyonudur. Bu rahatsızlıkların zamanında doğru tanı ve tedavisinin yaşamsal önemi vardır. (1)

İnguinal Herni: Çocuklarda inguinal bölgede en sık görülen patolojidir. Tipik öykü; erkeklerde skrotumda, kızlarda ise labium majus bölgesinde zaman zaman ortaya çıkan şişlik şeklindedir. Bu şişlik ağlama, ıkınma gibi karın içi basıncını artıran durumlarda belirginleşir, yatmakla ya da itmekle kaybolur. İnguinal herni kendiliğinden geçmez, her an boğulma riski vardır. Bu da erkeklerde bağırsak veya testisin, kızlarda ise daha çok over veya tuba uterinanın burada sıkışmasına, bu organlarda nekroz ve gangren gelişmesine, hatta sepsise, bunun sonucunda da hastanın kaybedilmesine sebep olabilir. Çocuğun yaşı ve fitik ne kadar küçükse, boğulma riski o kadar fazladır. Prematüre bebeklerde fitiğin boğulma riski daha fazladır (%31). Bu nedenlerle, inguinal herninin tedavisi tanı konduğunda, elektif şartlarda en kısa zamanda cerrahidir. (2)Erkeklerde skrotum şişliğinin ayırıcı tanısında en pratik tanı yöntemi, skrotumu da içine alan ayakta direkt karın grafisidir. Skrotumda gaz-sıvı seviyesinin görülmesi, burada bağırsak olduğuna, dolayısıyla fitiğe işaret eder. Ayırıcı tanı için gerekirse USG yapılır.

Hidrosel: Hidrosel, testisi saran iç ve dış tunika vajinalis tabakalarının arasında sıvı toplanmasıdır ve genellikle doğumda ortaya çıkar. Periton boşluğu ile ilişkili (kommünikan) ya da ilişkisiz (nonkommünikan)

olabilir. Kommünikan olduğunda, bebek yatıyorken şişlik azalır ama tamamen kaybolmaz, ayakta durduğu zaman şişlik artar. Sağda daha çok görülür, sıklıkla bilateralidir.

İnmemiş Testis: Testisler gebeliğin 23. haftasından itibaren processus vaginalis adlı periton uzantısını takiben skrotum içine doğru uzanır. Doğumda en çok görülen anomalilerdendir ve yenidoğan erkeklerin %3'ünde bulunur.(3-6)

Testis Tümörleri: Testis tümörleri tüm çocukluk çağı solid tümörlerinin %1-2'sini oluşturur, en fazla 2 yaşında görülür. Çocuklardaki testis tümörlerinin büyük bir çoğunluğunu (%74) benign lezyonlar oluşturur. (7-9)

Akut Skrotum: Bir çocuk ya da adolesanda akut olarak ortaya çıkan ağrı, duyarlılık ya da şişlik acil bir durumdur. Akut skrotumun ayırıcı tanısı önemlidir.

Spermatik Kord Torsiyonu: Gerçek bir acil cerrahi durumdur. Sebep, testis ve epididimin skrotumdaki fasya ve kas yapılarına uygun fiksasyonunun olmamasıdır.

Testis ve Epididim Appendikslerinin Torsiyonu: Appendiks testis ve appendiks epididimisin her ikisi de adolesan dönemde hormonal uyarılar sonucu torsiyona meyillidir.

Epididimit, Orşit: Epididim ve testis inflamasyonu ya da enfeksiyonu, akut testis torsiyonu kadar sık görülür, klinik bulguları skrotal şişlik, kızarıklık ve ağrıdır.

Kaynakça:

- 1.Türk Pediyatri Arşivi 2010; 45 Özel Sayı: 23-8
- 2.Lau ST, Lee YH, Caty MG. Current management of hernias and hydroceles. Semin in Pediatr Surg 2007; 16: 50-7.
- 3.Scorer CG, Farrington GH. Congenital deformities of the testis and epididymis. New York, Appleton-Century-Crofts, 1971.
- 4.Cryptorchidism, 1992. Cryptorchidism: A prospective study of 7500 consecutive male births, 1984-8. John Radcliffe Hospital Cryptorchidism Study Group. Arch Dis Child 1992; 67: 892-9.
- 5.Berkowitz GS, Lapinski RH, Dolgin SE, Gazella JG, Bodian CA, Holzman IR. Prevalence and natural history of cryptorchidism.Pediatrics 1993; 92: 44-9.
- 6.Thong M, Lim C, Fatimah H. Undescended testes: Incidence in 1.002 consecutive male infants and outcome at 1 year of age. Pediatr Surg Int 1998; 13: 37-41.
- 7.Li FP, Fraumeni JF. Testicular cancers in children: epidemiologic characteristics. J Natl Cancer Inst 1972; 48:1575-81.
- 8.Haas RJ, Schmidt P. Testicular germ-cell tumors in childhood and adolescence. World J Urol 1995; 13: 203-8.
- 9.Pohl HG, Shukla AR, Metcalf PD, et al. Prepubertal testis tumors: actual prevalence rate of histological types. J Urol 2004;172: 2370-2.

SPİNA BİFİDALI HASTALARDA KASIK FITIĞI, İNMEMİŞ TESTİS SIKLIĞI VE TECRÜBELERİMİZ

Op.Yrd.Doç.İbrahim Alataş, Mustafa Alper Küçükneane¹, Dicle Özge Özgenel², Vuslat Özer³, Ezgi Nur Uyaniker

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1,alperkucukneane95@gmail.com, ²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1,ozgeozgenel@gmail.com, ³İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1, vuslatozerr@gmail.com, İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1, ezgiuyaniker@hotmail.com

Spina Bifida, insanda omurgayı oluşturan kemiklerin omurgada bir boşluk veya açıklık oluşturacak şekilde gelişimlerini tamamlayamamalarıdır.Bu hastalığa bağlı olarak hastalarda kasık fitiği ve inmemiş testis problemleri de gözlenmektedir.Yapılan bu çalışma ile kasık fitiğinin tek taraflı veya bilateral olup olmadığının saptanması ve tek taraflı kasık fitiğinde diğer tarafın da kontrol altında tutulması ve tüm bu uygulamalar yapılırken şanta sahip hastalarda enfeksiyon riskini ortadan kaldırmak için prolaktik antibiyotik uygulanması amaçlanmıştır.

Gereç ve Yöntem: Fıtık karın duvarındaki yırtık.an veya delikten çıkan iç organların altında bir şişlik oluşturmasıdır.Tüm karın duvarı fıtıkları doğumsal veya sonradan oluşan bir zayıf noktadan çıkar.Kasık fıtıkları bu tip fıtıklara örnek teşkil eder.İnmemiş testis ise testislerden bir veya ikisinin skrotumda bulunmamasıdır. Şişli Florance Nightingale hastanesi Spina Bifida merkezine gelen 1046 hasta kapsamlı tetkik ve muayeneden geçirilmiştir.

Bulgular: İncelenen 1046 hastadan 15'inde kasık fıtığı ve inmemiş testis patolojisine rastlanmıştır.15 hastanın %80'inde bilateral kasık fıtığı ve kalan %20'sinde tek taraflı kasık fıtığı olduğu gözlenmiştir.Bu 15 hastanın %80'inde şant mevcut olduğu muayenler sonucunda görülmüştür.Şant bulunması enfeksiyon riskini artırdığı için profilaktik antibiyotik uygulanmıştır.

Tartışma ve Sonuç: Yapılan muayene ve tetkikler sonucunda Spina Bifida hastalığına sahip hastalarda normal prevalansa göre daha yüksek seviyede kasık fıtığı ve inmemiş testis olgularına rastlanmıştır.Bu yüksek oranın Spina Bifida hastalığının bir sonucu olan batın duvarı zayıflığından ileri geldiği düşünülmektedir.

Kaynakça:

- 1.SSAT Patient care guidelines Surgical repair of groin hernias. J Gastrointest Surg 2007; 11: 1228-1230.
- 2.Kehlet H, Aasvang E. Groin hernia repair: Anesthesia. World J Surg 2005; 29: 1058- 1061.
- 3.Koç M, Tez M, Yoldaş Ö, et al. Cooling for the reduction of postoperative pain: prospective randomized study.Hernia2006;10:184-186.
- 4.Farrakha M, Shyam V, Bebars GA, et al. Ambulatory inguinal hernia repair with prolene hernia system (PHS).Hernia2006;10:2-6
- 5.EU Hernia Trialists Collaboration. Mesh compared with non-mesh methods of open groin hernia repair: systematic review of randomized controlled trials.Br.J.Surg2000;87:854-859.
- 6.Gilbert AI, Graham MF, Young J, et al. Closer to an ideal solution for inguinal hernia repair: comparison between general surgeons and hernia specialists. Hernia2006;10:162-168.
- 7.Kapur DK, Ahuja GK. Immunocytochemistry of male reproductive organs. Arch Androl 1989; 23(3): 169

Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Oturumu

BOWLBY’NİN BAĞLANMA TEORİSİ

Ece Melis Adalet¹, Berke Atalay²

¹Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4, eeadalet@hotmail.com, ²Yeditepe Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4, Berke123@hotmail.co.uk

İngiliz psikiyatrist ve psikanalist John Bowlby, 1958’de bağlanmayı “iki insan arasındaki derin ve süreklilik gösteren psikolojik bağlantı” olarak tanımlamıştır. Bağlanmayı, evrimsel olarak hayatta kalma açısından bir gereklilik olarak gören Bowlby’e göre insanlar dünyaya biyolojik olarak bağlanmaya programlanmış halde gelmektedir. Bebeklerin, yaşamlarının ilk 9 ayında birincil bakımlarını sağlayan kişiyle hassas ilişkilerinde geliştirdikleri bağlanma tipi, gelecekte bireylerin başka insanlarla kuracağı ilişkinin niteliği, insanlardan beklentileri ve kişilik gelişiminin yapıtaşlarını oluşturur.

Bebeklerde bağlanma davranışları; gülümseme, ağlama, emme, dokunma ve bakıştan oluşur. Bağlanma tipleri ise Mary Ainsworth’ün “Yabancı Durum Testi”nde (Strange Situation Test) deneysel olarak gösterilmiştir. Çocuğun keşif davranışı ve annesinin yanından ayrıldığında verdiği stres tepkisine göre değerlendirilen testin sonucunda bebekler *güvenli*, *kaygılı* veya *kaçıngan* bebekler olarak sınıflandırılmıştır. Bowlby 1950’de, Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan, “Maternal İlgi ve Akıl Sağlığı” makalesinde benzer konulu çalışmalarını değerlendirmiş, konunun çeşitli deney ve çalışmalarla derinlemesine incelenmesini teşvik etmiştir. 1952 yılında James Robertson ile ortak çalışması olan kısa belgesel “2 Yaşında Bir Çocuk Hastaneye Gider”de, 2 yaşında bir kızın hastaneye yatışı sırasında yaşadığı maternal deprivasyonun olumsuz

sonuçlarını bilim dünyasına sunmuş ve bu etkilerin görülmesindeki psikolojik süreci sorgulamıştır. Çalışmaları Bowlby ile paralellik gösteren Amerikan psikolog Harry Harlow'un 1958 yılında yayınlanan rhesus maymun yavrularıyla yaptığı deney sonuçlarında ise, maymunların ilgilerini süt içeren, telle kaplı yapay maymundansa süt içermeyen yumuşak yapay maymun üzerinde yoğunlaştırdıkları görülmüştür. Bu deneylerle Harlow, beslenmenin bağlanmada tek amaç olmadığını, anne ve yavru arasındaki bağlantının bireyin psikolojik gelişim ve sağlığı açısından önemini ortaya koymuştur.

Bowlby, Londra'da Child Guidance Clinic'te tedavi ettiği hastaları hakkındaki gözlemlerinden yola çıkarak; kaçınan bağlanma tipinden, sağlıklı ilgi yoksunluğunda büyüyen bebeklerin, ileriki dönemlerde bireyde genç yaşta suç meyil, azalmış zeka, empati yoksunluğu, artmış agresiflik ve depresyon gibi olumsuz sonuçlar doğurduğunu savunmaktadır. Bu olumsuz sonuçlar, 1944'te, "44 Hırsız" çalışmasında değerlendirilen 44 adolesan hırsız içerisinde ciddi duygusal problemler yaşayanlardan %86'sının, küçük yaşlarda uzun dönemli maternal ayrılmaya maruz kaldığı saptanarak kanıtlanmıştır.

Sonuç olarak Bowlby'nin Bağlanma Teorisi ve günümüze dek gerçekleştirilen birçok başarılı çalışma, çocukların stres ve korku içeren durumlarda bağlandıkları figürü korunma ve güven amaçlı kullandıklarını, dış dünyayı keşfetmek için güvenli bir dayanak olarak gördüklerini göstermiştir. Bu bağlanma kişinin entelektüel, sosyal ve duygusal gelişiminde önemli bir yer teşkil etmektedir.

Kaynakça:

- 1.Bowlby, John. "Forty-Four Juvenile Thieves: Their Characters and Home-Life." American Journal of Psychiatry AJP 105.11 (1949): 879. Web.
- 2.Bowlby, John. A Secure Base: Parent-Child Attachment and Healthy Human Development. New York: Basic, 1988. Print.
- 3.Bretherton, Inge. "The Origins of Attachment Theory: John Bowlby and Mary Ainsworth." Developmental Psychology 28.5 (1992): 759-75. PsycARTICLES. Web. 2016.
- 4.Hindley, C. B. "Symposium on the Contribution of Current Theories to an Understanding of Child Development." British Journal of Medical Psychology 30.4 (1957): 241-49. Wiley Online Library. Web. 2016.
- 5.<<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.2044-8341.1957.tb01203.x/abstract>>.
- 6.McLeod, Saul. "Bowlby's Attachment Theory." Simply Psychology. N.p., 2007. Web. 2016. <<http://www.simplypsychology.org/bowlby.html>>.
- 7.Robertson, J. "A two-year-old goes to hospital." Proceedings of the Royal Society of Medicine, 46, 425-427 (1952). 2016
- 8.Rutter, Michael. "Stress, Coping And Development: Some Issues And Some Questions." J Child Psychol & Psychiat Journal of Child Psychology and Psychiatry 22.4 (1981): 323-56. Web.
- 9.Simpson, Jeffry A., and W. Steven Rholes. Attachment Theory and Close Relationships. New York: Guilford, 1998. Print.

POSTPARTUM DEPRESYON VE TAKİBİ

Seçil İrem Arık

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3, seciliarik@hotmail.com

Kadınlar doğum sonrası ilk yıl içinde yaşanma riski artan psikiyatrik hastalıklar içerisinde baskın olanı postpartum depresyondur. Yeni doğum yapan kadınların yaklaşık %10- 15'inde görülmektedir. Gebelikte, ağır psikiyatrik hastalıkların görülme riski düşük olmasına rağmen, postpartum dönemde ruhsal sorunların önemli ölçüde arttığı tespit edilmiştir. Bu riskli dönemin doğumdan itibaren başlayıp 6 ay, bir yıl ve hatta iki yıl sürebildiği bildirilmektedir. Hastalığın şiddeti geniş bir spektrum oluşturur. Özellikle hafif ve orta şiddette olduğunda annenin yardım arayışı içerisinde olmaması hastalığın rahatlıkla gözden kaçmasına neden olur. Depresyon uzun süre devam edip, sonunda hastaneye yatış gerekli olacak derecede ağırlaşabilir.

Depresyon süresince aileye karşı sevgisizlik, bebeğe karşı olumsuz duygular ön plandadır. Duygu durumunun deprese olması, aktivitelere ilgi azlığı, iştah değişikliği yorgunluk, uyku bozukluğu, çocuğun bakımında güçlük, tüm bunları yaşadığı ve fark ettiği için duyulan suçluluk hissi, güven eksikliği depresyonun diğer bulguları arasındadır.

Etyolojisi kesin olarak bilinmemekle birlikte hızlı fizyolojik değişikliklerin rolü olabileceği düşünülmektedir.

Doğum öncesi takibin yeni yeni benimsenip uygulanmaya başlandığı ülkemizde doğum sonrası takip henüz yeterli anlamda yapılamamaktadır. Kadının ya da eşinin işsiz olması, sosyal desteğin yetersizliği, evlilik sorunları, planlanmamış gebelikler, önceki gebeliklerde geçirilen depresyon, anne sütü verememe, bebeğin bakımıyla ilgili duyulan kaygılar depresyon yaşama riskini yükselten faktörlerdendir. Hasta profili hakkında bilinçlenmek, postpartum depresyon adayı olan anneleri önceden tespit ederek yakın takibe almak ve tedavi amaçlı yönlendirmek birinci basamakta görev yapan hekimin öncelikli sorumluluğudur.

Postpartum depresyon, Doğum Sonrası Depresyon Tarama Ölçeği, Beck Depresyon Ölçeği, Edinburgh Doğum Sonrası Depresyon Ölçeği ve Durumluluk-Süreklilik Kaygı Envanteri gibi güvenilir tanımlama yöntemleri kullanılarak izlenmelidir.

Depresyonu tanıladıktan sonra psikoterapi, farmakolojik tedavi ve sosyal servislerin desteğinden yararlanılmalıdır.

Kaynakça:

1. Ö. Erdem, P.G.E. Bucaktepe, Postpartum Depresyon Görülme Sıklığı Ve Tarama Yöntemleri Dicle Tıp Dergisi 2012 Cilt; 39, No 3, 458-461
2. Dr. Tijen İ. Eren, Postpartum Depresyon Prevalansı Ve Sosyodemografik Risk Faktörleri, Uzmanlık Tezi, İstanbul-2007
3. T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı Ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü, Doğum Sonrası Bakım Yönetim Rehberi Ankara, 2009
4. Dr. Bülent Kara, Dr. Pınar Çakmaklı, Dr. Emel Nacak, Dr. Filiz Türeci, Doğum Sonrası Depresyon, Üsküdar Aç-Şp Eğitim Merkezi İstanbul, 2001, Cilt 10 - Sayı 9- 333
5. Muharrem Ak, Doğum Sonrası İlk Altı Ayda Maternal Depresyon Sıklığı Ve Etkileyen Faktörler, Harran Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2010, Cilt 7 Sayı 2
6. Hacer Hicran Beyca, Hasan Hüseyin Mutlu, Özkan Özdamar, Postpartum Depresyon Açısından Riskli Annelerin Bebeklerinin Doğum Sonrası İlk İki Aylık Dönemde Boy Ve Kilo Ölçümlerinin Değerlendirilmesi, *Zeynep Kamil Tıp Bülteni 2014 ;45:124-30*
7. Yrd.Doç. Dr. Ayfer Tezel, Doç. Dr. Sebahat Gözüm, Postpartum Dönemde Kadınlarda Görülebilen Depresif Belirtiler Ve Hemşirelik Bakımı, *Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi (2005) 62-68*

FGFR3 GENİNDEKİ MUTASYONLARA BAĞLI OLUŞAN KONJENİTAL AKONDROPLAZİSümeyye Hilal Doğan¹, Duygu Günay²¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dönem 3, s.hilal_dogan@hotmail.com, ²Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dönem 3, dygu.gny45@gmail.com

Amaç; Akondroplazi konjenital iskelet sistemi hastalıklarından olup FGFR3 genindeki spesifik mutasyonlar sonucu ortaya çıkar. Otozomal dominant kalıtılması ve cüceliğin en sık nedeni olması açısından önemlidir.

Yöntem ve Gerekeç; 4. kromozom (4p16.3) üzerinde yer alan fibroblast büyüme faktörü reseptörü 3 genindeki bozukluk akondroplaziye neden olur.

Bu genin yapımını sağladığı fibroblast büyüme faktörü reseptörü 3 (FGFR3) adındaki protein, mevcut diğer 3 fibroblast büyüme faktörü reseptörü gibi, vücuttaki birçok değişik dokuda hücre duvarında yer alır ve büyüme faktörleriyle aktive olarak hücre içindeki bir dizi kimyasal reaksiyonu başlatır. FGFR3 proteini hücre büyümesi ve çoğalması, hücre çeşidinin belirlenmesi, kan damarlarının oluşumu, yara iyileşmesi ve embriyonun gelişimi gibi birçok hücrenel süreçte önemli rol oynar. FGFR3 proteinin kemik uzaması üzerindeki etkisi, özellikle tubüler kemiklerde olmak üzere, kemiğin kırıkta taslaktan gelişimini düzenlemek şeklindedir. Akondroplazi, ekstremitelerde kısalığa ve bükülmeye neden olur ve doğumda boy kısalığına oranla ekstremitelerde kısalığı çok daha belirgindir.

Akondroplazi en sık görülen letal olmayan iskelet sistemi displazisi olmakla birlikte insidansı 1/10000 ile 1/30000 arasında değişmektedir.

Sonuç; Klinik özelliklerle birlikte, akondroplazinin tanısı genellikle radyolojik bulgularla desteklenir. Akondroplazinin komplikasyonlarının önceden tahmin ve tedavi esasına dayanır. İnfant ve erken çocukluk döneminde hastalar, semptomatik spinal stenoz, hidrosefali, beyin kökü basısı, semptomatik genu varum, obezite, diş komplikasyonları, kronik otitis media için izlenmeli ve gerekli görüldüğünde tedavi edilmelidir.

Kaynakça:

1. Horton WA, Hall JG, Hecht JT. Achondroplasia. Lancet 2007; 370: 162–72.
2. Güler E, Karabiber H, Uzel U, Davutoğlu M. Akondrojenesis Tıp 1A: Olgu Sunumu. İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2007; 14(4):275-277.
3. Tıp Araştırmaları Dergisi 2013 Prenatal Akondroplazi Vakası: Olgu Sunumu
4. Kazım Gezginç, Fatma Yazıcı, H. Berkan Sayal, Dilay Gök
5. Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı, Konya, Türkiye
6. S.Ü Tıp. Fak Dergi 1999 Akondroplazili Bir Olgu Sunumu
7. M.Emre Atabek, Kürşad Aydın, Bülent ORAN, İbrahim ERKUL S.Ü.T.F Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı KONYA

VARISELLA ZOSTER ENFEKSİYONUNU TAKİBEN GELİŞEN İMMUN TROMBOSİTOPENİK PURPURAAli Aydın¹, Süleyman Eti², İnanç Aliustaoglu³, Serdar Özkasap⁴¹Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5, ali_sait_1002@hotmail.com, ²Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 5, suleymaneti@gmail.com

Giriş: Varisella zoster enfeksiyonu sonrasında gelişebilen komplikasyonlardan biri olan ve ciddi sonuçlara yol açabilen İTP hakkında farkındalık oluşturmak.

Yöntem: 7 yaşında erkek hasta vzv enfeksiyonunun 10. Gününde vücudundaki döküntüler nedeniyle getirildi. Yapılan fizik muayenesinde yaygın ekimozlar, peteşiler görüldü. Hsm yoktu. Laboratuvarında: plt: 32.000/μl, gaytada gizli kan pozitif, TİT: hemogloblin 2 pozitif, Eritrosit mikroskopisi 207 HPF gözlemlendi. Periferik yaymasında trombositler tekli, küme yapmamış ve yer yer iri trombositler görüldü. Hastanın gaytasında ve idrarında kan görülmesi sebebiyle HÜS düşünülse HÜS e eşlik eden diğer bulguların

olmayışı bizi enfeksiyonun indüklediği İTP tanısına yönlendirdi. İVİG tedavisi uygulandı ve hastanın platelet değerinin 24 saat sonra 119.000/ µl, bir hafta sonrada 394.000/ µl e yükseldiği gözlemlendi.

Sonuç: Vzv enfeksiyonu sonucunda gelişen trombositopeninin muhtemel nedeni virüs antijenine karşı gelişen antikörlerin trombosit yüzey antijenleri ile etkileşime girmesidir. Bu da suçiçeği seyri sırasında trombositopeniye neden olmaktadır. Bu açıdan enfeksiyonu geçiren hastalar ve aileleri muhtemel komplikasyonlar ve belirtileri hakkında bilgilendirilmelidir.

Kaynakça:

- 1-Myers MG, Stanberry LR. VaricellaZoster Virus. In: Behrman RE, Kliegman RM, Jenson HB, eds. Nelson Textbook of Pediatrics. 15th edn. Philadelphia: WB Saunders, 2000: 973-977.
- 2-Rand ML, Wright JF. Virus-associated idiopathic thrombocytopenic purpura. Transfusion Science, 1998; 19: 253-259.
- 3-Maness DL, Rogers DY. Hemorrhagic complications of varicella. Am Fam Physician, 1987; 35: 151-155.
- 4-Beardsley DS, Nathan DG. Platelet abnormalities in infancy and childhood. In: Nathan DG, Orkin SH, eds. Nathan, Oski's Hematology of Infancy and Childhood. 5th edn. Philadelphia: WB Saunders, 1998: 1585-1630.
- 5-Riaza Gomez M, de la Torre Espi M, Mencia Bartolome S, Molina Cabanero JC, Tamariz-Martel Moreno A. Complications of varicella in children. An Esp Pediatr, 1999; 50: 259-262.
- 6-Hui-Wan Tseng, Ching-Chuan Liu, ShihMin Wang, Yao-Jong Yang, Yi-Shen Huang. Complications of varicella in children: emphasis on skin and central nervous system disorders. J Microbiol Immunol Infect, 2000; 33: 248-252.
- 7-Aydoğdu SA, Ünüvar T, Söz O, Yenigün A. Suçiçeği enfeksiyonu sonrası gelişen aseptik menenjit ve immün trombositopenik purpuralı iki olgu. Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 6: 39-41.
- 8-Ho-Yen DO, Hardie R, Sommerville RG. Varicella-induced thrombocytopenia. J Infect, 1984; 8: 274-276.
- 9-Yenicesu I, Yetgin S, Ozyürek E, Aslan D. Virus associated immune thrombocytopenic purpura in childhood. Pediatr Hematol Oncol, 2002; 19: 433-437.
- 10-Hamada M, Yasumato S, Furue M. A case of varicella associated idiopathic thrombocytopenic purpura in adulthood. J Dermatol, 2004; 31: 477-479.
- 11-Yetgin S, Olcay L, Ozsoylu S, Hicsonmez G, Gurgey A, Tuncer AM. Retrospective analysis of 78 children with idiopathic chronic thrombocytopenic purpura: follow-up from 1976 to 1996. Pediatr Hematol Oncol, 1997; 14: 399-412.

SAĞLIK ÇALIŞANLARININ ÇOCUK İSTİSMARI HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Aysel Güven Bağla¹⁺, Merve Arıkan¹, İlayda Kuyucu¹, Merve Özgan¹, Baran Öngü¹, Selin Ursavaş¹⁺, Vildan Sümbüloğlu^{1*}, Ozlem Soran²

¹⁺SANKO Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Histoloji ve Embriyoloji AD. Gaziantep, ¹ SANKO Üniversitesi, Tıp Fakültesi, 2.sınıf öğrencisi doktorvervehanim@hotmail.com, Gaziantep, ^{1*}SANKO Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Biyoistatistik AD. Gaziantep, ² Pittsburgh Üniversitesi, ABD

Amaç: Çocuk istismarı toplumumuzda çoğu zaman gizli kalan, mağdurlarının dile getiremediği, belirtilerin toplum tarafından algılanmadığı kişinin fiziksel, ruhsal ve sosyal yaşantısını olumsuz yönde etkileyen sosyal ve tıbbi bir problemdir. Sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkında bilgi düzeyinin yüksek olması beklenmekle birlikte, ülkemizde mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim programları içerisinde çocuk istismarı konusu işlenmemektedir. Çalışmamızın amacı, çocuklarla iç içe bulunan sağlık çalışanlarının çocuk istismarı hakkındaki bilgi düzeyini değerlendirmektir.

Metod: Bu çalışmaya, SANKO Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışan 18 yaş üzerindeki sağlık çalışanları alınmıştır. [Dünya Sağlık Örgütü](#)'nün çocuk istismarı tanımı temel alınarak anket soruları hazırlanmış ve sağlık çalışanlarının çocuk istismarı konusundaki bilgi düzeyleri eğitilmiş anketörler tarafından yapılan yüz yüze anket metodu ile değerlendirilmiştir.

Bulgular: Araştırmamıza 30'u sağlık personeli, 27'si hemşire, 13'ü doktor olmak üzere 70 sağlık çalışanı katılmıştır. %86'sı 1 yıldan fazla süredir çalışmaktaydı. Katılımcıların %45.7'si evli ve %34.3'ü çocuk sahibi idi. %72.9'u daha önce hiç çocuk istismarı vakasıyla karşılaşmadığını belirtmiştir. Katılımcıların %40'tan fazlası çocuğun yaramazlık yapıldığında dövülmesini ve 12 yaş altında çocuğun çalıştırılmasını istismar olarak tanımlamamıştır. %36'sı sebepsiz mizaç değişikliğinin istismara bağlı olabileceğini düşünmezken, %37'si aile içinde tekrarlayan dayak-şiddet olaylarını resmi makama bildirme kararını şiddetin boyutuna göre vereceğini, %22'si çocuk istismarı ile karşılaştığında ne yapması gerektiğini bilmediğini belirtmiştir.

Ankete katılanların tümü cinsel istismar yapan kişinin affedilmeyip, en şiddetli şekilde cezalandırılması gerektiğini savunurken, sadece %14.3'ü Uluslararası Çocuk Hakları Sözleşmesini bilip okuduğunu, %61'i çocuk istismarı konusunda bir eğitim almadığını, %88.6'sı' u bu konuda eğitim zorunluluğunun getirilmesi gerektiğine inandıklarını belirtmiştir. %97.1'i çocuk istismarını önlemenin yolunun eğitim olduğunu belirtmiştir. Yakın tanımadığı bir çocuğun aile içinde tacize uğradığını söylemesi durumunda sadece %51.4'ü bir yetkiliye bildirim demiştir. Cinsel istismar yapan kişilerin cezalandırılmasına yönelik soruya %41.4'ü asımlıdır diye cevap vermiştir. Katılımcıların %8.6'sı hayatlarının bir döneminde istismara uğradığını belirtirken, bunların % 33.3'ü cinsel istismar, %50'si ise dayak şeklinde olduğunu belirtmiştir. İstismara uğrama yaşının en çok 6-10 yaş arasında olduğunu, istismarı yapan kişilerin genellikle öğretmenleri ya da aile bireyleri olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların çoğu çocuk istismarı ile ilgili risk faktörlerinin tümünü tanımlayamaz iken çocuk istismarını önlemenin en önemli yolunun eğitim olduğunu belirtmişlerdir.

Sonuçlar: Çalışmamızın sonuçları, sağlık çalışanlarının büyük bir kısmının çocuk istismarı konusunda beklenen yeterli bilgi düzeyine sahip olmadıklarını göstermiştir. Tespit edilemeyen çocuk istismarı vakaları ileride kişinin hayatını olumsuz yönde etkileyerek kişisel ve toplumsal sorunlara yol açabileceğinden çok önemlidir. Bu nedenle bölgesel özellikler de dikkate alınarak çocuk istismarı konusunda eğitim programlarının oluşturulmasına ve kurum içi eğitim zorunluluğunun getirilmesine ihtiyaç olduğu ortaya koyulmuştur.

Anahtar Kelimeler: *çocuk istismarı, sağlık çalışanı, anket, bilgi düzeyi*

Kaynakça:

1. Kara Ö, Çalışkan D, Suskan E. Ankara ilinde görev yapan çocuk asistanları, uzmanları ve pratisyen doktorları çocuk istismarı ve ihmali konusunda bilgi düzeyleri ve yaklaşımlarının karşılaştırılması. *Türk Pediatri Arşivi* 2014; 49: 57-65.
2. Vatansver Ü, Duran R, Yolsal E, Aladağ N, Öner N, Biner B, Karasalihoğlu S. Pediatik acilde çocuk istismarı ve olasılığını akılda tutalım. *Türk Pediatri Arşivi* 2004; 39: 120-4
3. Güner İ, Güner S, Şahan H. Çocuklarda sosyal ve medikal bir problem; istismar. *Van Tıp Dergisi* 2010; 17 (3): 108-113
4. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46: 295-298.

ACİL BİRİMLERİNİN ÇOCUK HASTALARDA KAWASAKİ HASTALIĞI FARKINDALIĞI

Mehveş Beliz Beşışık

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3, belizzsevgii@hotmail.com

Giriş: Kawasaki hastalığı (KH) çocukluk yaş grubunda görülebilen genellikle küçük ve orta çaplı arterleri tutan özellikle de koroner arterleri etkileyen etiyolojisi tam olarak bilinmeyen akut sistemik bir vaskülitik sendromdur. Süregelen ateş, deri ve mukoza tutulumu ve lenf bezi büyümesi kliniğe başvuru nedenlerini oluşturur.

Tanısı konulamayıp tedavisi geciken hastaların %10-20'sinde koroner arterlerde anevrizma gelişimi, miyokard infarktüsü ve kronik iskemik kalp hastalığı gelişimi bildirilmektedir.

Hastalığın akut fazında intravenöz immünoglobulin (IVIG) ve aspirin kullanımı koroner arter tutulum sıklığını %5'in altına düşürmektedir. Bu nedenle çocuk acil bölümünde çalışan hekimler için KH farkındalığı çok önemlidir. KH gelişmekte olan ülkelerde edinsel kalp hastalığı nedenleri sıralamasında 2. sırada iken gelişmiş ülkelerde 1. sırada yer almaktadır. Sonuç olarak erken tanı hastalığın tedavisi ve ülkemizde gerçek sıklığı açısından çok önemlidir.

Olgu: 12 yaşında erkek hasta. Uzamış ateş, genel durum ve şuur bozukluğu, deri döküntüsü şikayetiyle Fakültemiz Çocuk Acil birimine başvurdu. KH ön tanısı ile yapılan anjiyografide sağ koroner arterde yaygın dilatasyon saptandı. KH tanısı ile tedavisi başlandı. (Resim)

Olgu ve resim Doç Dr Yılmaz Yozgat'ın izni ile kullanılmıştır.

KH, en yaygın Japon toplumunda bildirilmiştir. Hastalığın ayırıcı tanısında özellikle viral enfeksiyonlar yer alır.

Kaynakça:

- 1.Kim KY, Kim DS. Recent Advances in Kawasaki Disease. Yonsei Med J. 2016;57:15-21
- 2.Barut K, Şahin S, Adroviç A, Kasapçopur Ö. Diagnostic approach and current treatment options in childhood vasculitis. Turk Pediatri 2015; 50: 194 – 205
- 3.Jamieson N and Sing-Grewal D. Kawasaki Disease: A Clinician's Update nternational Journal of Pediatrics. 2013; 2013: 645391
- 4.http://emedecine.medscape.com

ÇOCUKLARDA HİPERKALSIÜRİ VE HİPERTANSİYON İLİŞKİSİ

Gülzer Yalınkılıç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4, dr.gulzeryalinkilic@gmail.com

Amaç: Hiperkalsiürlü çocuklarda sessiz seyreden hipertansiyon riskini araştırmak.

Gereç-Yöntem: Hiperkalsiüri tanısıyla takipli, 3-10 yaş arası 20 çocuk çalışmaya kabul edildi. Çocukların 24 saatlik arteriyel kan basınçları holter cihazı ile ölçüldü. Vakaların böbrek fonksiyon testleri, serum elektrolitleri, serum alkalen fosfataz, kalsiyum, fosfor, parathormon, osteokalsin, kalsitriol düzeyleri, idrar kalsiyum/kreatinin, 24 saatlik idrar kalsiyum atılımları incelendi. Çocukların kemik yoğunluk ölçümleri yapıldı. Çocuklar sistolik kan basınçlarına göre; %15 hipertansif, %60 prehipertansif; diyastolik kan basınçları- na göre %30 prehipertansif bulundu. Çocuklarda hipertansiyon riskinin, hiperkalsiüri derecesinden bağımsız olarak arttığı görüldü.

Sonuç: Hiperkalsiüri sistemik bir hastalık olarak kabul edilmeli, hastalar hipertansiyon riski açısından da yakından izlenmelidir.

Kaynakça:

1. Gillespie RS, Stapleton FB. Nephrolithiasis in children. Pediatr Rev, 2004; 25:131-9.
2. Aqqarwal VK, Jones KV. Diffuse nephrocalcinosis and idiopathic renal hypercalciuria. Arch Dis Child, 1989; 64:1055-7.
3. Kruse K, Kracht U, Kruse U. Reference values for urinary calcium excretion and screening for hypercalciuria in children and adolescents. Eur J Pediatr, 1984; 143:25-31.
4. Buyan N, Saatçi Ü, Bakkaloglu A, Besbas N. Okul çocuklarında asemptomatik hiperkalsiüri: epidemiyoloji ve patogenezi. Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, 1989; 32:43-50. 27. Levy FL, Adams Huet B, Pak CY.

KALAAZARLI BİR OLGUDA HEMOFAGOSİTİK LENFOHİSTİYOSİTOZİS

Esra Nur Durmazer¹, Ayşegül Bayındır², Yusuf Ziya Aral³,

¹Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 Öğrencisi, dr.esradurmazer@gmail.com, ²Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 3 Öğrencisi, aysegulbayindir35@gmail.com,

³Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Hematoloji BD Öğretim Üyesi

Hemofagositik lenfohistiyositozis (HLH) ateş, splenomegali, sitopeni, hipertrigliseridemi ve/veya hipofibrinojenemi, kemik iliği, dalak veya lenf nodlarında malignansi olmadan saptanan hemofagositoz, NK hücrelerinin aktivasyonunun azalması veya olmaması, ferritin düzeyinin artması ve solubl CD25 düzeyinin yüksek olması ile karakterize bir hastalıktır. Tanı ailevi hastalık/bilinen gen defekti varlığı veya 8 klinik ve

laboratuvar tanı kriterinden en az 5'inin olması gereklidir. HLH ailevi olabildiği gibi sekonder nedenlerle de (enfeksiyon, malignansi, immunolojik bozukluk) olabilmektedir. Ailevi HLH'lu olguların %13-50'sinde perforin, %17-30'unda ise UNC13D mutasyonu olduğu gösterilmiş, olguların bazılarında ise genetik defekt henüz saptanamamıştır. Kalaazar-HLH birlikteliği olan olgularda tanıda gecikme ölümle sonuçlanabilmektedir. Bu çalışmada başvuruda kalaazar ve HLH tanısı koyduğumuz bir süt çocuğunu sunuyoruz.

Olgu Sunumu: Ateş, halsizlik, solukluk, karın şişliği yakınmalarıyla başvuran 19 aylık erkek hastanın öyküsünden bir ay önce başlayan ve 20 gündür her gün olan ve 39 °C 'ye yükselen ateşlerinin olduğu ve bu nedenle 3 ayrı doktora götürdükleri ve ağızdan değişik antibiyotikler verdikleri halde ateşinin geçmediği, 15 gündür solukluğunun ve halsizliğinin arttığı, 2 gündür de karın şişliğinin olduğu öğrenildi. Fizik incelemede ateş:38.3 °C, nabız:140/dk, solunum sayısı:45/dk, genel durumu orta, bilinç açık, cilt rengi ve konjunktivalar soluk, ayak sırtlarında peteşiyel döküntüleri mevcut, karın distandü, karaciğer 5 cm, dalak 10 cm ele geliyor, pretibial ve ayak sırtında ödem mevcut. Laboratuar incelemesinde: Hb: 5 gr/dl, BK: 2100/mm³, trombosit sayısı: 15000/mm³, Periferik yayma: %79 lenfosit, %19 parçalı, 52 monosit görüldü, retikülosit (düzeltilmiş) %0.8, total bilirubin: 0.9 mg/dl, SGOT: 304 U, SGPT: 102 U, Alkalen fosfataz: 297, Total protein:5.2 gr/dl, Albumin:2.3 gr/dl, LDH: 1923 U, Trigliserid: 276, ferritin: 722ng/ml, fibrinojen: 100 mg/dl, CRP: 39.6, Ig G: 2305 mg/dl(N: 345-1236 mg/dl), IgM: 118 mg/dl, Ig A: 79 mg/dl, TORCH (-), Kemik iliği aspirasyonu: Çok sayıda amastigot ve hemofagositoz gözlemlendi. Kan ve kemik iliği kültüründe üreme saptanmadı. Klinik izlem: Taşikardisi olduğu için eritrosit süspansiyonu (yavaş olarak) uygulandı. Kemik iliği aspirasyonu ile kalaazar ve HLH tanısı konuldu ve kalaazar için 20 mg/kg/gün (28 gün süreyle) Glucantime IM, Hemofagositoz için 2 mg/kg/gün (3 gün) metil prednizolon verildi. Uzun süreli devamlı ateşi, trigliserit, ferritin, LDH, SGOT, SGPT yüksekliği ve fibrinojen düşüklüğü hemofagositoza bağlandı. Ateşi tedavinin 3.gününden sonra olmadı. Pansitopenisi 2. haftada düzeldi. Hepatosplenomegalisi tedricen küçülerek bir ayda düzeldi. Bir yıllık izlemde tekrar gözlenmedi.

Sonuç: Kalaazarlı olgularda HLH bulguları değerlendirmeli, aydınlatılmamış HLH olgularında ise leishmania araştırılmalıdır. Kısa süreli steroid tedavisi kalaazara bağlı HLH'de etkin bir tedavi olabilir.

Kaynakça:

1. Colomba C, Di Carlo P, Scarlata F, Iaria C, Barberi G, Famà F, Cama V, Cascio A. Visceral leishmaniasis, hypertriglyceridemia and secondary hemophagocytic lymphohistiocytosis. *Infection* 2016 Feb 12.
2. Scalzone M, Ruggiero A, Mastrangelo S, Trombatore G, Ridola V, Maurizi P, Riccardi R. Hemophagocytic lymphohistiocytosis and visceral leishmaniasis in children: case report and systematic review of literature. *J Infect Dev Ctries* 2016;10(1):103-8.
3. Daher EF, Lima LL, Vieira AP, Nascimento LS, Soares DS, Abreu KL, Zuntini KL, Silva Junior GB. Hemophagocytic syndrome in children with visceral leishmaniasis. *Pediatr Infect Dis J*. 2015;34(12):1311-4.
4. Chandra H, Chandra S. Case of hemophagocytic lymphohistiocytosis with leishmaniasis. *Trop Parasitol* 2015 Jul-Dec;5(2):135-6.
5. Aydın Teke T, Metin Timur Ö, Gayretli Aydın ZG, Öz N, Bayhan Gİ, Yılmaz N, Mungan M, Tanır G. Three pediatric cases of leishmaniasis with different clinical forms and treatment regimens. *Türkiye Parazitoloj Derg* 2015;39(2):147-50.
6. Ozyürek E, Ozçay F, Yılmaz B, Ozbek N. Hemophagocytic lymphohistiocytosis associated with visceral leishmaniasis: a case report. *Pediatr Hematol Oncol* 2005;22(5):409-14.
7. Gülez P, Hızarcıoğlu M, Dinçel N. Visceral leishmaniasis ile birlikte hemofagositik sendrom: iki olgu sunumu. *J Pediatr Inf* 2011;5:106-9.

ÜÇ EBEVEYNLİ BEBEKLER; YENİ BİR IVF YÖNTEMİ ÜZERİNE DERLEME ve ANKET ÇALIŞMASI

Mustafa Sakcı¹ Ömer Faruk Özbay² Emre Kanat³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, mustafasakci@outlook.com, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, omerfarukozbay@gmail.com ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, emrekanat539@hotmail.com

Üç ebeveynli bebekler, üç genetik materyalle oluşturulan, bebeğin mitokondriyal DNA'sının üçüncü bir şahıstan geldiği sitoplazmik transferi içeren in-vitro fertilizasyonun özel bir formuyla yapılan bir yöntemdir.^{1,2,3} İngiltere Parlamentosu'nun yakın bir zaman önce 3 ebeveynli bebek modeline izin vermesi bu yöntem üzerine dikkati artırmıştır. Üç ebeveynli bebek süreci (TPIVF), bir yumurta çekirdeğinin alınıp çekirdeği kaldırılmış ama yine de sağlıklı mitokondriyal DNA içeren başka bir yumurtanın sitoplazması içine yerleştirilmiş hibrit yumurtanın bir spermle döllenmesiyle gerçekleşir.⁴ Bu konu günümüzde, biyoetik ve tıbbi etik alanlarında önemli bir tartışma konusudur. Umut verici sonuçları rağmen, yöntemin güvenliği ve etkinliğiyle ilgili hala cevaplanamamış sorunlar olmakla birlikte ilgili yöntem, etik ve sosyal kaygılar uyandırmaktadır.^{5,6} Bu projemizde, konunun genetik ve etik yönleri irdelenip tartışılarak olası çözüm önerilerinin belirlenmesi ve Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerine anket çalışması uygulanarak konu hakkındaki bakış açılarının sunulması amaçlanmıştır.

Kaynakça:

1. Keim B. "Three-Parent Children: Reality or Technicality?", Wired News Makalesi
2. Alleyne R. "Three parent babies' take a step closer to reality.", The Telegraph Makalesi
3. Randerson J. "Scientists seek to create 'three-parent' babies.", The New Scientist Makalesi
4. "İngiltere'de 3 ebeveynli bebek yöntemi yasallaştı" CNN Türk Haber Makalesi
5. Gallagher J. "UK approves three-person babies", BBC News Makalesi
6. Kelland K. Maclellan K., "Britain votes to allow world's first 'three-parent' IVF babies". Reuters News Makalesi

ZİKAVİRÜS ve BEBEKLERDE MİKROSEFALİ ÜZERİNE ETKİLERİ; MAKALE DERLEMESİ

Mustafa Sakcı¹ Ömer Faruk Özbay² Emre Kanat³

¹Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, mustafasakci@outlook.com, ²Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, omerfarukozbay@gmail.com ³Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi, Dönem 3, emrekanat539@hotmail.com

Zika virüsü (ZIKV), Flaviviridae ailesinden bir virüsdür ve Sarı Humma virüsü, Batı Nil virüsü gibi virüslerle hem klinik hem de yapısal olarak benzerlik göstermektedir. Güney Amerika kıtasında başta Brezilya olmak üzere, Asya'nın ve Afrika'nın da belirli bölgelerinde salgınlar başlamıştır. ZIKV, Aedes cinsi sivrisineklerle bulaştığı için, bu sivrisineklerin yaşadığı bütün bölgelerde risk söz konusudur.¹

ZIKV'a ilk defa Uganda'da 1947'de Zika Ormanları'nda yaşayan maymunlarda Sarı Humma virüsü araştırılırken rastlanmıştır.² 1954 yılına gelindiğinde insanlarda da ZIKV tespit edilmesine rağmen³ salgın anlamında ilk defa 2007 yılında görülmüştür.⁴ Günümüzde Güney Amerika'da etkin olup, diğer birçok ülkeyi de tehdit etmektedir. Türkiye'de ise henüz saptanmış ZIKV olgusu olmamasına rağmen; Norveç, Almanya, Fransa gibi Avrupa ülkelerindeki olgularda rastlandığı gibi salgının olduğu bölgelere seyahatle virüsün risk oluşturacağı düşünülmektedir.⁵ İnsanlarda tükürük gibi salgılarda da ZIKV tespit edilmiş olmasına rağmen insandan insana şimdiye kadar kan yoluyla veya cinsel yolla bulaştığı bildirilmiştir.⁶ Bu bulaş yolları dışında hamileliğin ilk iki trimesteri sırasında virüsle infekte olurlarsa anneden vertikal geçişle bebeklerine bulaşma söz konusudur ve bu annelerin sütünde de virüs genomu saptanmıştır.⁷ Mikrosefali olan bebekler üzerinde yapılan oftalmik çalışmalarda da maküler nöroretinal atrofiye de rastlanmıştır.⁸

Günümüzde, virüsün sebep olduğu semptomlara yönelik palyatif tedaviler uygulanmasına rağmen ZIKV'a etkili spesifik bir ilaç ya da aşı henüz geliştirilememiştir. Bunun yanında, infantlarda ZIKV'nın sebep olduğu mikrosefaliyi intrauterin hayatta önlemek için geliştirilmiş herhangi bir tedavi de henüz söz konusu değildir.

Bu derlemeyi yapmaktaki amacımız, günümüzde önemi giderek artan ve bebeklerde mikrosefaliye neden olan bu virüsü tanıtmak ve bu konu üzerine dikkat çekmektir.

Kaynakça:

1. Thiel J-H, Collet MS, Gould EA, et al. Family Flaviviridae. In: Fauquet CM, Mayo MA, Maniloff J, et al, editors. *Virus Taxonomy: Eighth Report of the International Committee on Taxonomy of Viruses*. San Diego: Elsevier Academic Press; 2005. pp. 981-98.
2. Dick GWA, Kitchen SF, Haddow AJ. Zika virus. Isolations and serological specificity. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1952; **46**: 509-20.
3. Macnamara FN. Zika virus: a report on three cases of human infection during an epidemic of jaundice in Nigeria. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1954; **48**: 139-45.
4. Faye O, Freire CC, Iamarino A, et al. Molecular evolution of Zika virus during its emergence in the 20(th) century. *PLoS Negl Trop Dis* 2014; **8**: e2636.
5. Ios S, Mallet HP, Leparç Goffart I, et al. Current Zika virus epidemiology and recent epidemics. *Med Mal Infect* 2014; **44**: 302-7.
6. Mitchell C. "PAHO Statement on Zika Virus Transmission and Prevention". Pan American Health Organization 2016
7. "Epidemiological update: Outbreaks of Zika virus and complications potentially linked to the Zika virus infection". European Centre for Disease Prevention and Control 2016
8. Camila VA, et al. "Ophthalmological findings in infants with microcephaly and presumable intra-uterus Zika virus infection". *Arq Bras Oftalmol*. 2016;79(1):1-3

MECP2 GEN KUSURUNUN NEDEN OLDUĞU RETT SENDROMU

Elif Hilal Korkmaz

N.E.Ü. Meram Tıp Fakültesi Dönem 3, ehilalkorkmaz@gmail.com

Amaç: Rett sendromu nörolojik bir bozukluk olup X kromozomunun uzun kolu üzerinde olan MECP2 geninin(Xq28) mutasyonu sonucu ortaya çıkar.

Yöntem ve Gerekeç: MECP2 geni MECP2 proteininin transkripsiyonunu baskılayıcıdır. Bu gendeki mutasyonlar işlev yokluğuna neden olur. Bu da sessiz kalması gereken genlerin ifade bulmasına yol açar.* Genellikle kız çocuklarında ortaya çıkan Rett Sendromu erkek çocuklarında da görülebilmeye rağmen canlılıkla bağdaşmaz. Bunun nedeni ise erkeklerde tek X kromozomu ve mutant X kromozomunu tolere edebilecek başka bir X kromozomu bulunmamasıdır. Mutasyonlar genellikle sporadik olup kalıtsal önemi yoktur.

Rett Sendromlu çocuklar 6 ay ile 1,5 yaşına kadar normal büyüme ve gelişim göstermekle birlikte bu dönemlerden sonra boy uzaması, kilo alınması ve motor aktivitelerde durma ve gerileme başlar. Genel olarak ilerleme dönemleri yaşlara göre 4 evreye ayrılır.

Evre 1: Erken Başlangıç (6 ay-18 ay)

Evre 2: Hızlı Tahrip Edici (1-4 yaş)

Evre 3: Plato(2-10 yaş)

Evre 4: Motor Sistem Kötüleşmesi(2-25 yaş)

Rett Sendromu'nun tanı kriterleri arasında mikrosefali, el becerilerinde kayıp, emeklememe, yürüyüş ve duruş bozuklukları, konuşmaması veya konuşmanın gerilemesi, bel kemiğinin S şeklini alması, iletişime kapalı olma, gözlerde donuk ve sabit bakış, göz teması kurmama, solunum disfonksiyonu, EEG anormallikleri, EKG'de uzamış QT ve anormal T varlığı, periferik motor bozukluklar...

Sonuç: Rett Sendromunun şu an bir kesin tedavisi bulunmasa da semptomlara yönelik medikal tedaviler uygulanmaktadır. Yaşamı kolaylaştırıcı terapi ve eğitim programlarıyla beraber fizik tedavi de uygulanmaktadır. Ömür boyu bakıma gereksinim duyarlar.

Kaynakça:

1. Rett Sendromu ile Angelman Sendromu Arasında Ayırıcı Tanı: Bir Olgunun kesin Tanısında Genetik İnceleme Tümer Türkbay, Davut Gül, Teoman Söhmen Klinik Psikofarmakolojik Bülteni 2003 cilt 13 sayı 1

2. Rett Sendromlu Bir Olguda Anestezik Yaklaşım Tuba Berra Sarıtaş, Kevser Babacan, Gamze Sarkılar, Selmin Ökesli Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı, Konya J Turk Anaesth Int Care 2011; 39(3):153-158
3. Rett Sendromu: Klinik Özellikler ve Genetik Etiyoloji Yrd. Doç. Dr. Şahbal ARAS DEMANS DERGİSİ 2003;3: 93-99
4. www.rettsyndrome.org.tr/rett_a.htm

DİYABETLİ ÇOCUKLARIN KARDEŞLERİNİN YAŞADIĞI SORUNLAR

Dilek Kılıç

Dicle Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 4, kilicdilek.dr@gmail.com

Amaç: Diyabetli kardeşe sahip olan çocuğun yaşadığı psikolojik durumlarını araştırmak.

Gereç ve Yöntem: Hasta kardeşe sahip olan çocukların öfke, kayıp, kıskanma, ihmal edilme hissi, suçluluk, izolasyon, reddedilme, güvensizlik, utanç duyma, hastalanma korkusu yaşadıkları bilinmektedir. Bu durum kardeşler arasındaki ilişkilerin niteliğini etkilenmesine ve sağlıklı çocuklarda somatik şikayetlerin ortaya çıkmasına, dikkat azlığına ve dağınıklığına, yalnızlık duygusunun yaşanmasına ve kaygı düzeylerinin artmasına neden olmaktadır. Yapılan çalışmada Diyabetli kardeşi olan çocukların %73,2'si beslenme tarzında, %46,5'i anne-babasının ilgisinde, %42,3'ü kendini arkadaşlarından farklı hissetmede, %39,4'ü aktivitelerinde ve %36,6'sı yaşantısında değişiklik olduğunu belirtmiştir. Kardeşi diyabet olan çocukların %38'i kardeşiyle dalga geçilmesinden, arkadaşları tarafından dışlanmaktan korktuğu için kardeşinin hastalığını arkadaşlarına söylemediğini ifade etmiştir. Diyabetli kardeşi olan çocukların %26,8'inin arkadaş ilişkilerinin bozulduğu, %15,5'inin arkadaşlarının davranışlarının değiştiği, %42,3'ünün kendisini arkadaşlarından farklı hissettiği saptanmıştır.

Sonuç: Hasta çocukla birlikte anne, baba ve diğer kardeşler bilgilendirilip eğitildiklerinde, grup terapileri ile bireylerin duygularını paylaşmaları sağlandığında yaşanan güçlüklerin azalacağı ve ailenin hasta olan bir bireyle yaşamaya daha kolay uyum sağlayacağı düşünülmektedir.

Kaynakça:

1. Neyzi O. İnsüline Bağımlı Diabetin Epidemiyolojisi. Çocuk ve Adölesanda Tıp I Diyabet Kursu Kitabı. Diyabetik Çocuklar Derneği Yayını No:1. İstanbul. 1995, ss 20- 31.
2. Hatun Ş. Çocuk ve Adölesan Çağı Diyabeti. Birim Matbaacılık. Ankara.1997, ss 84-90.

MENİNGOMYELOSEL OLGULARIMIZDA SAPTANAN EK ANOMİLER; HİDROSEFALİ, TETHERED CORD, CHIARİ MALFORMASYONU

Boğaçhan Üstün¹, İpek Ege Gürel²

¹İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 bogachan_ustun@hotmail.com, ²İstanbul Bilim Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 1 egeipek@hotmail.com

Amaç: Bu çalışmada amacımız merkezimizde takip ettiğimiz meningomyeloseleli olguların sahip oldukları ek nörolojik anomalilere göre epidemiyolojik olarak sunmaktır.

Gereç ve yöntem: Çalışmada merkezimizde Ocak 2014-Şubat 2016 tarihleri arasında meningomyeloseleli tanısıyla takip ve tedavi edilen 140 hasta; yaş, cinsiyet, doğum şekli ve geçirdiği operasyon göz önüne alınarak retrospektif olarak incelendi. Eşlik eden anomalilerden Chiari malformasyonu, hidrosefali ve tethered cord sendromu çalışmaya dahil edildi.

Bulgular: Herhangi bir nöral tüp defekti nedeniyle başvuran olguların 123'ü sezeryan, 17'si normal doğumdu. Yaşları 0 ile 12 yıl arasında (ortalama yaş 2.5 yıl) idi. Olguların 125'ine meningomyeloseleli tanısı koyulmuş ve tedavisi uygulanıyordu. Prenatal dönemde tanısı konmuş meningomyeloseleli hastaların 8'i normal 117'si sezeryan doğumdu. Bunların içinden 74 (%52.8) olguya hidrosefali teşhisi konmuş ve 67'sine (%47.8) şant operasyonu uygulanmıştı. Olguların 17'sisine çocuk cerrahisi ve beyin cerrahisi tarafından gerekli değerlendirmeler yapıldıktan sonra şant revizyonu uygulandı. Şant disfonksiyonu mevcut 8 hastaya

çocuk cerrahisi tarafından gerekli konsültasyon ve tetkikler sonucu revizyon yapılmadı. Kabız olan 8 çocuğa bağırsak lahamı yapıldı ve sorunları giderildi. Olguların 80'i (%57.1) Tethered cord sendromu ile 11'i ise (%7.8) Chiari malformasyonu ile birliktelik gösteriyordu.

Sonuç: Meningomyelosele en çok eşlik eden anomalinin tethered cord sendromu ve hidrosefali olduğunun kanaatindeyiz. Ayrıca fonksiyonel lezyonların seviyesi ile birlikte ek anomali varlığı hastaların ambulasyon seviyesi ile ilişkiliydi. Hastalarda ambulasyon seviyesinin düşmemesi ve zihinsel engellerin oluşmaması için erken dönemde opere edilmelerinin altını çiziyoruz.

Anahtar kelimeler: Spina bifida, meningomyelosele, chiari, hidrosefali, tethered cord, fonksiyonel lezyon seviyesi, ambulasyon seviyesi

Kaynakça:

- 1.Robert HA. Congenital anomalies of the central nervous system. In: Behrman RM, Arvin AM, (eds). Nelson Textbook of Pediatrics, 16th ed. Philadelphia: Saunders, 2000, 1803-13.
- 2.Rowland CA, Correa A, Cragan JD, Alverson CJ. Are encephaloceles neural tube defects? Pediatrics 2006; 118: 916-923.
- 3.Back SA. Congenital malformations of the central nervous system. In: Taeusch HW, Ballard RA, Gleason CA. (eds). Avery's Diseases of the Newborn. 8th ed. Philadelphia: Elsevier, 2005, 938- 959.
- 4.Frey L, Hauser WA. Epidemiology of neural tube defects.Epilepsia 2003; 44: 4-13.

ÇOCUKLUK ÇAĞINDA IFN-GAMA RESEPTÖR EKSİKLİĞİNE BAĞLI MİLİYER TÜBERKÜLOZ

Ayşe Mehlika Bağcı¹, Ülkü Nur Çimen²

¹Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Dönem 3, aysemehlika@hotmail.com, ²Necmettin Erbakan Üniversitesi Dönem 3, dr.ulkunur@gmail.com

Amaç; IFN-gama reseptör eksikliği zemininde gelişen Miliyer Tüberküloz akciğer dışı tüberküloz formlarından birisidir.İmmün yetmezliği olan çocuklarda görülme sıklığı açısından önemlidir.

Yöntem ve Gerekeç: IFN-gama, makrofajı aktive ederek TNF-alfa ve IL-12 üretimini artırır. Bu sitokin ya da reseptörlerindeki defekte bağlı olarak mikobakterial enfeksiyonlara yatkınlığın artması ile karakterize hastalıklara mikobakterial hastalıklara mendelian yatkınlık denilmektedir.

Miliyer Tüberküloz; tüberküloz basillerinin akut ve diffüz olarak akciğerlere ve diğer organlara yayılmasıyla oluşur. Otopsi serileri en sık tutulan organlar karaciğer, akciğer,kemik iliği,böbrek,adrenal bezler ve dalak olduğunu göstermiştir. Mortalitesi yüksek olan bir hastalıktır. Miliyer Tüberküloz reaktivasyon tüberkülozunun bir şekli olarak gelişebilir. Ayrıca geçmişte primer basillemi sırasında çok sayıda bölgeye yerleşmiş olan yerlerden,immünetteki ani düşüşe bağlı reaktivasyonların eş zamanlı olarak gelişebilir. Bir diğer mekanizma ise primer akciğer enfeksiyonu ile birlikte görülen basillemi aynı anda birçok organda ilerleyici hastalığa neden olur. Primer enfeksiyonda kan akımı sırasında intima da kazeöz vaskülit oluşur, basiller buradan kan dolaşımına geçer ve tüm organlara yayılır. IFN-gama reseptör eksikliği zemininde gelişen Miliyer Tüberküloz olguların %5,3'ünü kapsamaktadır.

Sonuç: Tüberküloz enfeksiyonunun ülkemizde sık görülmesi ve bu mikroorganizmanın disseminasyonunda ortaya çıkan klinik tablonun nonspesifik olması ve tanı aşamasında bir takım zorluklara maruz kalınması sebebiyle hastalık önemli bir yer teşkil etmektedir.

Kaynakça:

1. E. Kocabaş, Ü. Çelik; Tüberküloz tanısında yeni bir yöntem: İnterferon-gama araştırmasına dayanan testler Tüberküloz ve Toraks Dergisi 2007
- 2.Şefika Elmas Bozdemir, Hülya Öztürk Nazlıoğlu, Mustafa Hacımustafaoğlu, Solmaz Çelebi; Çocuklarda Tüberküloz Lenfadenit makalesi, Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Bilim Dalı; 2012
- 3.Prof. Dr. Yıldız Camcıoğlu; Çocuk Tüberkülozunda Tanı; İstanbul Üniversitesi Cerrahpaşa Fakültesi Tıp Eğitimi Etkinlikleri; Erişkin ve Çocukta Tüberküloz Sempozyumu; 1999

PEDİATRİK KARDİYAK ACİLLER VE YÖNETİMİ

Hamza Berlik¹, Prof. Dr. Ayhan Kılıç²

¹Gülhane Askeri Tıp Akademisi Dönem 4 hnz-brlk-@outlook.com, ²Gülhane Askeri Tıp Akademisi Pediatri B.D

Pediyatrik vakalar günümüzde çok görülmektedir. Kardiyolojik problemler pediyatrik vakalarda acil olabilmektedir. Bu acil vakaların bulguları ; Siyanoz, Hipoksik nöbet, Kardiyojenik şok, Kalp yetmezliği, Ritim bozukluğu, Senkop, Göğüs ağrısıdır.

Kardiyolojik acil bulgularıyla başvuran hastaların içinde bulunduğu tabloları anlayıp, ileri müdahale edilebilecek merkeze ulaştırılıncaya kadar stabilize edilmelidir.

Siyanoz; Kapiller kanda redükte hemoglobinin ≥ 5 gr/dl olmasıdır. Siyanozun; periferik, santral ayırımı yapıldıktan sonra santral siyanozun kaynağı belirlenmelidir. Siyanotik yenidoğan konjenital kalp hastalığı düşünülen vakalarda ileri cerrahi müdahale yapılana kadar hipotermi, hipoglisemi, hipokalsemi ve asidoz ile mücadele edilmeli, duktus bağımlı olma ihtimaline karşılık PGE₁ infüzyonu başlanmalıdır.

Hipoksik nöbetler yaşamın ilk iki yılında en önemli problemlerdir. Nöbetler sırasında senkop, konvülsiyon, serebravasküler olaylar gelişebilir. Nöbet; hiperpne ve artan sağ-sol şant nedeniyle hipoksi ve siyanozun ağırlaşmasıyla karakterizedir. Özellikle ağlama, beslenme, dışkılama veya egzersiz sırasında oluşan, hiperpne ve senkobun izlediği epizodik siyanoz atakları tanıya götürebilir

Kardiyojenik şokta genellikle sistemik debide ileri derecede kısıtlılık vardır. Hastanın yaşamını devam ettirebilmesi için duktus aracılığı ile sağdan sola şanta ihtiyaç vardır. İlk yapılacak işlem yeterli sistemik perfüzyonun sağlanmasıdır. Müdahale edilmesi gerekli parametreler; kalp hızı, intravasküler volüm, kontraktilite, afterload ve oksijen satürasyonudur. Ritim bozukluğu gelişirse tedavi edilmelidir.

Kalp yetmezliği organizmanın gereksinimlerini karşılayacak miktardaki oksijenin kalp ve dolaşım sistemi tarafından sağlanamamasıdır. Taşipne, solunum sıkıntısı, hışıltı, juguler venöz dolgunluk, hepatosplenomegali, ödem, assit gibi bulguları vardır. Nedene yönelik tedavi uygulanır ve presipite edici nedenler uzaklaştırılıp kötüye gidiş önlenmeye çalışılır.

Disritmiler çocuklarda daha çok hipoksi, asidoz, hipertansiyon gibi sekonder nedenlere bağlıdır. Miyokarditi veya kardiyomyopatisi olan veya kardiyak cerrahi geçirmiş çocuklarda risk artmaktadır. Bradiaritmiler gerekirse pace maker ile , pediatri yaş grubunda en sık acile başvuru nedeni olan supraventriküler taşikardi ise defibrilatör ile düzeltilmelidir.

Senkop; beyin hipoperfüzyonu sonucunda ani olarak gelişen ve genellikle kendiliğinden iyileşen geçici bilinç ve postural tonus kaybıdır.

Göğüs ağrısı; çocuklar fiziksel aktif oldukları için genellikle iskelet-kas sistemi kaynaklı olmakla beraber kardiyolojik kaynaklı da olabilir.

Kaynakça:

1. Myung K. Park; Çev. Nazan Özbarlas, Pediyatrik Kardiyoloji, 2009; pp: 20-38.
2. Tennant PW, Pearce MS, Bythell M, Rankin J. 20-year survival of children born with congenital anomalies: a population based study. Lancet 2010; 375:649.
3. Bird TM, Hobbs CA, Cleves MA, et al. National rates of birth defects among hospitalized newborns. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol 2006; 76:762.
4. Moss and Adams' Heart Disease in Infants, Children, and Adolescents: Including the Fetus and Young Adults, 7th Edition
5. Nelson Textbook of Pediatrics 19th Edition
6. Rudolph's Pediatrics, 22nd Edition
7. Olgu HALLIOĞLU, Esat YILGÖR, Sema ÖZER, Türkiye Klinikleri J Pediatr-Special Topics 2004;2(6):548-61
8. [8.Glidewell J, Olney RS, Hinton C, et al. State Legislation, Regulations, and Hospital Guidelines for Newborn Screening for Critical Congenital Heart Defects - United States, 2011-2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 64:625.](#)

ÇOCUKLARDA ALLERJİK RİNİTE GENEL YAKLAŞIM

Seda Durmuş

Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Dönem 3, sedadrms@gmail.com

Rinit nazal mukozanın enflamasyonu olup burunda akıntı, tıkanıklık, kaşıntı ve/veya hapsirik gibi semptomlardan bir veya daha fazlasının görüldüğü durumdur. Allerjik rinit geleneksel olarak mevsimsel ve perennial (yıl boyu) olmak üzere 2 gruba ayrılmaktadır. Hastaların % 50 - 60'ında allerjik konjonktivit bulguları da görülebilir. Çocukluk yaşlarında her yaş içinde (özellikle 5-6 yaşlarından sonra) ilk bulgular ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde çocuklar arasında görülme sıklığı ortalama % 10-15 kadardır. Aile öyküsü bulunanlarda risk artmaktadır. Aeroallerjenler en sık tetikleyicilerdir. Hastalık bulguları sıklıkla bitkilerin havada uçan polenleri ile ve ayrıca ev tozu akarları, küf sporları, evcil hayvanların deri ve tüy döküntüleri gibi allerjenlerle karşılaşmayı takiben ortaya çıkar. Allerjik nezle tanısı sık burun ve göz kaşıntısı, akıntısı, tıkanması olan çocuklarda muayene bulguları, laboratuvar testleri ve allerji deri testleri ile konur. Deri Allerji testleri her yaş grubunda yapılabilir. Allerjik nezle tedavisindeki en önemli basamak o hasta için tetikleyici olarak etki eden faktörlerden korunmaktır. İlaç tedavisi olarak 2 grup ilaç vardır. Bunlardan bir grubu devamlı olarak kullanılan ilaçlardır. Diğer bir grup ilaç ise hastalık bulguları ortaya çıktığında, gerekli olduğunda kullanılır. Kullanılan ajanlardan bazıları antihistaminikler; oral, topikal dekonjestanlar; topikal antimuskarinikler; topikal kromalinler ve kortikosteroidlerdir. Gerekli görülen hastalarda ek olarak immünoterapi önerilerek bireyin duyarlı olduğu allerjenlere karşı allerjisinin azaltılması yöntemi de bir tedavi seçeneğidir. Ayrıca bir allerjik hastalığı bulunan kişilerde bazen bir başka allerjik hastalık bulguları zaman içinde eklenebilir. Örneğin; allerjik nezleli çocuklarda zaman içinde astım bulguları da ortaya çıkabilir. Hastalara uygulanan tedavi ile genellikle hastalık bulguları süratle iyileşir ve yakınmaların şiddeti ve sıklığı azalır. Hastalığın tedavisinde tam olarak iyileşme değil hastalığın kontrol altına alınması amaçlanır.

Kaynakça:

1. Bernstein, J. A. ,(Çeviri Z. Mısırlıgil) Allerjik Hastalıklar El Kitabı, Bölüm 1,2,3,4
2. Handan DUMAN , Emine DİBEK MISIRLIOĞLU , Tayfur GİNİŞ , İlknur BOSTANCI, "Çocuklarda Allerjik Rinit", Çocuk Dergisi 10(2):62-68, 2010
3. Tanaç R. Allerjik rinit Klin Çocuk Form 3:3 20-25,2003.
4. Mungan D. Allerjik Rinit; Giriş ve Sınıflama T Klin Allerji-Astım 4:1-5 2002.
5. Yenigün, A., Çocukluk Çağında Allerjik Rinit, Allerjik Rinitte Klinik ve Laboratuvar Bulguları, Tanı ve Ayırıcı Tanı, J Curr Pediatr 2007;
6. Çatal, F., Mete E., Tayman C., Kara S., "Çocukluk Çağında Allerjik Rinit", Yeni Tıp Dergisi 2008;25:7-10
7. Emine DİBEK MISIRLIOĞLU, Tayfur GİNİŞ, Mahmut DOĞRU, Handan DUMAN, Serap ÖZMEN, Caner AYTEKİN, İlknur BOSTANCI, "Çocuk Allerji Kliniğinde İzlenen Primer Antikor Eksiklikleri" Türkiye Çocuk Hast. Derg./ Turkish J. Pediatr. Dis. 2010; 4(4): 219-223
8. Akçay A., "Çocuk Hasta", Türkiye Klinikleri J Allergy-Special Topics 2010;3(1):55-60

YÜTBAT'16 KONGRE ORGANİZASYON EKİBİ

MELİKE SABA ERDİNÇ

BÜŞRA ZENGİN

UMAY DİLEK

AYKUT UÇAR

GİZEM DİKENCİK

İREM YAPAR

İLKE ESİN AYDINER

YİĞİT AKSOY

DUHA YAREN ÖZTÜRK

İLHAN SESİGÜZEL

GALİP EKİN BENLİ

MÜGE KALAYCIOĞLU

MÜNİBE NAZLI HÖBEK

BİLGE KÖYLÜ

CEMRE ARDIÇ

TANSU ŞUA ÖKTEM

ELİF RABİA İÇÖZ

ECEM KAHRAMAN

SENA AKYILDIZ

KIVANÇ KORKMAZ

BEYZA BÜYÜKÖREN

DAMLA ALTINOK

SENA EKİZ

YELİZ YANIKOĞLI

MELİS ÖZGER

DİLARA GÜLŞAN

AYSU KAÇAR

SENA ECE İLGIN

SEÇKİN ÇELİK

AYŞE NAZ TEKKÖK

NAZ GÜÇLÜ

MİRAC BERFU TOKUÇ

ECE İLTÜMÜR

MERVE SEZER YILDIRIM

ECE MELİS ÇETİNKAYA

MUSTAFA OĞULCAN NADAR

ZELİHANUR IRMAK

GİZEM GÜNGÖR

SERKAN DEKTAŞ

DENİZ TURGUT

MELİS ERDAL

DAMLA ACAR

İREM NUR KİRAZ

SERTAÇ DOĞAN

AYBERK YENİKALE

HAZAL SAĞKOL

AYŞENUR BANU ÇAKIL

LEVENT AKMAN SOLİM